



FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid

Tel.: 91 214 65 69

email: fcaser@fundacioncaser.org

web: www.fundacioncaser.es

actas de la dependencia

03

NOVIEMBRE 2011

Caser
FUNDACIÓN
Para la Dependencia

COLABORAN:

Pilar Rodríguez Rodríguez
Elisa del Pozo Domingo
Rakel Poveda Puente
José Laparra Hernández
Clara Bollaín Pastor
Pedro Vera Luna
Miguel Gil Montalbo



Para la Dependencia

sumario

05

HACIA UN NUEVO MODELO DE ALOJAMIENTOS.
LAS RESIDENCIAS EN LAS QUE QUERREMOS VIVIR.

PILAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Presidenta de la Fundación Pilares para la autonomía personal.

41

LA COBERTURA PRIVADA DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA:
PLANES, SEGUROS Y OTRAS FORMAS DE FINANCIACIÓN.

ELISA DEL POZO DOMINGO

Redactora de Expansión.

71

INNOVACIÓN EN RECURSOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD
DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

RAKEL POVEDA PUENTE

Directora del ámbito personas mayores y atención a la dependencia del IBV.

JOSÉ LAPARRA HERNÁNDEZ

Investigador del IBV.

CLARA BOLLAIN PASTOR

Gestora de innovación del ámbito personas mayores y atención a la dependencia del IBV.

PEDRO VERA LUNA

Director del IBV.

97

BUENAS PRÁCTICAS EN EL USO DE SUJECIONES
EN CENTROS PARA PERSONAS MAYORES.

MIGUEL GIL MONTALBO

Departamento de Investigación Centro de Humanización de la Salud.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Juan Sítges 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

HACIA UN NUEVO MODELO DE ALOJAMIENTOS. LAS RESIDENCIAS EN LAS QUE QUERREMOS VIVIR.

PILAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Presidenta de la Fundación Pilares para la autonomía personal

Sumario

1. EL CONTEXTO INTERNACIONAL.	06
2. <i>HOUSING</i> . CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO.	09
3. LA OFERTA DE RESIDENCIAS Y OTROS RECURSOS FORMALES DE ATENCIÓN EN ESPAÑA.	13
4. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA.	17
5. PERSPECTIVAS DE FUTURO.	25
5.1. <i>Avanzar progresivamente en el cambio de modelo en las residencias existentes.</i>	27
5.2. <i>Convertir parte de las residencias existentes en centros sociosanitarios de corta y media estancia.</i>	32
5.3. <i>Diseñar nuevos modelos de alojamiento para personas en situación de dependencia.</i>	33
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1. EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Según resultados de las proyecciones demográficas de Eurostat (2011), el número de europeos mayores de 65 años va a pasar de los 87 millones registrados en 2010 a 124 millones en 2030, lo que supone un incremento sin precedentes de este grupo de edad, que llegará al 42 %. Y la Unión Europea advierte que, aunque el aumento constante de la esperanza de vida es uno de los logros más importantes de las sociedades modernas, esta tendencia ejercerá una presión adicional sobre la economía, la sociedad y la viabilidad de la hacienda pública.

Se calcula que, de mantenerse las políticas actuales, el gasto público derivado del envejecimiento de la población va a aumentar en la UE, de aquí a 2060, en una media de, aproximadamente, 4,75 puntos porcentuales del PIB, especialmente en concepto de pensiones, asistencia sanitaria y cuidados de larga duración. Ese aumento va a ser más acentuado en el sector asistencial debido a la disminución y a la insuficiente cualificación de la mano de obra (Comisión Europea, 2011).

La necesidad de extender y mejorar los servicios de atención viene abonada, además de por los cambios sociales derivados del crecimiento

de la esperanza de vida, por los que apuntan hacia un claro debilitamiento y reducción de la red informal de apoyo. Según todas las proyecciones solventes, hay que considerar también tendencias como la independencia en los modos de vida de las personas mayores, el aumento progresivo del número de personas que viven solas, la disminución del número de hijos/as y el incremento consiguiente de personas sin descendencia, el alejamiento de parte de las nuevas generaciones de sus lugares de origen por la inestabilidad de los puestos de trabajo y el efecto de la globalización, etc. Todos estos fenómenos explican la perentoriedad de ofrecer servicios profesionales que ayuden a las personas mayores que se encuentren en situación de fragilidad o dependencia.

Por su parte, la OCDE (2011) también alerta sobre el significado del cambio demográfico para nuestro futuro y, en especial, sobre la creciente demanda que se va a producir en servicios de larga duración, cuya orientación prestacional y financiación debe anticiparse y planificarse correctamente. En el cuadro siguiente, se resumen las cifras y factores principales que se recomienda que los países del entorno de la OCDE tengan en cuenta para planificar el futuro en el ámbito de los cuidados de larga duración.

Cifras y factores clave relacionadas con la atención a la dependencia

Las personas mayores de 80 años pasarán de representar el 4% de la población en 2010, al 10% en 2050.

Más de un adulto sobre 10 se ocupan de cuidar a una persona en situación de fragilidad o dependencia (los porcentajes más altos, en España e Italia), siendo más de dos tercios mujeres mayores de 50 años.

Las personas cuidadoras familiares tienen una probabilidad mayor (50%) que el resto de la población de ver alterada su carrera profesional (abandono, reducción de jornada) y su riesgo de sufrir una enfermedad mental es un 20% mayor.

La mitad de quienes reciben prestaciones por su situación de dependencia tienen más de 80 años, siendo el 61% de ellos mujeres.

Aunque más del 70% de las personas que reciben prestaciones o servicios por su situación de dependencia viven en sus casas, los gastos en residencias significan el 62% del conjunto de gastos.

Los trabajadores del sector de la dependencia (enfermeras y auxiliares) representan alrededor del 1,5% del total de la población activa, pero, para satisfacer la demanda prevista en los próximos años, el montante de estos trabajadores debería doblarse de aquí hasta mitad de siglo. Nueve de cada diez trabajadores de este sector son mujeres, desequilibrio que en el futuro debería ser corregido.

En la zona de la OCDE, los gastos públicos de atención a la dependencia en 2008 representaban el 1,2% del PIB, estimándose que estos gastos llegarán a duplicarse cuando no a triplicarse hasta el año 2050.

El seguro de dependencia privado representa menos de un 2% del conjunto de gastos por este riesgo.

Entre 1994 y 2008 la duración media de las estancias hospitalarias de personas con demencia ha disminuido en 23 días, lo que muestra que es posible y eficiente dispensar atención fuera de los entornos sanitarios.

Fuente: *Besoin d'aide? La prestation de services et le financement de la dépendance*. OCDE. París.

Teniendo en cuenta estos indicadores, la OCDE recomienda que los diferentes países que la integran trabajen para conseguir objetivos como los siguientes:

- Los servicios deben adaptarse a lo que desean las personas que los van a recibir, ofreciendo oportunidades para alcanzar un final de la vida lleno de "sentido" y bienestar.

- Han de desarrollarse más servicios de proximidad flexibles, en combinación con tecnolo-

gías y TIC, para que las personas puedan hacer verdad sus deseos de vivir en sus domicilios el mayor tiempo posible.

- Debe mejorarse la productividad de los servicios y la libertad de elección de las personas usuarias mediante la implantación del cheque servicio.

- Es preciso invertir en prevención por su eficacia probada para evitar situaciones de dependencia.

- Hay que apoyar mejor a las personas cuidadoras del ámbito familiar (asesoramiento, servicios de respiro, permisos pagados, etc.) y coordinar la atención formal con la informal.

- Para solventar el déficit de trabajadores/as en la atención directa, se recomiendan soluciones como las siguientes: facilitar la formación y contratación de inmigrantes, evitar rotaciones del personal fidelizándolo mediante aumento de retribuciones y lograr el incremento de su productividad asumiendo más tareas sociosanitarias y derivando las tareas domésticas hacia servicios de proximidad y medios tecnológicos.

- Para garantizar la viabilidad financiera de la atención a la dependencia se proponen líneas de acción como las siguientes: orientar la garantía del derecho a las prestaciones a quienes tienen mayor situación de dependencia, diversificar las fuentes de financiación (impuestos, cotizaciones sociales, seguros privados...), desarrollar las fórmulas de hipoteca inversa, buscar la eficiencia en los servicios de cuidados (coordinación sociosanitaria, servicios de información y orientación para proveedores de servicios).

Regresando a nuestro entorno, el Consejo Europeo, tras declarar 2012 “año europeo del envejecimiento activo”, ha respaldado la propuesta de la Comisión para crear una Asociación europea de innovación sobre el envejecimiento. Se entiende que conseguir un envejecimiento activo y saludable constituye un desafío social que es común a todos los países europeos, y ha identificado este cambio sociodemográfico como un ámbito que tiene un potencial innovador considerable para que Europa lidere en el mundo la oferta de nuevas respuestas para afrontarlo. El lema del proyecto que desarrollará esta Asociación es: *Más trabajo, mejora*

de las condiciones de vida, una sociedad mejor.

La propuesta invita al trabajo conjunto de todos los agentes del ciclo de innovación, tanto de la demanda como de la oferta para encontrar nuevas vías para conseguir que las personas permanezcan hasta el final de sus días incluidas en su comunidad y recibiendo los apoyos que precisan para vivir con calidad de vida. Tal Asociación incluye desde las propias personas mayores, hasta investigadores, proveedores de servicios, tecnólogos, reguladores, transformadores de producto, etc. Y plantea a los actores, por una parte, que identifiquen conjuntamente áreas de innovación y mejora en productos, servicios y procesos, y, por otro lado, que señalen barreras y obstáculos a la innovación y propongan medidas para superarlas.

Esta nueva iniciativa de la UE se suma a los diferentes programas europeos de I+D+i en envejecimiento, ligados a la innovación, que se encuentran en funcionamiento desde 2010. Entre ellos, cabe destacar el proyecto *Futurage*, por el que se pretende diseñar la hoja de ruta para los próximos 10/15 años en ámbitos como la innovación en modelos de cuidados de larga duración centrados en la persona y que permitan la permanencia en el entorno (*housing*).

Dentro de este contexto, está fraguando una percepción generalizada de que el fenómeno del envejecimiento es asunto que afecta a toda la sociedad, por lo que habremos de afrontarlo entre todos de manera innovadora y, por tanto, con un bagaje considerable de creatividad, investigación e innovación si queremos encarar el futuro de Europa desde bases sólidas. Entre las cuestiones principales que centran el interés de estas iniciativas figuran en lugar destacado los modelos de atención del futuro para

personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, que deben ser sostenibles y estar presididos por la noción de derechos humanos y por el respeto de las preferencias de las personas que requieren apoyos.

2. HOUSING. CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO.

Desarrollos de esta idea-eje de vivir durante toda la vida integrados en el entorno se encuentran en los innumerables documentos de política social avanzada relacionados con el suministro de atención y apoyo a las personas en situación de fragilidad o de dependencia y que han cristalizado en torno al concepto *housing*, que se ha extendido y ha sido aceptado internacionalmente. La propuesta tiene su base y fundamento primero en los deseos de las personas de permanecer viviendo en su casa y en su entorno para garantizarse el mantenimiento del control sobre sus propias vidas y la toma de decisiones en el acontecer cotidiano. Para ello, el perfeccionamiento de la atención domiciliaria (sociosanitaria cuando sea preciso), el desarrollo de servicios de proximidad, los apoyos a la familia y allegados, actuaciones en la vivienda para mejorar la accesibilidad, la utilización de servicios de apoyo y de las tecnologías domóticas, la teleasistencia avanzada y actuaciones para evitar situaciones de aislamiento y mejorar la inclusión en el entorno son estrategias necesarias que debieran desarrollarse en mayor medida (Rodríguez y cols, 2011).

Por otra parte, es cada vez más necesario para evaluar completamente unas propuestas u otras de atención y determinar su sostenibilidad a lo largo del tiempo, conocer los costes económicos que significan para la sociedad y para la ciudadanía. En este sentido, contamos

con evidencia científica suficiente que avala que la atención basada en el domicilio y en el entorno evitan institucionalizaciones no necesarias, mejoran el bienestar y la calidad de vida de las personas y, además son costoeficientes (Watt, 1998; Patmore, 2002; Lakin y cols 2005; Nolan y cols 2006; Mansell y cols, 2010; Wieland y cols, 2010). Dentro de este marco, también existen estudios relacionados con la eficiencia de los productos de apoyo y las tecnologías basadas en las TIC aplicadas al domicilio (Lansley, 2004; Poveda, 2009). Y también contamos con un importante conjunto de evaluaciones que muestran resultados positivos en la relación coste-beneficio cuando se opta por la atención comunitaria, incluidas las viviendas con servicios, al rebajarse los costes asistenciales en residencias y en consumo sanitario (Beadle-Brown y Kozma, 2007; Chappell y cols, 2004; Felce y Emerson, 2008; Grabowski, 2006).

En cuanto a la conceptualización del término *housing* en su sentido más amplio, se ha desarrollado de manera fundamental en el ámbito del Reino Unido, especialmente en Inglaterra, donde, de manera tradicional (desde mediados del siglo XX), se había venido apostando por una oferta generalizada de viviendas tuteladas (*sheltered housing*) para personas mayores. En el año 2008, había todavía cerca de medio millón de personas mayores de 65 viviendo en una vivienda de estas características. El problema con el que se han encontrado en ese país es que, con el paso de los años, muchas de esas personas han desarrollado enfermedades o trastornos que desembocan en situaciones de fragilidad o de dependencia y se están viendo obligadas a abandonar sus casas para ir a vivir a una residencia o a otra vivienda accesible y con servicios. Debido a ello, existen ahora muchas viviendas tuteladas y hasta edificios enteros vacíos.

Esta evolución se explica por el hecho de que las viviendas tuteladas fueron pensadas y diseñadas solo para personas que no tenían necesidad de cuidados y, por tanto, carecían desde su origen de condiciones suficientes para vivir cuando se necesitan apoyos, como son los criterios de accesibilidad. A lo largo de los últimos decenios, este fenómeno ha originado que se impulsara por los poderes públicos y que se haya desarrollado un caudal importante de investigación para planificar de manera adecuada los alojamientos del futuro (viviendas para toda la vida), partiendo de los intereses y deseos de las personas mayores, que aspiraban a tener una vivienda integrada en la comunidad y capaz de ser habitada también cuando se precisan cuidados de larga duración. Es por estas razones por las que, a lo largo del último decenio, se ha desarrollado un gran caudal de investigación que ha dado origen a una nueva planificación de viviendas. En este contexto hizo fortuna el término *housing*.

Hoy en día y tal como señalan Croucher y cols (2008), existe una variedad de denominaciones para referirse a los distintos tipos de intervenciones y de viviendas que, bajo el paraguas *housing*, han sido diseñados para personas mayores frágiles o en situación de dependencia, tales como *'supported housing'*, *'integrated care'*, *'extra care housing'*, *'close care'*, *'flexi-care'*, *'assisted living'*, *'retirement village'*, *'retirement community'* y *'continuing care retirement community'*, etc. El parque de viviendas con servicios asciende a 90.000 plazas, aparte de las 500.000 en *sheltered housing*. Las plazas en residencias tradicionales y "*nursing homes*", ha bajado a 154.000 de las 510.000 que había en los años ochenta (*Community Care Statistics, 2008*).

La diversidad terminológica existente se explica porque las iniciativas de soluciones innovadoras han partido de los diferentes proveedores, de los diversos departamentos locales en materia de vivienda y de atención social y de otras organizaciones relacionadas, que han tratado de ir ofreciendo soluciones a la demanda de las propias personas mayores y, también, a la de los sistemas de salud y de servicios sociales para reducir la necesidad de financiar más plazas en residencias convencionales, las cuales resultan ser muy poco atractivas para sus destinatarios, que desean, como mostraron los muchos estudios desarrollados en los últimos años, vivir en ámbitos normalizados y que les permita la preservación de su autonomía para controlar su vida cotidiana. Como resultado de este bagaje de investigación, que también incluye las evaluaciones desarrolladas en los diferentes tipos de viviendas, muchos autores han venido realizando diferentes propuestas para orientar la planificación de nuevos alojamientos:

Baker (2002) describió en su propuesta los servicios mínimos que deben ofrecerse en las viviendas para personas mayores que puedan llegar a precisar cuidados:

- Alojamiento accesible.
- Equipos profesionales y personal para la atención directa, disponible 24 horas.
- Catering y otros servicios de proximidad.
- Actividades sociales y espirituales.
- Apoyos para la interacción social.
- Trabajar con planificaciones y evaluaciones personalizadas.

Por su parte, King (2004) profundiza en las características de estos alojamientos con servicios e identifica seis claves que se definen como esenciales para poder responder a las diferen-

tes situaciones de necesidad de apoyos y cuidados:

- Ofrecer apartamentos individuales o para parejas que sean totalmente accesibles y en los que se incorporen tecnologías de apoyo.
- Posibilidad de recibir diferentes paquetes de atención integral, incluso cuando se requieren atenciones sociosanitarias de carácter complejo.
- Diversificar la oferta de los servicios de comidas con dos o más menús para elegir cada día.
- Disponibilidad durante las 24 horas del día para recibir los apoyos que se precisen.
- Instalaciones comunes compartidas por los inquilinos y vecindad, como restaurante, sala de estar, gimnasio, actividades lúdicas, biblioteca, etc.
- Personal de oficinas y de mantenimiento de instalaciones.

Pero, además de los elementos descriptivos del tipo de equipamientos a diseñar y de las modalidades de servicios a prestar en ellos, otros autores, como Riseborough y Fletcher (2003) fueron más allá que otros en la definición del modelo de atención que debe regir en las viviendas con apoyos y cuidados para personas mayores. Se trata de ofrecer un plus que les diferencie de la mayoría de la oferta en la que el foco de la atención se pone exclusivamente en la calidad asistencial. Se refieren estos autores a un conjunto de cinco elementos necesarios para conseguir promover una "mejor calidad de vida de las personas y no sólo la calidad de la atención". Tales elementos o ingredientes los agrupa en cuatro ámbitos: *los principios, el diseño, el modelo de calidad de vida y la evaluación personalizada*.

- Los principios rectores de esta propuesta son autonomía, independencia e inclusión social. El principio de autonomía se consigue

a través de la aplicación del modelo de atención centrada en la persona y mediante la salvaguarda de derechos para que los residentes puedan seguir controlando su vida cotidiana. El principio de independencia se garantiza mediante la oferta de programas y servicios de prevención y rehabilitación. Y, para lograr el principio de inclusión social, debe favorecerse el mantenimiento de contactos con la vecindad y con los recursos comunitarios,

- En cuanto al diseño, se considera crucial en este modelo la personalización de los espacios de la vivienda (planteados como verdaderos hogares), así como la existencia de lugares comunes para la relación social. La preservación de conceptos como la garantía de privacidad e intimidad se consideran claves para incluir en el diseño.

- El modelo de atención que se propone es el de calidad de vida y la garantía del respeto por las preferencias de las personas, lo que obliga a la flexibilidad de los apoyos requeridos que deben partir del reconocimiento de las capacidades preservadas, huyendo del modelo basado en el déficit. Se trata de pasar del "hacer para" al "hacer con" la persona residente.

- Finalmente, se plantea como necesaria la evaluación personalizada y permanente de cada caso, para ofrecer apoyos ajustados a las necesidades cambiantes de los procesos de dependencia.

Esta evolución conceptual de los alojamientos (viviendas) con servicios para personas que requieren cuidados de larga duración, llevó al gobierno británico a elaborar una propuesta muy ambiciosa, enunciada como su objetivo central: conseguir "viviendas y entornos para toda la

vida" (*Department for Communities and Local Government, 2008*). En este documento se da por sentado que en el futuro, la vivienda, la salud, y la asistencia estarán progresivamente interrelacionadas. De ahí que para los poderes públicos la vivienda y el envejecimiento constituyan prioridades de futuro clave, porque se consideran interdependientes.

El desarrollo de estos avances conceptuales y de decisiones políticas tiene como claro antecedente la política de viviendas de los países nórdicos, especialmente, de Suecia y Dinamarca, países en los que está totalmente generalizado y extendido el modelo de alojamientos (viviendas) con servicios para personas que requieren apoyos por su situación de dependencia. En Suecia esta evolución comenzó de manera muy temprana en la década de los años 60, en que se inició la diversificación de la oferta en diferentes tipos de viviendas con apoyos, dentro del programa nacional "del millón de viviendas". En la actualidad, el modelo predominante para personas en situación de dependencia son las denominadas "Viviendas de Grupo" (*Gruppboende*), que se componen de un máximo de 10 a 12 apartamentos de unos 30m cada uno, que se distribuyen alrededor de unas estancias comunes para la convivencia en las que se ubica una cocina comunicada con la sala de estar y una terraza y/o jardín de uso común. La característica esencial de su diseño consiste en ofrecer unos equipamientos en los que se garantiza atención durante las 24 horas del día pero en alojamientos normalizados que se parezcan lo más posible a un auténtico hogar. Su objetivo es que las personas que allí viven, incluidas las que tienen grandes necesidades asistenciales, puedan seguir percibiendo una cotidianeidad que tiene significado y sentido para ellas: colaboran en la realización de actividades, como

preparar la merienda, hacer la lista de la compra, doblar la ropa, etc. La realización de estas tareas se entiende como actividad terapéutica (psicoestimulación, orientación a la realidad, reminiscencias, ejercicios de memoria) y son desarrolladas con el apoyo del personal de atención directa y la supervisión de un equipo profesional externo. El diseño de estas viviendas permite con facilidad la orientación y la convivencia, pero también garantiza la privacidad en un entorno reconocible y hogareño para la persona: su vivienda (habitación en residencias convencionales) decorada según su gusto y con sus objetos preferidos. En esta modalidad de alojamientos suelen estar permitidos animales de compañía para el grupo de convivencia y se valora cada vez más la existencia de un jardín con espacios para pasear y descansar.

En el caso danés se experimentó una evolución muy parecida en el modelo de equipamientos para vivir y recibir cuidados, llegándose en ese país a prohibir por Ley de 1987 la construcción de residencias tradicionales (*Housing for the elderly Act*). El diseño y el modelo de atención en las viviendas con servicios de Dinamarca son muy parecidos a los suecos, y en ambos países apenas existen residencias de tipo institucional, reservándose las existentes para la atención sociosanitaria compleja. El Gobierno danés consideró de tanta importancia orientar sobre bases científicas la planificación arquitectónica en cuanto al tipo de diseño de los alojamientos futuros para personas que precisan cuidados que encargó en 2004 una ambiciosa investigación a la Universidad, bajo el título genérico de "Bienestar subjetivo y tipología de viviendas" (*Trivsel og boligform*). Los diferentes informes que se han ido produciendo a lo largo de las diversas fases de este estudio, pueden ser consultados en la

web oficial de servicios sociales de Dinamarca: <http://servicestyrelsen.dk>. Entre las conclusiones de interés de esta vasta investigación, destaca que, aunque se ratifica como idóneo el modelo de viviendas con servicios que está totalmente generalizado en este país (apartamentos o viviendas de grupo), debe profundizarse más en la dimensión esencial para el bienestar de las personas que es la percepción subjetiva de “sentir que viven en su hogar y que son bien atendidos”. Para avanzar de cara al futuro, se señalan algunas áreas de mejora como: ubicación de las viviendas en entornos comunitarios conocidos para la persona, resolver la ubicación de las personas con demencia avanzada, equilibrar mejor los conceptos intimidad/relación social, avanzar en la flexibilidad de las intervenciones para adaptarse a los procesos y a la evolución de cada persona, disponer de un jardín o espacio exterior agradable para pasear o descansar.

En otros países europeos, como Alemania, Holanda o Francia también se está experimentando una evolución hacia modelos de viviendas normalizadas en las que viven pequeños grupos de personas, sobre todo para quienes presentan deterioros cognitivos o demencia. Son los denominados “*Small Scale Living Units*” en Holanda, o los “*Cantou*” franceses. Desarrollos parecidos a los descritos pueden encontrarse también en Australia, Canadá y Estados Unidos. En EE.UU una parte de este tipo de alojamientos son conocidos como “*Green House Model*” y es muy de destacar en este país la influencia que el denominado “lobby por el cambio de cultura en las *nursing homes*” está teniendo para avanzar en la incorporación del concepto de dignidad en las residencias para personas que necesitan cuidados permanentes.

En definitiva y para concluir este apartado, la tendencia en el ámbito internacional indica una evolución en los modelos de alojamientos que constituyen una clara alternativa a la residencia de tipo institucional, ganando fuerza aquéllos que ponen el énfasis en caracterizarlos como la vivienda propia y en la preservación de la autonomía personal. Comparten ciertas características con las residencias convencionales en cuanto atañe a la prestación de servicios: manutención, espacios comunes compartidos para la relación y la realización de actividades, atención profesional garantizada y disponible las veinticuatro horas del día, convivencia con personas de la misma generación, etc., pero se diferencian de ellas en el modelo de atención, marcado por la personalización, las actividades cotidianas con función terapéutica, la involucración familiar y la flexibilidad. En cuanto al diseño, hay bastantes diferencias que se consideran claves, como el logro de un ambiente hogareño, la decoración personal en propia habitación (vivienda) y el equilibrio entre la preservación de la intimidad y la oferta de lugares comunes de tipo doméstico (cocina-comedor cada 10/12 personas) y otros para actividades y relación social con la comunidad (gimnasio, cafetería, tienda, etc.).

3. LA OFERTA DE RESIDENCIAS Y OTROS RECURSOS FORMALES DE ATENCIÓN EN ESPAÑA.

Tradicionalmente, España partía de un modelo de atención a las personas adultas y mayores en situación de discapacidad, fragilidad o de dependencia claramente basado en la atención familiar, y, por tanto, la atención pública tenía un carácter residual subsidiario, dentro de una concepción asistencial mediante la que los poderes públicos sólo actuaban cuando la

familia fallaba o era inexistente.

Si observamos los indicadores de evolución de la disposición de recursos formales de atención a personas mayores que se ofrecen a continuación, se hace patente cómo el desarrollo de los servicios sociales comenzó a desplegarse observarse también del análisis de estos datos las grandes diferencias que han existido a lo largo del período en la distribución que se produce entre los diferentes servicios y el grado de su desarrollo, que se explica porque la atención en residencias se inició de manera mucho más temprana que los servicios de atención domiciliaria o la teleasistencia.

“sistemas alternativos”, las viviendas tuteladas, cuya distribución territorial es muy desigual, si bien existen en casi todas las Comunidades Autónomas. Destacan por el mayor número de plazas en estas viviendas Cataluña (2.435 plazas), Castilla La Mancha (1582), el País Vasco (1560) y Galicia (1032).

El problema que presenta esta modalidad de alojamientos es el mismo que ha sido glosado al hablar de las *sheltered housing* del Reino Unido. Es decir, que en su mayoría fueron diseñados para personas sin necesidad de cuidados, tienen barreras arquitectónicas y no ofrecen atención ni apoyos permanentes.

Servicios Sociales para Personas Mayores en España. Evolución del número de usuarios (plazas). 1988-2009

AÑOS	Población>65	SAD	TELEASISTENCIA	RESIDENCIAS	TOTAL
		Usuarios	Usuarios	Plazas	
1988	4.961.456	6.448	-----	106.485	112.933
1995	6.086.365	63.712	7.070	163.338	234.120
2000	6.842.140	118.507	60.518	206.575	385.600
2004	7.276.620	228.812	148.905	266.392	644.109
2009	7.780.830	372.199	451.366	344.543	1.168.108

Fuente: Elaboración propia, a partir de datos del Imserso, varios años.

Centrándonos en las residencias, según las últimas estadísticas publicadas por el IMSERSO (2009), el número total de plazas en servicios de atención residencial era de 356.232 a 1 de enero de 2009; el 97% correspondían a plazas en centros residenciales convencionales (344.543) y el 3% restante a otros “sistemas de alojamiento alternativos” (11.689), de los cuales la mayoría (72%) son viviendas tuteladas, un 22% apartamentos o pisos, siendo plazas de acogimiento heterofamiliar, el 6% restante. Dentro de su escasa representatividad, destacan entre estos

En consecuencia, cuando las personas que viven en estas viviendas llegan a desarrollar una situación de dependencia, se ven obligadas a mudarse a otro lugar (una residencia).

Por lo que se refiere al tamaño de los centros que componen la oferta que tenemos en España, siguen prevaleciendo los de menos de 50 plazas, que constituyen más de la mitad de los existentes. Este hecho es considerado positivo en los informes del Imserso (2009), “si tenemos en cuenta que la evidencia científica y los ex-

peros aconsejan abandonar los modelos basados en un concepto de «macro-residencias», en donde disminuyen considerablemente elementos cualitativos básicos de la atención y dónde se difumina o incluso, a veces, se pierde el concepto elemental de residencia como ese lugar que ocupa el espacio de la vivienda propia y que sustituye al hogar donde, al igual que en él, impera un principio fundamental para el bienestar, equilibrio y salud del individuo, como es el del respeto a la intimidad y a la voluntad de las personas”.

Es verdad que, junto al tamaño, es necesario evaluar muchas otras dimensiones relacionadas con la calidad que se ofrece en estos centros antes de pronunciarse sobre su idoneidad, pero también lo es que la descalificación que en ocasiones se realiza hacia todos los centros pequeños, considerándolos inadecuados y de mala calidad en su globalidad, son afirmaciones que pueden desconocer, por ejemplo, que el tamaño reducido es una opción preferida por muchas personas mayores según viene registrándose de manera recurrente en la investigación (Imsero, 1998, 2005, 2009, 2010; CIS, 2006, 2009; Ingema, 2010).

Como valoración global de la evolución experimentada en los últimos años, puede afirmarse que en España se han producido considerables avances y mejoras en cuanto se refiere a las características arquitectónicas, organizativas, formación de los/as profesionales y de calidad asistencial en las residencias para personas mayores, aunque en ocasiones ocurre que los estándares de calidad establecidos (gestión de calidad) se han importado de otros ámbitos como el mundo empresarial o sanitario, relegándose otras prioridades que son esenciales para el bienestar de las personas. Sin embargo,

cuando se trabaja en la atención de larga duración y se planifica el modo en que han de vivir las personas su vida futura, el respeto de sus preferencias y deseos debiera prevalecer sobre otros aspectos de la organización que, siendo muy necesarios, han de estar supeditados a lo esencial y, en este sentido, se ha innovado menos. Pero se considera que es muy necesario hacerlo porque las tendencias sociodemográficas de cara al futuro avalan la certidumbre de que precisaremos disponer de más plazas residenciales para las muchas personas que requerirán cuidados de larga duración y la oferta debe ajustarse a las preferencias de las personas. Algunas de tales tendencias son:

- El crecimiento sin precedentes del número de personas mayores de 80 años que seguirá produciéndose hasta la mitad del s. XXI y, como consecuencia de ello, se espera un incremento muy significativo de las situaciones de dependencia.
- La disminución de cuidadores/as informales de siguiente generación, producida tanto por el cambio de rol de las mujeres (integración sociolaboral de las nuevas generaciones) como por la caída intensa de la fecundidad (muchas personas que requerirán cuidados no tienen hijos o solo tienen uno), y también por la movilidad de los puestos de trabajo que ocuparán las escasas generaciones de jóvenes.
- La insuficiencia de los recursos de apoyo en el domicilio por mucho que se generalicen y perfeccionen para atender a las personas en determinadas situaciones de dependencia (demencias, sobre todo).
- La tendencia creciente hacia la independencia en los modos de vida de las personas

mayores, que cada vez rechazan más no sólo vivir con los hijos, sino también ser cuidados por ellos de manera exclusiva.

Sabiendo, pues, que vamos a necesitar muchas plazas de alojamientos en los que se dispensen cuidados de larga duración, es bueno contar con elementos que coadyuven a la orientación y planificación del tipo de equipamientos que deberán ofrecerse en el futuro y también para producir mejoras en los existentes. Contamos afortunadamente con investigaciones realizadas, tanto entre las personas que serán su potenciales destinatarias (lo que resulta esencial), como en el entorno profesional, acerca de los problemas que presentan las residencias tradicionales, así como sobre los rasgos básicos que debieran encontrarse en ellas. Entre las quejas recurrentes que sobre las residencias se formulan se destacan ahora dos de las que se consideran más importantes y que están en el origen de la alta tasa de sintomatología depresiva que se produce en las residencias (Monforte *et al*, 2001):

- La pérdida de control sobre la propia vida que suele producirse en la vida cotidiana de los centros, lo que origina una disminución del derecho de las personas a realizar elecciones sobre su vida cotidiana, una progresiva despersonalización y la consiguiente pérdida de autoestima personal.

- El debilitamiento de las relaciones sociales y de las interacciones, que se ven restringidas cuando se vive en una residencia. Esto afecta muy negativamente a la calidad de vida de las personas mayores, pues, como demuestra la evidencia científica, la afectividad y la vinculación emocional con su entorno próximo son factores determinantes de bienestar en esta fase vital.

Con respecto a las características que deberían reunir las residencias para resultar más atractivas a sus potenciales destinatarios, se muestran algunas en el cuadro siguiente, también deducidas de resultados de investigación:

Ubicación en los entornos de procedencia para mantener vínculos y redes sociales.
Disponibilidad de espacios personalizados propios (habitaciones individuales) en los que poder decorarlos con objetos y enseres propios y en los que también se garanticen la privacidad y la intimidad.
Flexibilidad horaria para levantarse o acostarse, para las comidas, para salir y entrar, etc.
Amplitud de horarios para las visitas y disposición de espacios privados para las relaciones.
Coste por plaza asumible.
Equipamientos confortables y hogareños.
Amplitud de oferta en servicios de ocio, entretenimiento, culturales, etc.
Comprensión por parte de los trabajadores respecto a su biografía y gustos personales.
Dedicación de tiempo por parte del personal, dentro de su jornada laboral, para charlar, pasear, práctica de aficiones, etc.

Fuente: CIMOP, 1996; IMSERSO (2005, 2009, 2010); INGEMA, 2010.

Podría sintetizarse este conjunto de aspectos que las personas anhelan para los alojamientos en los que puede ser necesario que lleguen a vivir, diciendo que lo que buscan es, ni más ni menos, que lo que se enunció hace años como *un lugar para vivir* (Carrington et al, 1989). Y si se analizan los mismos a la luz de las experiencias que se están desarrollando en el ámbito internacional y que sumariamente se han descrito en el apartado 2 de esta colaboración, parece haber bastante coincidencia entre los deseos de las personas mayores españolas y las del conjunto de los países analizados, en los que se están ofreciendo respuestas que tratan de armonizarse con esas preferencias.

4. EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

Cuestión esencial a la hora de diseñar un recurso es definir el modelo de atención en el que

se fundamenta, que, naturalmente, debe estar apoyado en la evidencia científica producida.

En este sentido, se ha propuesto en otros lugares el que se ha denominado modelo de atención integral centrada en la persona que se define como *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* (Rodríguez, 2006, 2010). El modelo se configura a partir del conocimiento disponible sobre la atención más adecuada a las personas que precisan cuidados o atención por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia. Una síntesis de las bases científicas y normativas sobre las que se asienta el modelo se ofrece en el cuadro siguiente:

a) La evidencia científica producida

Prevención primaria, secundaria y terciaria en la compresión de la morbilidad y en la reducción de la dependencia (Gómez y Cols, 2003).

Modelo psicosocial de intervención. (Baltes y Baltes, 1990; Moos y Lemke, 1979).

El fortalecimiento de las capacidades preservadas para promover autonomía personal y reducir el exceso de dependencia (Janicki y Ansello, 2000, Little, 1988).

Modelo de calidad de vida (F.Ballesteros, 1997; Schalock y Verdugo, 2003).

El modelo del envejecimiento activo (OMS, 2002).

El respeto por los deseos de las personas destinatarias de los programas, (Verdugo, 2006; IMSERSO, 2009).

La planificación centrada en la persona (López y cols., 2004).

La atención centrada en la persona con demencia (Kitwood, 1997; Brooker, 2004, 2005, 2007; Chenoweth, 2009).

b) La promulgación de nuevos derechos sociales y consensos internacionales

Normativas: Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad; la LAPAD; las nuevas Leyes autonómicas de Servicios Sociales.

La OMS y sus clasificaciones sobre la discapacidad.

Los Planes Internacionales de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento.

La OCDE y sus recomendaciones para la atención a las personas mayores en situación de dependencia.

La Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), suscrita conjuntamente por la OMS, la UNESCO y la OIT.

c) Conclusiones de evaluación de políticas avanzadas.

La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo bien desde la integración (Países Nórdicos), o mediante la coordinación de servicios (Francia). En España, teniendo en cuenta la configuración de nuestros sistemas de Salud y de Servicios Sociales, es recomendable que se avance mediante el modelo de coordinación.

La atención integral centrada en la persona requiere necesariamente la coordinación entre niveles y sectores asistenciales sociosanitarios, pero también es precisa la complementariedad con otros ámbitos (vivienda, educación...).

La importancia de la utilización de las tecnologías de apoyo (teleasistencia avanzada, productos de apoyo, domótica) para apoyar la autonomía personal y la vida independiente.

En los planes y programas hay que plantearse también apoyos para la interacción, participación y a la inclusión social.

Evidencias satisfactorias de la aplicación del modelo de atención integral centrado en la persona, asentado en el aseguramiento del ejercicio de los derechos y en la dignidad humana en el ámbito internacional (EEUU, Canadá, Países Nórdicos).

La propuesta del Reino Unido sobre "sistema completo", basado en la organización de los servicios en torno a la persona.

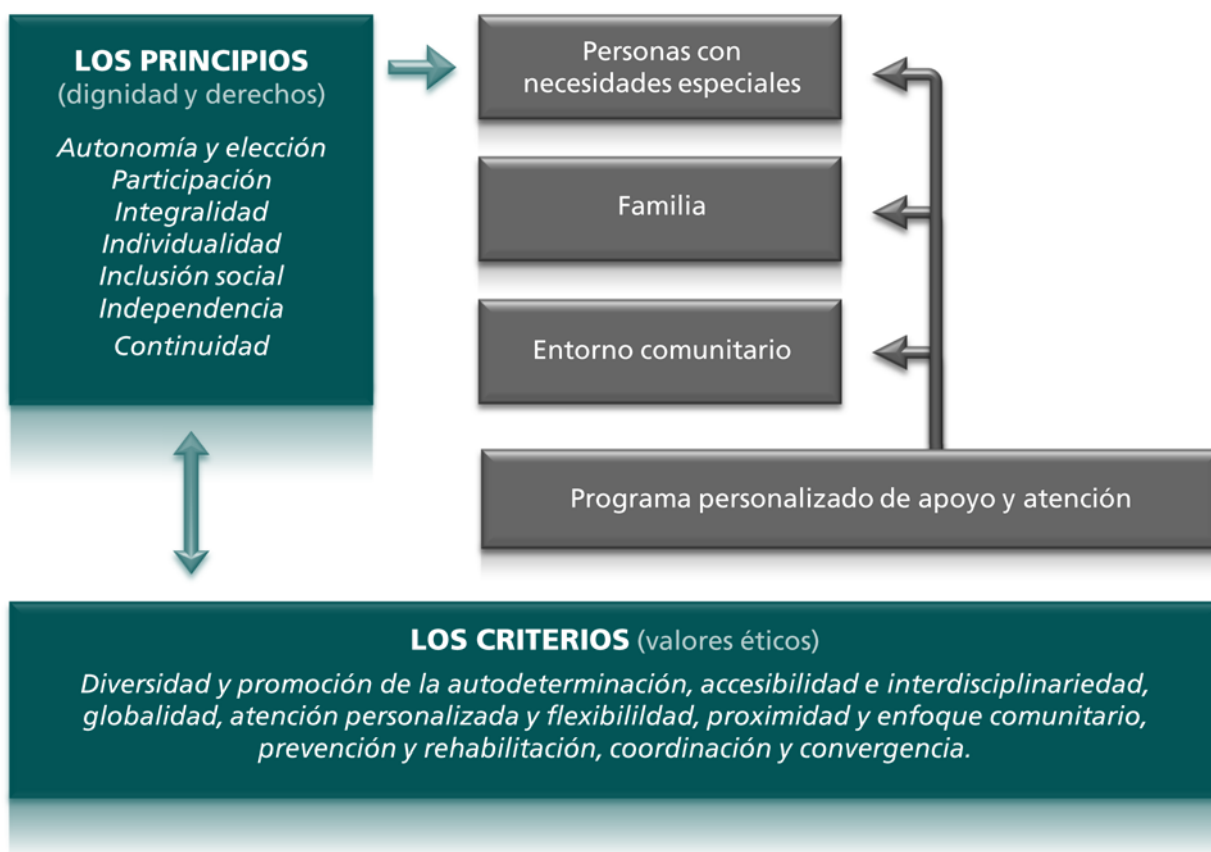
Modelo *Housing*, desde el que se apuesta por el desarrollo diversificado de una amplia gama de apoyos y servicios para que las personas puedan seguir viviendo en su casa, incluso cuando presentan niveles importantes de dependencia. Modelo que es de aplicación también a diferentes tipos de alojamientos cuyo diseño ambiental se asemejan al concepto hogar, y donde además de proporcionar los cuidados necesarios, se trabaja según el modelo de atención centrada en la persona.

Como corolario del fundamento científico referido, el modelo de atención integral centrada en la persona se asienta en un conjunto de **principios** esenciales. Éstos hacen referencia a las personas a las que se dirigen los programas y al respeto de sus derechos fundamentales y sociales y sientan la filosofía de la atención. Constituyen el eje alrededor del cual deben girar las intervenciones que se desarrollen y, por tanto, éstas, que siempre deben estar avaladas por la evidencia científica disponible, han de estar supeditadas al cumplimiento de los principios.

Los criterios constituyen la metodología necesaria para hacer posible el cumplimiento de los principios. Por tanto, principios y criterios se reclaman recíprocamente. Los criterios, impregnados de valores éticos, tienen que ver con una correcta praxis profesional, con la calidad de los programas y con la idoneidad de los apoyos que se determinen para hacer posible el cumplimiento de los principios sustentadores.

Este modelo, de forma esquemática, se presenta en el gráfico siguiente.

Modelo integral de atención centrada en la persona en situaciones de discapacidad, fragilidad o dependencia.



Fuente: Rodríguez, P., La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Serie: Informes Portal Mayores, nº 106. Madrid, CSIC/Imsero, 17 págs., 2010. Ref. 190642.

Los principios y criterios consustanciales al modelo son generales para cualquier tipo de intervención pero deben adaptarse según el tipo de recurso desde el que se actúa. Para las intervenciones a desarrollar desde las residencias u otros alojamientos, se han propuesto de la manera que se indica en los párrafos que siguen (Rodríguez, 2007).

Previamente, quiere señalarse la importancia de que todos los actores del proceso (las personas que requieren apoyos y atención, sus familias, las entidades responsables del ciclo de intervención—planificación, ejecución, evaluación y reajuste- y el conjunto del equipo profesional y trabajadores de cada centro) deben tener conocimiento y sentirse partícipes de esta filosofía de atención con el fin de hacer posible que la misión del centro (ofrecer el mayor bienestar y calidad de vida a la persona) sea significativa para todos ellos. Sólo con el consenso previo de cuantos agentes intervienen en un centro será posible evitar los conflictos de intereses que a veces se producen entre trabajadores y personas mayores. Y sólo con ese acuerdo puede lograrse el cumplimiento de los fines, objetivos y actuaciones, que han de resultar aceptados y coordinados.

También es totalmente precisa la interiorización general del concepto de **dignidad** que es inherente a toda la humanidad, por su simple condición de persona. Quienes, por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia, viven en una residencia o en cualquier otro tipo de alojamiento con apoyos, pueden tener mayor riesgo de las que viven en sus casas de que se lesione su dignidad, y por ello, trabajar en los centros cómo se concreta y se preserva la propia dignidad en la vida cotidiana cualquiera que sea el estado en que se encuentren las

personas con respecto a su capacidad funcional, resulta esencial con carácter previo a todo lo demás. En este sentido, la incorporación de valores y la ética profesional ha de estar presente y presidir todo los procesos de intervención y el propio modo de concebir a la persona en su relación con el ambiente, con los profesionales y con el resto de actores que puedan estar vinculados al centro. Es muy conveniente, en este sentido, contemplar en la formación inicial y continuada contenidos para que la práctica profesional esté impregnada de un profundo respeto a los derechos humanos y se faciliten estrategias para preservar derechos esenciales, como la libertad personal en el desarrollo del plan de vida propio, la intimidad y la privacidad en la vida cotidiana, el respeto a las diferencias interindividuales y la evitación de actitudes sobreprotectoras y actuaciones que puedan caer en la infantilización de las personas adultas.

Los principios y criterios en los que se sustenta el modelo son los siguientes:

- **Principio 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.

Este principio es el esencial de cuantos se proponen. Hace referencia al reconocimiento de los derechos fundamentales de las personas y, entre ellos, el de autogobierno para desarrollar su propio plan de vida y para tomar decisiones, aunque en ocasiones (cuando se presentan situaciones de deterioro cognitivo importante) éstas se realicen de forma delegada por su grupo de apoyo.

Criterios de diversidad y promoción de autodeterminación. Desde el primer momento en que se realiza la planificación de recursos de alojamiento debe diseñarse una oferta diversificada de las diferentes modalidades de los mismos con el fin de garantizar la posibilidad real de elección de las personas que van a residir en ellos.

En cuanto a los ya existentes, la metodología de las intervenciones y la oferta de los diferentes programas y servicios dirigidos a minimizar las situaciones de dependencia, deben favorecer que las personas muestren sus preferencias y puedan elegir entre opciones diversas relacionadas con los procesos que les afecten.

La misión del centro, compartida por todo su personal, debe ser, pues, la provisión de los apoyos que necesita la persona por su situación de dependencia, y, al tiempo, los que requiere para mantener e incluso incrementar su capacidad de autodeterminación y el ejercicio de sus derechos de ciudadanía.

• **Principio de participación.** Íntimamente ligado con el anterior, este principio defiende que las personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia tienen derecho a continuar participando en la vida de su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes y al pleno desarrollo de una vida personal libremente elegida (sexualidad, relaciones sociales, etc.)

También tienen derecho, lo mismo que sus familias, a estar presentes y participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida en el centro, a ser escuchadas, a recibir la información requerida y a formular las quejas y sugerencias que deseen.

Criterios de accesibilidad e interdisciplinariedad. Hay que planificar e intervenir en la comunidad y en los centros para que en los diferentes contextos se incluyan elementos facilitadores que mejoren el funcionamiento y reduzcan la discapacidad así como para que se remuevan los estereotipos que existen acerca de las personas en situación de discapacidad o de dependencia y se promueva actitudes sociales integradoras.

La interdisciplinariedad ha de impregnar todo el proceso de intervención: El equipo de profesionales aplicarán técnicas de trabajo en equipo con este enfoque interdisciplinario, incluyendo a las personas residentes y a sus familias, que deben conocer, opinar y aceptar sus planes de apoyo. Para proporcionar habilidades que promuevan una auténtica participación, en la intervención se incluirán estrategias de empoderamiento y de autoestima. También deben desarrollarse sistemas y cauces que la garanticen (profesionales de referencia, incidencia de las decisiones de las Juntas de Residentes en la vida del centro, buzón de quejas y sugerencias,...) que serán recogidos en el correspondiente reglamento de régimen interior.

• **Principio de Integralidad.** La persona es un ser multidimensional en la que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Criterio de Globalidad. Las intervenciones que se planifiquen, y el modo mismo de acoger a las personas en los centros, han de satisfacer las necesidades biomédicas, emocionales y sociales de la persona. Este criterio de globalidad ha de considerarse en todos los programas que se contemplen en las planificaciones y en el mismo proceso de

intervención desde una dimensión sistémica en la que interactúan los diversos agentes del proceso: residente, familia, profesionales, ambiente físico y psicosocial y contexto comunitario. La dimensión emocional y afectiva cobra un importante papel en la vida de las personas que se encuentran en una residencia, por lo que es muy necesario trabajar la involucración de la familia y de otras redes sociales de la persona en el centro, así como incorporar esta faceta en las intervenciones profesionales.

· **Principios de Individualidad e intimidad.** Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto. Las personas que viven en un alojamiento están en su casa y, desde esta consideración, su derecho a la privacidad y a la intimidad se torna inalienable.

Criterios de flexibilidad y atención personalizada. Los programas y servicios que se planifiquen desde los centros deben diseñarse de manera que tengan capacidad de adaptación a las necesidades individuales de las personas y no viceversa. Para ello se deben ofrecer planes funcionales adaptables, actuaciones diversas e intervenciones personalizadas que tengan en cuenta tanto las diferencias interindividuales como los cambios que se producen a lo largo del tiempo en cada proceso.

La intervención y/o los planes personalizados de atención, apoyos y cuidados han de considerar siempre la biografía y el estilo de vida de la persona, respetando sus preferencias personales y socioculturales. Se darán oportunidades y cauces que garanticen la privacidad y la intimidad de las personas

que viven en un alojamiento (espacios privados para la relación, el aseo o el descanso; secreto de las comunicaciones, respeto por los enseres y objetos personales...)

· **Principio de integración social.** Las personas en situación de fragilidad, discapacidad o dependencia son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as con idénticos derechos que el resto de la población. Por ello, también cuando viven en un alojamiento, deben tener posibilidad de mantener sus relaciones sociales anteriores, interactuar en su entorno y disfrutar de cuantos bienes sociales y culturales existan en igualdad con el resto de la población.

Criterios de proximidad y enfoque comunitario. Las diferentes alternativas de alojamiento que se planifiquen han de situarse en el entorno más próximo y cercano a donde viven las personas. Las intervenciones, que deben tener un marcado enfoque comunitario, promoverán la continuidad de las interacciones sociales de las personas que están en los centros y que, en la medida de lo posible, continúen disfrutando de los recursos existentes en la comunidad (culturales, artísticas, deportivas...). Hay que evitar la tendencia que existe a la concentración de las actividades exclusivamente en el interior de los centros. Asimismo, éstos deben abrirse a la comunidad, ofreciendo sus servicios y actividades a otros grupos de población. Los programas multigeneracionales resultan muy beneficiosos tanto para las personas mayores como para las más jóvenes y, por tanto, deben desarrollarse al máximo. También hay que promover iniciativas dirigidas a la propia sociedad con el fin de desterrar estereotipos e imágenes sociales negativas que rezan sobre las personas que están en

una residencia u otro alojamiento y conseguir que las conozcan mejor y que se creen espacios para la interacción con las mismas.

• **Principios de Independencia y bienestar.**

Todas las personas residentes han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la prevención del agravamiento de la dependencia, a la promoción de su autonomía y a la mejora de su bienestar subjetivo. Quienes presentan situaciones severas de dependencia tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su sensación de control, se apoyen en sus capacidades y faciliten su sensación de bienestar.

Criterios de Prevención y Rehabilitación.

Entre los programas y actuaciones que se planifiquen en los centros deben incluirse contenidos dirigidos a la promoción de la salud, al incremento de la sensación de bienestar y a la prevención de enfermedades, trastornos y riesgos que pueden originar o agravar la dependencia.

Cuando las intervenciones se dirijan a personas que tienen una situación de dependencia importante se establecerá un reajuste permanente de los objetivos, siendo el bienestar subjetivo el eje vertebrador de los mismos. Es necesario abandonar las creencias erróneas que existen sobre la ineficacia de la intervención en este grupo de personas y, por ende, planificar acciones cualquiera que sea su grado de afectación. Este criterio niega con rotundidad el nihilismo terapéutico y la consecuente deserción de explorar nuevas posibilidades de intervención. Al contrario, reafirma que siempre es posible restaurar o descubrir capacidades, prevenir el incremento de la dependencia y ofrecer más confort y bienestar.

• **Principio de continuidad de cuidados.** Las personas que se encuentran en un centro por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia tienen derecho a recibir los cuidados y atenciones que precisan de manera continuada y adaptada a las circunstancias cambiantes de su proceso.

Criterios de coordinación y convergencia.

Es necesario establecer mecanismos formales y estructurados de coordinación y complementación entre los alojamientos y el resto de los recursos sociales y sanitarios para poder adaptarse a cada proceso de dependencia, que es cambiante a lo largo del tiempo. También para avanzar, desde el concepto de "normalización de los alojamientos, concebidos como viviendas" en la recepción de la atención comunitaria que se precise. La coordinación con el sistema sanitario resulta en este sentido esencial y debe establecerse tanto en su nivel comunitario (centros de salud) como con los centros de especialidades y con el hospital.

Asimismo, las intervenciones que se realicen deben contemplar su convergencia y complementariedad con el apoyo informal con el que cuente la persona (familia, amistades, vecindad), que ha de ser estimulado y apoyado desde los centros.

El modelo sumariamente descrito presenta dos componentes esenciales: la integralidad y la atención centrada en la persona.

Para lograr el objetivo de la integralidad se requiere pensar en una planificación que abarque y coordine una serie de servicios e intervenciones que pueda requerir la persona y que pueden ir más allá de la prestación clásica y

estricta de los servicios sociales y que, por tanto, deben articularse éstos con los apoyos que sean necesarios de otros sectores para permitir el desarrollo de los proyectos de vida de las personas en su entorno (sanidad, vivienda, TICs, formación y empleo, cultura, servicios de proximidad, participación social...). También desde este enfoque de la integralidad, hay que planificar actuaciones adaptadas a la idiosincrasia de cada territorio y velar porque los planes de atención se realicen de manera participativa con los distintos agentes y actores que pueden cooperar. En cuanto a la intervención de los casos, la atención integral pretende alcanzar la acción coordinada y continuada que requiere el modelo, para lo que resulta muy recomendable prever un acompañamiento profesional que diagnostique, diseñe, coordine y evalúe planes personalizados de intervención que promuevan itinerarios que mitiguen la situación de dependencia y promuevan la autonomía y el bienestar de las personas a lo largo de su proceso de discapacidad, fragilidad, dependencia, inclusión social, etc. A estos efectos, es muy recomendable la existencia de un/a profesional de referencia a quien se le encomendará la responsabilidad de unos cuantos casos y que actuará siguiendo la metodología de gestión de casos, a fin de garantizar la coherencia de los programas, apoyos o servicios de atención y la coordinación de las intervenciones (Rodríguez y Cols 2011).

El otro componente del modelo se basa en la atención centrada en la persona, que va más allá de la atención individualizada clásica, ya que además de satisfacer las necesidades detectadas en la persona adaptándose a sus características individuales, estimulan y apoyan que la persona participe activamente en su proceso de atención, cuyo objetivo final es siempre

el apoyo para el desarrollo de los proyectos de vida a los que aspire cada persona. Este modelo tiene su origen en la psicoterapia rogeriana de los años sesenta (Rogers, 1961) y del ámbito de la psiquiatría pasó después al de la discapacidad, fruto del cambio conceptual que supuso el modelo social de la discapacidad y el auge del movimiento de vida independiente. Es en este ámbito de la discapacidad donde el modelo de atención centrada en la persona tiene más recorrido (Parley, 2001; López y Cols, 2004; Fundación S. Fco de Borja, 2007; Sevilla y Cols, 2009, Claes y Cols 2010), y, por su cercanía con el de la gerontología, de donde puede aprovecharse mucha de la experiencia que tienen acuñada. De manera mucho más reciente ha llegado el modelo al ámbito de la intervención con personas mayores en España, aunque en otros países tiene ya bastante tradición (Patmore, 2002; McCormack, 2004). En este campo gerontológico fue paradigmática la aportación temprana que hizo Kitwood (1997) sobre la necesidad de incluir este enfoque en la intervención con personas que presentan trastornos cognitivos y demencias.

Al conceptualizar la atención centrada en la persona, Brooker (2004, 2005, 2007) propuso una fórmula que sintetiza y concreta su significado para su aplicación en personas mayores con demencia. Tal ecuación se expresa como $V=I+P+S$, donde V resume el mundo de valores significativos para la persona, I es la consideración de la individualidad única y diferente de cada una, P hace referencia a la personalización y a la necesidad consiguiente de mirar la realidad desde la perspectiva de la persona, y S la creación de un entorno social positivo y lleno de sentido para la persona. Del análisis de esta fórmula puede observarse cómo la subjetividad cobra una importancia crucial en la aplicación de este modelo.

Los profesionales, por tanto, han de poner en el centro de su atención a la persona y la garantía del ejercicio de sus derechos, frente a la primacía de otros intereses legítimos como son los de la organización del centro o los del saber profesional, pero que en ocasiones colocan en un lugar subordinado a las personas con las que se trabaja. El fin de la atención es la persona y las intervenciones deben realizarse preservando su dignidad, su bienestar, sus derechos y sus decisiones.

Como estrategias para la intervención resulta imprescindible y cobra especial valor la biografía y el conocimiento de las preferencias, gustos y deseos de cada persona (Clarke, 2000, Clark y Cols. 2003), por lo que estos aspectos han de conocerse desde la fase previa al proceso de intervención y, por tanto, integrarlos entre los instrumentos de valoración inicial y tenerlos en cuenta en las intervenciones. Desde esta perspectiva, adquiere todo su sentido, por ejemplo, que se programen y desarrollen intervenciones en reminiscencias en personas con deterioro cognitivo (Kontos, 2005; Downs et al., 2006; Martínez, 2011a), porque ayudan a dar valor y sentido a la historia de vida y a todos los eventos que han sido importantes para la persona.

Como pautas para las intervenciones en general y en especial en el ámbito de las demencias y de otros procesos de deterioro cognitivo, se destaca por los autores la importancia de flexibilizar al máximo y personalizar las rutinas cotidianas, dotándolas de significación y sentido, así como identificar las capacidades no afectadas por el deterioro para, desde ellas, ofrecer apoyos (incluida la autodeterminación indirecta cuando son otros quienes asumen la representación de las personas no competentes

en la toma de decisiones) relacionados con el desarrollo del plan de vida propio de cada persona. Diversas investigaciones han mostrado, en este sentido, cómo la aplicación profesional de la atención centrada en la persona en momentos clave de la rutina de un centro, como la ducha o el baño, hace que disminuyan las conductas de agitación, agresión y discomfort (Sloane y Cols, 2004; Hoeffler y Cols, 2006) y que también disminuya la toma de medicamentos neurolépticos cuando los profesionales han sido entrenados y aplican este modelo (Fossey y Cols, 2006).

En síntesis, desde el modelo de atención integral centrada en la persona, los servicios formales se configuran como apoyos diversos para incrementar el bienestar de las personas, minimizar su dependencia y favorecer la continuidad de sus proyectos de vida. Su misión consiste en atender, proteger, intervenir, ofrecer cuidados basados en evidencia científica, pero, siempre con el fin último de desarrollar una intervención profesional de calidad dirigida a contribuir a que quienes precisan apoyos vivan mejor y puedan participar en su entorno controlando lo posible sus propias vidas.

5. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Como se afirmaba en el apartado 3 de este artículo, a lo largo de los últimos veinte años se ha producido una gran transformación en el desarrollo de las residencias en España. Los avances que se han ido introduciendo, tanto en la extensión de este recurso como en su conceptualización, en la formación de sus profesionales y en la mejora de su nivel asistencial nos presentan una realidad afortunadamente distinta de la que teníamos al inicio de la década de los noventa.

Este cambio se ha ido produciendo al hilo de la evolución que a lo largo de esos años ha experimentado la sociedad española en general, que también ha incidido en las preferencias de las propias personas sobre el tipo y calidad de apoyos que les gustaría recibir ante una situación de fragilidad o de dependencia. También en España, como hemos visto al referirnos al contexto internacional, se anhela recibir la atención precisa en el propio domicilio o, cuando esto ya no es posible por el grado importante de dependencia que se pueda llegar a desarrollar, en otro alojamiento que pueda reconocerse también como un hogar propio. Y, como avala la evidencia científica, esta percepción de hogar solo puede lograrse cuando, además de atención y cuidados profesionales de calidad, el ambiente que rodea al equipamiento es cercano, significativo para la persona y ofrece garantías de que la vida cotidiana se desarrolla con salvaguarda de su dignidad y, por tanto, pudiendo mantener el control máximo de su vida, el ejercicio de sus derechos y la interacción con las personas allegadas.

Sin embargo, hoy por hoy existe discordancia entre parte de la oferta existente y la demanda de las personas que son potenciales destinatarias de los recursos de alojamiento. Disonancia que puede explicarse seguramente por la falta de orientación que ha existido desde los poderes públicos a planificadores, arquitectos y proveedores sobre qué aspectos básicos de diseño arquitectónico y qué modelos de intervención debieran ofrecer los recursos de alojamiento para resultar atractivos a sus potenciales usuarios. Se entiende, pues, que buena parte de las razones que explican la dificultad que hoy sufren los proveedores de plazas residenciales para encontrar clientes se explica precisamente por esta discordancia entre la evidencia cientí-

fica producida y la toma de decisiones que ha llevado a la construcción de los equipamientos que hoy constituyen la oferta mayoritaria de residencias.

¿Qué hacer de cara al futuro?

Indudablemente, no podemos plantearnos que se cambie de manera radical el panorama de nuestro parque residencial, pero sí podría actuarse tanto desde el sector público como desde la iniciativa privada en varias direcciones paralela y complementariamente:

- En primer lugar, se considera preciso mejorar la posibilidad real de que las personas puedan mantenerse en su casa el mayor tiempo posible, toda la vida en muchas ocasiones. Para ello, hay que explorar al máximo todas las posibilidades de provisión de servicios y de apoyos a que se ha hecho referencia en los dos primeros párrafos del apartado 2 de esta colaboración y también avanzar en el concepto “viviendas para toda la vida” a la hora de planificar las viviendas del futuro.
- En segundo lugar, ir desarrollando modificaciones en las residencias existentes para proseguir avanzando en las líneas de mejora que ya se vienen efectuando en muchos lugares con el fin de acercarse, en unos casos, al modelo de atención descrito y, en otros casos, para estar en condiciones de ofrecer atención y cuidados sociosanitarios de corta y media estancia en las residencias cuyo equipamiento y dotación de personal lo permitan.
- Por último, pensar en nuevos diseños de alojamientos con cuidados para el futuro que reúnan buena parte de las características que se han descrito en el apartado 2.

A continuación se desarrollan con algo más de amplitud algunas de las orientaciones que se recomiendan para las dos últimas de las líneas de actuación señaladas.

5.1. AVANZAR PROGRESIVAMENTE EN EL CAMBIO DE MODELO EN LAS RESIDENCIAS EXISTENTES

Como se ha mencionado anteriormente, la oferta actual de las residencias en España no es homogénea. Hay centros muy grandes y otros muy pequeños, unos cuentan con instalaciones excelentes mientras que las de otros son manifiestamente mejorables, algunos mantienen equipos profesionales sociales y sanitarios muy bien formados mientras en otros el personal es escaso y con muy baja cualificación...

Pero, salvando estas diferencias, buena parte de las residencias actuales podrían avanzar en varias líneas de mejora. Una de ellas consiste en abrirlas a la comunidad convirtiéndolas en centros polivalentes de recursos. Se trata de desarrollar algunos cambios mediante los que podría optimizarse al máximo, tanto social como económicamente hablando, el funcionamiento de los servicios de la residencia si, además de los programas de atención a residentes permanentes, se ofrecen otros como los que se indican a continuación:

- *Servicios destinados a personas no residentes.* Se trataría de permitir que personas mayores que viven en su casa utilicen con flexibilidad y sin horarios rígidos determinados servicios como el comedor, los talleres, el gimnasio, los baños, etcétera.

- *Servicios de “respiro”.* Toda residencia cuya infraestructura lo permita podría estar abierta

al ofrecimiento de programas intermedios con el doble objetivo de atender a las personas mayores y de ofrecer un “respiro” a la familia cuidadora: centros de día, estancias temporales, programas de vacaciones asistidas por personal especializado, etcétera.

- *Servicios domiciliarios destinados a personas mayores en situación de fragilidad o de dependencia que viven en su casa.* Algunas residencias pueden plantearse también ofrecer algún tipo de servicio de proximidad, de manera complementaria y preferiblemente coordinada con los que se ofrecen a domicilio por los servicios sociales comunitarios, tales como comidas y lavandería a domicilio, asesoramiento sobre diseño de adaptaciones en el hogar y utilización de servicios de apoyo, terapia ocupacional y rehabilitación a domicilio, etcétera.

- *Formación y apoyo a allegados y familiares que cuidan de una persona mayor en su domicilio.* Mediante la programación de cursos de información, formación, adiestramiento en habilidades y grupos de apoyo. Algunas de estas actividades formativas también pueden desarrollarse en el propio domicilio de la persona que es atendida por su familiar.

- *Formación de profesionales de los servicios sociales ajenos a la residencia.* Cursos de formación y prácticas destinados a trabajadores/as de ayuda a domicilio, a gerocultores/as de otras residencias, a auxiliares de clínica e incluso a profesionales de más alto nivel, como formación especializada: ATS/DUE, animadores/as, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores/as sociales, médicos/as, psicólogos/as, etc. También podría estar el centro abierto a la realización de prácticas de los/as estudiantes que realizan una formación especializada

de tercer ciclo (máster).

- *Servicios abiertos al medio comunitario para facilitar la integración.* Tienda de objetos, ayudas técnicas y ropa adaptada a las necesidades de personas en situación de dependencia. Exposición y venta de artesanía elaborada en la residencia. Cafetería abierta al público con precios especiales para jóvenes. Boletín de noticias con comité de redacción intergeneracional, etcétera.

Todas las residencias pueden también llevar a cabo mejoras en el desarrollo del modelo de atención que aquí se defiende y que se ha descrito en el apartado 4. No se plantea el avance de esta línea de progreso como “o todo o nada”, sino que la propuesta de cambio de modelo que se realiza lo que señala es una tendencia que constituye un proceso a desarrollar a lo largo de los próximos años.

En su dimensión de integralidad, desde las residencias (sobre todo las pequeñas) deberían poder generalizarse las experiencias existentes en algunos lugares sobre la obtención de apoyos de los recursos sanitarios que requieren las personas residentes, como es la asistencia médica, la dispensación y preparación de medicamentos, los cuidados de enfermería o los servicios de rehabilitación. Sin embargo, para que esta vieja aspiración de lograr vías estables y permanentes de coordinación sociosanitaria en las residencias se materialice, se requiere de la voluntad y el apoyo decidido y coordinado entre los responsables de los sistemas sanitarios y los de los servicios sociales, ahora dependientes ambos de las CC.AA., algo sobre lo que parece existir convicción en muchos lugares de nuestra geografía.

Dejando a un lado este importante pero,

hasta hoy, dificultoso asunto de la coordinación sociosanitaria, también debe intentarse desde las residencias la mejor coordinación y aprovechamiento de otros recursos comunitarios (educación, cultura, voluntariado, etc.) y los provenientes de la red de apoyo de cada persona (familia, amistades, etc.), que deben sentirse acogidos en el centro como elemento central que son para el bienestar de cada residente.

Por lo que se refiere a la dimensión del modelo como atención centrada en la persona, pueden también realizarse avances en cualquier tipo de residencias de las existentes. Una posibilidad al alcance de muchos de los centros existentes es promover cartas de derechos de las personas residentes.

Al enunciar los principios que presiden el modelo de atención que se propone y que deben imbuir la filosofía de las intervenciones ya se hizo mención a cómo éstos tienen una íntima conexión con los derechos de las personas. Pues bien, para hacer bien visibles a las personas que se encuentran en un alojamiento la garantía del ejercicio de sus derechos, lo mismo que para que el personal los tenga presentes, los respete y facilite su ejercicio, es muy conveniente que los centros los expliciten y los enumeren en una carta que debería entregarse a las personas residentes y a sus familiares a su llegada al centro. Esta carta de derechos también debe formar parte de la formación que reciba el personal de todas las categorías y figurará en un lugar visible del alojamiento para general conocimiento. Además, su contenido debe estar integrado en el Reglamento de régimen interior, que también será conocido por todos los actores (residentes, familiares y personal).

Como contenidos a incorporar en una carta de derechos, se sugieren los que ya se indica-

ban en una publicación anterior (Rodríguez, 2007).

CARTA DE DERECHOS

Todas las personas residentes en este centro tienen garantizado el disfrute de todos los derechos inherentes a su condición de ciudadanos/as establecidos en la legislación vigente y, con carácter especial, el de los siguientes:

- Conocer, con carácter previo al ingreso, las instalaciones del centro, sus servicios, los horarios, los precios... y a realizar un período de prueba antes de tomar una decisión.
- Decidir libremente sobre su ingreso, permanencia y abandono del centro.
- Considerar su habitación como su casa, decorarla según su gusto con objetos y enseres propios y mantenerla durante toda su estancia en el centro, salvo causas de fuerza mayor.
- Respeto a su privacidad e intimidad (habitación y armarios con su llave; ambiente personalizado; secreto de las comunicaciones; recibir visitas y mantener relaciones interpersonales en horario amplio, ...)
- A que se faciliten desde el centro el mantenimiento de sus relaciones sociales y su acceso a los servicios sociosanitarios y culturales de su comunidad.
- Continuar desarrollando sus aficiones, mantener una vida cotidiana acorde con su modo de vida anterior y disfrutar de las interacciones con la familia y otras personas allegadas.
- Conocer con anticipación las modificaciones que vayan a producirse con respecto a las condiciones fijadas en el contrato.
- Ser informadas y consultadas sobre cualquier aspecto que pueda afectar a su vida en el centro y a no ser obligadas a actuar en contra de su voluntad.
- A participar de manera activa en la elaboración y seguimiento de su plan individualizado de atención.
- A ser advertidas y a que se les pida consentimiento expreso y por escrito si las intervenciones que se le apliquen van a ser utilizadas en proyectos docentes o de investigación.
- Participar en la vida del centro tanto individualmente (expresión de sugerencias, quejas, peticiones y deseos), como a través de la Junta de Residentes, de la que todas las personas que viven en el centro -por sí o por su representante legal- podrán ser electoras y elegibles.
- Recibir la atención y trato adecuados, correctos y respetuosos sin discriminaciones por razón de sexo, raza, ideología, religión o cualquier otra condición social o circunstancia personal.
- Beneficiarse de las intervenciones y terapias, tanto preventivas como rehabilitadoras, que sean adecuadas a cada momento de su proceso y que se fundamenten en la evidencia científica.

- A que se registren y documenten en su expediente individual (con garantía absoluta de confidencialidad) su valoración inicial, la evolución de su proceso y los tratamientos aplicados.
- A ser informadas, en términos comprensibles, sobre su situación de salud y sobre las variaciones que se produzcan; a conocer en cualquier momento el contenido de su expediente personal y a recibir un informe cuando lo solicite.
- Tener asignado un profesional de referencia al que acudir siempre que precise ayuda, consulta o asesoramiento.
- A no ser objeto de restricciones físicas o químicas que no hayan sido objeto de una valoración conjunta entre el equipo multiprofesional, la persona mayor y su familia o del comité de ética del centro. En caso de que las restricciones se consideren necesarias, recibirá información razonada por escrito acerca de su contenido y duración.
- Realizar elecciones: la ropa con que vestirse, los platos de los menús (que serán variados); dónde sentarse y con quién en el comedor o en la sala de estar; horarios para levantarse, acostarse, comer...
- Disponer en todo momento de sus bienes, controlarlos y decidir, mientras mantenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y de sus bienes para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.
- A que se le facilite la utilización de las diferentes medidas de protección jurídica en caso de necesidad.
- Al respeto de sus necesidades sexuales y afectivas.
- Participar en las evaluaciones que se realicen sobre el funcionamiento del centro y conocer el resultado de las mismas.
- Recibir cuidados médicos, psicológicos, espirituales y afectivos para morir dignamente, procurándose desde el centro el acompañamiento de las personas allegadas.
- Ser informadas, en lenguaje comprensible e inequívoco del contenido de estos derechos y de los cauces para hacer efectivo su ejercicio.

Por lo que atañe a las obligaciones de las personas que se encuentran en los centros de alojamientos, en la misma carta se especificarán algunas como las siguientes:

- Conocer y cumplir el contenido del Reglamento de Régimen Interior y las condiciones del contrato.

- Guardar las normas de convivencia y respeto mutuo, colaborando en el desarrollo armónico de las relaciones entre las personas residentes y entre éstas y el personal del centro.

- Hacer uso de las instalaciones y servicios del centro de manera adecuada y cuidadosa.

- Mantener el debido respeto a las normas establecidas y a la dignidad del personal que trabaja en el centro.

- Observar lealtad, veracidad y solidaridad tanto en la solicitud de los servicios del centro como en las quejas que puedan formular.

- Abonar puntualmente las cuotas o precios que correspondan.

- Poner en conocimiento del profesional de referencia, de la Junta de Residentes o de la dirección las anomalías o deficiencias que se observen en el funcionamiento del centro. Y si para formular quejas se desean mayores garantías de confidencialidad, se utilizará de manera anónima el buzón de sugerencias.

Sin perjuicio de lo anterior, hay que reconocer que contar con una carta de derechos, conocida y compartida, además de por las personas residentes y por sus familias, por todo el personal de las residencias, puede no ser garantía suficiente de su cumplimiento. Por ello, resulta muy aconsejable que todos los agentes concernidos (equipo de atención, personas residentes y familiares) se planteen y trabajen de manera interdisciplinar cómo compatibilizar el ejercicio de estos derechos con una adecuada organización del centro y una correcta praxis profesional (SIIS / Fundación Eguía - Careaga, 2011). Así concebida, una carta de derechos puede convertirse en un instrumento valioso y adecuado para facilitar el avance en el modelo propuesto.

También son de gran utilidad las guías prácticas sobre cómo lograr en la concreción de las tareas y la vida cotidiana de los centros acercarse al modelo de atención centrada en la perso-

na. Estas guías pueden redactarse, bien por la propia organización de la que depende el alojamiento o bien utilizar las que ya están disponibles (Marín y Cols, 1996; López y Cols, 2004; Puisieux, 2007; Fundación S. Francisco de Borja, 2007; Bermejo y Cols, 2009, 2010). Muy recientemente, Teresa Martínez (2011b) ha realizado una contribución muy valiosa con su guía sobre el modelo de atención gerontológica centrada en la persona, que está resultando de mucha utilidad en ámbitos profesionales para conocer y aplicar el modelo en residencias y otros recursos de atención dirigidos a personas mayores.

Pero si realmente quiere avanzarse en el desarrollo y extensión del modelo, es muy recomendable que, además de instrumentos de apoyo como los descritos, se lleve a cabo una oferta formativa intensa sobre el modelo a todo el personal de atención directa de los centros, al equipo profesional especializado y a quienes ejercen la dirección de los mismos. Yendo más allá, se estima que el alcance del modelo debería extenderse mediante actuaciones formativas al conjunto de responsables que ejercen puestos directivos y funciones de planificación, gestión y evaluación en servicios sociales, o mejor sociosanitarios, de carácter general, teniendo en cuenta que son estas figuras las llamadas a tomar decisiones relacionadas con el diseño de los recursos a implantar.

Contando con estos apoyos, resultará más sencillo que el equipo directivo y de atención directa de los centros puedan plantearse de manera paulatina y progresiva diversas áreas de acercamiento al modelo que pueden ir desde la mejora del ambiente físico del centro (decoración cálida y hogareña, personalización de las diferentes habitaciones, creación de espacios ajardinados aunque sean pequeños) hasta ir introduciendo

cambios organizativos que faciliten a las personas residentes la posibilidad de elegir horarios, comidas, actividades, salidas, etc.

Finalmente, en cuanto se refiere a la medición del avance del modelo de atención centrada en la persona en cada centro interesado, cabe señalar que contamos con instrumentos de evaluación para medirlo. Algunos de los indicadores que se evalúan son la consideración de la historia de vida de la persona en los planes personalizados de atención, la inclusión de interacciones positivas entre el personal y los residentes entre los objetivos de una atención de calidad, la celebración de reuniones de equipo para chequear los avances en la atención centrada en la persona, la inclusión de actividades preferidas por las personas en las rutinas de trabajo cotidiano, la libertad de movimiento de los residentes dentro y fuera del centro, etc. (Davis y Cols, 2008; Edvardsson y Cols, 2010).

5.2. CONVERTIR PARTE DE LAS RESIDENCIAS EXISTENTES EN CENTROS SOCIOSANITARIOS DE CORTA Y MEDIA ESTANCIA

Hoy en día existen, como ya se ya mencionado, centros muy bien construidos y equipados, tanto en personal especializado como en medios técnicos, que reúnen condiciones idóneas para avanzar desde ellos en atenciones de carácter sociosanitario. Se trata de que desde esta tipología de centros se puedan atender diferentes procesos que, aun considerándose prestaciones sanitarias, pueden atenderse con igual calidad asistencial, mayor calidad humana y a menor coste que en un hospital.

Coadyuva en esta dirección el hecho de que, entre la diversidad tipológica de usuarios que

hoy pueden encontrarse en una residencia, se incluyen perfiles que también se encuentran en hospitales de crónicos e incluso en establecimientos hospitalarios de agudos (Rodríguez, 2007). Por consiguiente, mediante los correspondientes acuerdos entre las Consejerías de Sanidad y de Servicios Sociales, podrían definirse aquellos perfiles de pacientes que cabría encuadrar como de carácter sociosanitario, con establecimiento diferenciado de módulos de pago por atención sanitaria, cuidados psicosociales y gastos hosteleros, y ser atendidos en las residencias que reúnan las condiciones de idoneidad necesarias. Los perfiles que cabría encuadrar dentro de esta tipología de paciente sociosanitario son algunos como los siguientes:

- Personas convalecientes de una enfermedad u operación quirúrgica, que podrían derivarse hacia las residencias desde el hospital o desde atención primaria para una estancia previsiblemente corta y para una atención basada en el cumplimiento terapéutico del tratamiento, supervisión y vigilancia, apoyo en las AVDs si precisa, etc.
- Personas que requieren de rehabilitación, derivada de una fractura de huesos, de un ACV, o de una situación de crisis o reagudización de su proceso patológico crónico. La derivación podría hacerse por los mismos canales de los indicados en el perfil anterior, la estancia puede oscilar entre corta y media, y el programa de atención consistirá en el cumplimiento terapéutico pautado y en el desarrollo de los programas de rehabilitación que correspondan a cada caso.
- Personas en situación terminal que requieren cuidados paliativos, con atención sanitaria, evitación del dolor y programas de intervención psicosocial a la persona y a las familias. Podrían

derivarse mediante cualquiera de las vías anteriores y también, en algunos casos, desde una residencia. La estancia puede ser de corta a media, dependiendo de cada situación.

- Personas en estado vegetativo (daño cerebral u otros procesos de carácter involutivo), que pueden ser derivadas por los mismos canales señalados anteriormente. La duración de estas estancias es incierta, y el tratamiento consiste básicamente en cuidados sociosanitarios de mantenimiento de las funciones básicas, hidratación, confort, vigilancia y control.

- Personas que ingresan por necesidad combinada de respiro familiar y para control y chequeo de una situación de complejidad asistencial de la persona que es atendida en el medio familiar. La derivación podría realizarse tanto desde atención primaria como de especializada, así como desde los servicios sociales. La duración de la estancia puede oscilar de corta a media y el tratamiento consistiría en valoración integral y definición de plan personalizado de cuidados y atención a proseguir en el domicilio, con apoyo a la familia en forma de asesoramiento sobre dicho plan y, en su caso, seguimiento.

Ni que decir tiene que desde este tipo de centros sociosanitarios también resulta muy apropiado trabajar en su apertura ofreciendo servicios a la comunidad, en línea con lo recomendado en el punto 5.1. anterior. Asimismo, cabe avanzar desde ellos también en el modelo de atención integral centrada en la persona.

5.3. DISEÑAR NUEVOS MODELOS DE ALOJAMIENTO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Como hemos ido viendo a lo largo de esta

colaboración, en España, como ocurre en el resto de los países de nuestro entorno hay una demanda clara de las personas mayores y de las personas con discapacidad a no abandonar su entorno en caso de precisar cuidados de larga duración.

La residencia ideal, ya se ha dicho, es aquella que podría resumirse en la que sea capaz de ofrecer, además de la atención que se precisa, un ambiente hogareño con elementos (objetos) personales, además de estímulos que fomenten la sensación de control del medio y de las actividades de la vida cotidiana y donde también se cultiven las relaciones afectivas.

Se considera que la mejor forma de lograr que los equipamientos respondan a la auténtica demanda y aspiración de las personas que van a necesitarlos en el futuro, pasa por realizar una planificación de alojamientos bajo una nueva conceptualización que oriente diseños en los que se combine el concepto “vivienda propia” (con toda su fuerza simbólica) con los de “atención y apoyo para la independencia y la autonomía”. Esa combinación exige de manera muy especial enfatizar el cambio de concepto produciendo una total desconexión entre la casa (la propia) y los servicios profesionales que se reciben, lo que significa que en los nuevos modelos de alojamiento lo que se ofrece a la persona no es “una habitación” sino “su nueva vivienda”. Naturalmente, este cambio conceptual provocará también una modificación de la imagen social de las residencias que pueden llegar a ser vistas como lugares deseables donde vivir.

En cuanto a los costes, estas viviendas suelen ofrecerse en las experiencias existentes preferentemente en alquiler, aunque también exis-

te la opción de venta. Los precios varían según tipo de alojamiento, pero podría cifrarse en alrededor de 310 euros (precios de Inglaterra, en 2011), incluidos gastos comunes e impuestos. Los servicios conforman, dentro de esta nueva concepción, módulos de pago diferenciados: la manutención por un lado y la atención que se requiera por otro (la atención sanitaria siempre debe ser gratuita).

Existen numerosos estudios de costo beneficio y coste eficacia que muestran excelentes resultados en términos de calidad de vida y satisfacción de las personas que residen en estos tipos de alojamiento, así como que la mayoría de ellos son también sostenibles y no más caros que las residencias actuales (Stancliffe y Cols, 2000; Schwab y Cols, 2002; Chappell y Cols, 2004; Mansell y Cols, 2007; Wieland y Cols, 2010).

Por lo que se refiere a las cuestiones relacionadas con el diseño arquitectónico, ya se han descrito en el apartado 2 las modalidades que existen en el mundo sobre este tipo de viviendas con servicios, contándose con información suficiente sobre los elementos arquitectónicos y de modelo de atención que han mostrado evidencia científica sobre su eficacia. En este sentido, el arquitecto y gerontólogo, Víctor Regnier, que viene analizando y evaluando desde hace años diferentes tipos de alojamientos en todo el mundo para seleccionar los que ofrecen mayores garantías de bienestar para personas que requieren atención y apoyos, ha señalado 10 claves a tener en cuenta a la hora de diseñar los equipamientos futuros (Regnier, 2002, Regnier y Denton, 2009):

1. Ubicación del centro en el propio entorno comunitario de las personas y, preferible-

mente, con espacios abiertos (jardines, patios o paisajes naturales). Con ello se garantiza la continuidad con la vida anterior, el mantenimiento de las relaciones sociales y la facilidad para interacciones nuevas.

2. El paisaje exterior se considera un elemento terapéutico. Debe haber visibilidad del exterior desde los máximos puntos posibles del centro y organizar el jardín en diferentes espacios que ofrezcan diversas posibilidades y actividades: senderos para pasear con variedad de flora, barbacoa, juegos para niños, combinación de sombra y espacios soleados, sonidos de agua, algún animal doméstico, etc.

3. Cuidar en el diseño algunas características arquitectónicas importantes: accesibilidad integral y amigable en rampas, puertas, suelos, techos, etc.; creación de "grandes espacios pequeños y pequeños espacios grandes"; concebir los pasillos como habitaciones; cuidar la iluminación, diversificando las fuentes de luz; personalización de las entradas a cada unidad convivencial.

4. Estimular con los diseños la interacción social, con espacios abiertos y corredores que favorecen el encuentro y el intercambio, combinados con rincones discretos desde los que se pueda observar la vida cotidiana y las entradas y salidas de visitas; previsión de lugares para recibir a la familia, amistades, etc., incluso por la noche; disponer de espacios para actividades socioculturales.

5. Promoción de la independencia: diseño que animen y propicien los paseos, espacios para el ejercicio físico y la rehabilitación y disposición de elementos tecnológicos y servicios de apoyo.

6. Estimulación de los sentidos: minimizar el riesgo de la existencia de ruidos desagradables y prever sistemas de supresión de malos olores; diseñar un cuarto en el que se ofrezca la oportunidad de darse un baño sensual con aromas y aceites; grandes ventanales, claraboyas, etc, para aprovechar la luz natural pero controlando los deslumbramientos.

7. Creación de ambientes afectivos: diseñar espacios interiores y exteriores para visitas infantiles, colocación de plantas y posibilidad de animales de compañía; estimular la emotividad positiva en la decoración de interiores y cuidar que en la selección de elementos decorativos de la vivienda se incluyan los que favorecen la reminiscencia y la revisión vital de eventos positivos.

8. Planificación de la vivienda: Favorecer diseños que permitan la creación de un espacio propio, íntimo, en el que puedan diferenciarse diferentes ambientes: dormir, estar, cuarto de baño, pequeña cocina; prever superficies amplias para personas con movilidad reducida (accesibilidad); ventanales grandes o, mejor, balcones o terrazas.

9. Las interacciones con el personal y las familias: espacios para interactuar con el personal de atención directa y el resto del equipo para conocerse, intercambiar impresiones y participar en los planes de atención y desarrollo de la vida cotidiana; cuidar que los despachos y oficinas administrativas sean accesibles y “amigables”, lo mismo que los elementos tecnológicos que favorecen la autonomía y la independencia.

10. Cuidar los diseños específicos para la atención de personas con demencia, desde el axioma de que “sólo conocen lo que pueden

ver”: Son especialmente recomendables las viviendas para pequeños grupos de personas; diseñar espacios apropiados para facilitar y permitir el vagabundeo tanto dentro de la unidad como fuera de ella; la utilización de la cocina en su doble función de participación de la elaboración de la comida (aunque sea solo visual) y como lugar donde desarrollar actividades terapéuticas cotidianas con sentido; utilización del mobiliario, objetos y enseres con función terapéutica.

Como recapitulación de todo lo que ya se ha presentado, cabría resumir las propuestas que mejor parecen estar funcionando entre las tendencias internacionales, algunas como las siguientes:

- No existe tamaño único recomendable de los centros. Unas personas prefieren vivir en entornos pequeños y tranquilos, mientras que otras son partidarias de tener oportunidades de actividad y de relación social.
- Pero con independencia del tamaño del centro, es importante su división en módulos de convivencia de 10/12 viviendas máximo con un salón-cocina en el centro, decoración hogareña y evitación de pasillos largos y ambientes institucionales. La “vivienda” de cada persona o pareja, como su casa que es, se decora por la propia persona/familia.
- En los aspectos organizativos, debe pasarse de roles profesionales muy diferenciados para atender a muchos residentes, al concepto de vida familiar en comunidad, donde el personal de atención directa forma parte también de esa misma comunidad. Para ello se recomienda pasar de organizaciones jerárquicas (director, equipo

profesional, cuidadores) a un trabajo interdisciplinar de abajo-arriba (*bottom-up*), donde el personal de atención directa junto a las personas residentes y, en su caso, sus familias, deciden las rutinas cotidianas. Las valoraciones, planes personalizados, coordinación, seguimiento y control de cada persona es desarrollada por un equipo externo de profesionales, con la participación de los residentes de cada unidad de convivencia y el personal de atención directa.

- El perfil y rol profesional de este personal de atención directa tiene muy buena formación (los contenidos que aprenden constituyen un mix entre los nuestros de auxiliar de clínica, asistente personal y enfermería), está bien retribuido y desempeña roles polivalentes integrados (cuidados de enfermería, apoyo personal, tareas domésticas, intervenciones psicosociales). Se pasa, pues, de una multiplicidad de categorías con funciones diferenciadas a una única categoría con funciones integradas.

- Es conveniente para reforzar la sensación de control y responsabilidad sobre la propia salud, lo mismo que para avanzar en la eficiencia en los costes, promover mediante las intervenciones el autocuidado (paciente experto), el apoyo familiar y la participación del voluntariado.

- También es altamente recomendable en las evaluaciones consultadas que en los nuevos diseños se contemple el diseño de espacios para facilitar el ejercicio físico y las interacciones con otras personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKER, T. (2002) An Evaluation of an Extracare Scheme – Runnymede Court, Estover, Plymouth. Staines: Hanover Housing Association.

BALTES M.M. y BALTES P.B., (1990): Successful aging, perspectives from the behavioral sciences, Cambridge University Press.

BERMEJO y Cols (2009): Guías de Buenas Prácticas en Centros de atención a personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

BERMEJO y Cols (2010): Guías de Buenas Prácticas en Centros de atención a personas con discapacidad. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

BROOKER, D. (2004). What is person-centered care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 215–222.

BROOKER, D. (2005). Dementia care mapping: a review of the research literature. *Gerontologist*, 45, 11–18.

BROOKER, D. (2007). *Person Centered Dementia Care: Making Services Better*. London: Jessica Kingsley pp 160.

CARRINGTON, D et al (1989): *Homes ar for living in*, Department of Health, London.

CHAPPELL, N.L. et al. (2004) “Comparative Costs of Home Care and Residential Care”. *The Gerontologist*, 44, 3, pp.389-400.

CHENOWETH, L. et al. (2009) "Caring for Aged Dementia Care Resident Study (Cadres) of Person Centred Care, Dementia Care Mapping, and Usual Care in Dementia: a Cluster Randomised Trial". *The Lancet Neurology*, 8, 4, pp.317-325.

CLAES, C. et al.(2010) "Person-Centered Planning: Analysis of Research and Effectiveness". *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48, 6, 2010, pp.432-453.

CLARKE, A. (2000). Using biography to enhance the nursing care of older people. *British Journal of Nursing*, 9, 429-433.

CLARKE, A., HANSON, E. J., AND ROSS, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 797-706.

CIMOP (1996): Sistema de actitudes y demandas de los mayores ante la vivienda, IMSERSO, Mineo, Madrid.

CIS (2006): Estudio 2644. Barómetro mes de mayo.

CIS (2009): Estudio 2801. Barómetro mes de mayo.

COMMUNITY CARE STATISTICS (2008): Housing our Ageing Population: Panel for Innovation, Homes and Communities Agency.

COMISIÓN EUROPEA (2011): Recomendación de la comisión de 11 de julio de 2011, relativa a la iniciativa de programación conjunta «Una vida más larga y mejor: posibilidades y desafíos del cambio demográfico» (2011/413/UE).

CROUCHER, K y cols. (2006): Housing with care for later life. A literature review. Ed. Joseph Rowntree Foundation. University of York.

EUROSTAT (2011): "Population and social conditions", Monográfico de la serie Statistics in focus, 23/2011.Luxembourg.

DAVIS, S., BYERS, S., and WALSH, F. (2008). Measuring person-centered care in a sub-acute health care setting. *Australian Health Review*, 32, 496-504.

DEPARTMENT FOR COMMUNITIES AND LOCAL GOVERNMENT (2008): Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods. A National Strategy for Housing in an Ageing Society. London.

DOWNS, M., SMALL, N. AND FROGGATT, K. (2006). Person-centered care for people with severe dementia. In A. Burns and B. Winblad (eds.), *Severe Dementia*. (pp 193-204). Chichester: Wiley.

EDVARDSSON, D y cols. (2010): "Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT)", en *International Psychogeriatrics*, 22:1, 101-108.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997): "Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales", en *Anuario de Psicología*, 73.

FOSSEY, J. et al. (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomized trial. *BMJ*, 332, 756-761.

FUNDACIÓN S. FRANCISCO DE BORJA (2007). Planificación centrada en la persona. Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja con Discapacidad Intelectual. Madrid: FEAPS.

GÓMEZ J., SEPÚLVEDA D. e ISAAC M. (2003): Reducción de la dependencia en el anciano. Servicio de Geriátrica de la Cruz Roja. Madrid.

HOEFFER, B. et al. (2006). Assisting cognitively impaired nursing home residents with bathing: effects of two bathing interventions on caregiving. *Gerontologist*, 46,524–532.

IMSERSO / CIS (1998): Encuesta de soledad entre las personas mayores. CIS. Madrid.

IMSERSO (2005): Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2009): Las personas mayores en España. Informe 2008. Imserso. Madrid.

IMSERSO (2009): “Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2009”, en Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles y Tendencias, nº 43. Observatorio de Personas Mayores. Imserso. Madrid.

IMSERSO (2010): Encuesta a personas mayores de 65 años. www.imserso.es

INGEMA (2010) Estudio sobre la realidad de las personas mayores de 60 años en el País Vasco. ECVPM-Euskadi. Gobierno del País Vasco.

JANICKI, M.P. y ANSELLO, E.F. (2000): Community supports for aging adults with lifelong disabilities. Brookes. New York.

KING, N. (2004) Models of Extra Care and Retirement Communities, Housing Learning and Improvement Network Factsheet No. 4. London: Health and Social Care Change Agent

Team, Department of Health.

KITWOOD, T. (1997). Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Buckingham: Open University Press.

KONTOS, P. C. (2005). Embodied selfhood in Alzheimer’s disease: rethinking person-centered care. *Dementia*, 4, 553–570.

LITTLE, A. (1988): “Psychological aspects of working with elderly clients”. En Squires, A.J. (ed.): Rehabilitation of the older patient. Crom Helm. Sydney.

LÓPEZ A, MARÍN AI, DE LA PARTE JM. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero*, 35(1), nº 210.

MANSELL, J. et al.(2007): Deinstitutionalisation and Community Living. Outcomes and Costs: Report of a European Study. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, pp.140.

MARÍN, J.A. et al. (1996): Manual de buena práctica para residencias de personas ancianas. Dpto. De Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava. Vitoria.

MARTINEZ RODRÍGUEZ, T (2011a): Entrenar la memoria e intervenir en reminiscencias. Dos guías, dos miradas. Madrid. Edit. Médica Panamericana.

MARTINEZ RODRÍGUEZ, T (2011b): La atención gerontológica centrada en la persona. Una guía para la intervención profesional en servicios y centros. País Vasco: Gobierno País Vasco.

McCORMACK, B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13, 31–38.

MONFORTE, JA, FRANCO MA Y CONDE VJ (2001): Sintomatología depresiva como predictor de mortalidad en el anciano que vive en residencias. Madrid. IMSERSO.

MOOS R.H. y LEMKE S., (1979): "Specialized living environments for older people", Birren JE y cols: Handbook of the psychology of aging. Van Nostrand Reinhold. New York.

OCDE (1993): L'aide aux personnes âgées dépendantes. Chapitre de synthèse du rapport final (pro-jet), Paris.

OCDE (1996): Protéger les personnes âgées dépendantes, Paris.

OCDE (2005): Long-term Care for older people. Paris: OCDE.

OCDE (2011): Besoin d'aide? La prestation de services et le financement de la dépendance. Paris.

O.M.S. (2002): Active Ageing. Ginebra.

PARLEY, F.F. (2001): "Person-Centred Outcomes. Are Outcomes Improved Where a Person-Centred Care Model Is Used?" *Journal of Intellectual Disabilities*, 5, 4, pp.299-308.

PATMORE, C. (2002): Towards Flexible, Person-Centred Home Care Services. A Guide to Some Useful Literature for Planning, Managing or Evaluating Services for Older People. York: Social Policy Research Unit, pp.54.

PUISIEUX, F. Ed. (2007). Les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Quelques recommandations. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris.

REGNIER, V (2002): Design for Assisted Living: Guidelines for Housing the Physically and Mentally Frail, John Wiley, New York.

REGNIER, V y DENTON A (2009): "Ten new and emerging trends in residential group living environments". *NeuroRehabilitation* 25 (2009) 169–188.

RISEBOROUGH, M. and FLETCHER, P. (2003) Extra Care Housing – What Is It?, Housing LIN Factsheet 1. London: Health and Social Care Change Agent Team, Department of Health.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P (2006): El sistema español de servicios sociales y la atención a las situaciones de dependencia. Fundación Alternativas. Documento de trabajo nº 87/2006 (www.falternativas.org).

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2007): Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Madrid, Ed. Médica Panamericana.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. CSIC.

RODRÍGUEZ, P. (2010): "Intervenciones en discapacidad, envejecimiento y dependencia. Hacia la definición de un modelo de calidad de vida basado en derechos y dignidad", en *Revista Autonomía Personal*, nº 1 (págs. 42-55).

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P y Cols (2011): Servicios de Ayuda a Domicilio. Manual de planificación y formación. Madrid, Ed. Médica Panamericana.

ROGERS, C. (1961). On Becoming A Person: A Therapist's View of Psychotherapy. London: Constable.

SCHWAB, T.C. et al. (2003): "Home- and Community-Based Alternatives To Nursing Homes: Services and Costs To Maintain Nursing Home Eligible Individuals at Home". Journal of Aging and Health, 15, 2, pp.353-370.

SEVILLA J; ABELLÁN R; HERRERA G; PARDO C; CASAS X; FERNÁNDEZ R (2009) WWW.miradasdeapoyo.org. Un concepto de Planificación Centrada en la Personas para el siglo XXI. Fundación Adapta.

SHALOCK, R.L. y VERDUGO, M.A. (2003): The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners. American Association on Mental Retardation. Washington D.C.

SIIS Y FUNDACIÓN EGUÍA CAREAGA (2011): Los derechos de las personas mayores y el me-

dio residencial, ¿cómo hacerlos compatibles?. Fundación Eguía Careaga. Gipuzkoa.

SLOANE, P. D. et al. (2004). Effects of person-centered showering and the towel bath on bathing associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society, 52, 1795-1804.

STANCLIFFE, R.J. Y KEANE, S (2000). "Outcomes and Costs of Community Living: a Matched Comparison of Group Homes and Semi-Independent Living". Journal of Intellectual and Developmental Disability, 25, 4, pp.281-305.

VV.AA. (2005): Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO.

VERDUGO, M.A., dir. (2006): Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Salamanca, Amarú Ed.

WIELAND, D. et al. (2010): "Five Year Survival in a Program of All Inclusive Care for Elderly Compared with Alternative Institutional and Home and Community Based Care". The Journals of Gerontology, 65a, 7, pp.721-726.

LA COBERTURA PRIVADA DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA: PLANES, SEGUROS Y OTRAS FORMAS DE FINANCIACIÓN

ELISA DEL POZO DOMINGO
Redactora de Expansión

Sumario

1. VALORACIÓN DE LA ACTUAL SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN UN ENTORNO DE CRISIS	42
2. TRES ALTERNATIVAS: SEGUROS, PLANES DE PENSIONES E HIPOTECA INVERSA	44
3. ALTA DE CONCIENCIACIÓN SOCIAL	46
4. DEPENDENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA ASEGURADOR	48
FISCALIDAD, BARRERAS, EXCLUSIONES	49
5. LA VISIÓN DE LAS EMPRESAS	52
6. EXPERIENCIA INTERNACIONAL	53
7. ELEMENTOS DEL CONTRATO DE DEPENDENCIA	54
ESTADOS UNIDOS, FRANCIA, ESPAÑA,	56
OTRAS EXPERIENCIAS: ALEMANIA, REINO UNIDO Y SUECIA	67
8. LA HIPOTECA INVERSA COMO COBERTURA ANTE SITUACIONES DE DEPENDENCIA	68
9. BIBLIOGRAFÍA	69

1. VALORACIÓN DE LA ACTUAL SITUACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN UN ENTORNO DE CRISIS

La crisis internacional que azota las economías de la mayor parte de los países occidentales pasa factura también a la cobertura de la dependencia. La obligada reducción del gasto público encaminada a recortar el déficit de las cuentas de los Estados se traduce en nuestro país en un recorte de las ayudas públicas a las personas dependientes.

Esta medida fue anunciada en mayo del año pasado por el presidente del Gobierno español, José Luis Rodríguez Zapatero, junto a una batería de ajustes, entre ellos, la reducción media del 5% del salario de los funcionarios.

La iniciativa puede sorprender quizá a quienes no conocen de cerca el sistema que proporciona la cobertura de las personas que carecen de autonomía personal. Los expertos involucrados en el apoyo a este colectivo ya advirtieron, mucho antes de que la crisis asomara en el horizonte y por tanto sin tenerla en cuenta, de lo complicado de cargar en las espaldas del Estado el peso de esta cobertura.

La experiencia de los países que cuentan con años de rodaje en la aplicación de este sistema social de protección de atención a los dependientes ya ha puesto de manifiesto dos factores preocupantes. El primero, el más lógico, que la demanda tiende al infinito. El segundo, consecuencia del anterior que el coste de la dependencia desequilibra todos los presupuestos públicos, según señala la presidenta de la patronal aseguradora, Pilar González de Fruto¹.

En su opinión, el Libro Blanco de la Dependencia, que inspiró nuestra actual Ley, ya puso de manifiesto que en materia de financiación había que optar por decisiones de partida disyuntivas: asumir que la dependencia se comería más de un 3% del Producto Interior Bruto (PIB) anual, como está ocurriendo en Suecia y en Holanda, o bien asumir que los ciudadanos tendrían que pagar parte de los servicios. El primer esquema, añade De Frutos, es sin duda el mejor: atender a los dependientes cueste lo que cueste, con los recursos públicos y privados necesarios, evidentemente sufragándolos con nuevos impuestos a medida que se dispare el coste, subiendo los actuales o mediante una combinación de ambos. Pero esta es una receta para países ricos, y ningún país lo es suficientemente sin que afecte su propia competitividad o sin que tenga que renunciar a otras prioridades políticas. Desde luego, España no lo es.

La segunda opción, afirma la presidenta de Unespa, es algo más que el copago. El copago ya existe, y no es otra cosa que contribuir al coste de las prestaciones en función de la renta disponible. Pero con eso no basta, como han puesto de manifiesto la vigencia de la ley. El copago tiene muchas incertidumbres por resolver porque ¿qué pasa si el dependiente no tiene patrimonio o si lo ha licuado previamente, es que no se le va atender? Sí, se le tiene que atender y ese copago lo pondrá el Sistema, es decir un mayor coste que asumiremos todos los ciudadanos porque, como sociedad avanzada, asumimos ese principio solidario.

El gasto público en los servicios de dependencia en España, que representaban un 0,5 % del

¹ Monográfico Dependencia una demanda social creciente publicado por APD. Febrero 2011

Producto Interior Bruto (PIB) en 2007, aumentará su peso en las próximas cuatro décadas y pasará a situarse en una horquilla de entre el 1,3 % y el 3 %, según los diversos escenarios planteados por la OCDE ².

El ritmo de incremento previsto para España durante ese periodo será más importante que el de la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), donde el gasto público para la dependencia pasará del 1,3 % en 2007 a una horquilla de entre el 2,2 % y el 2,9 %.

En su primer informe dedicado a los retos financieros que plantea la dependencia divulgado en mayo pasado, la organización destacó que el principal factor de ese incremento del gasto es el envejecimiento demográfico, que en España va a ser más pronunciado que en la media de los 34 países miembros.

Pero pese a las dificultades, afirma la presidenta de Unespa "es importante, además, que los aseguradores no abandonemos la reflexión en torno a este problema y las posibles soluciones que desde nuestra actividad se pueden proponer o implantar. Ello es así porque el camino de las sociedades avanzadas está ya trazado y es bastante claro que ya no van a renunciar al reto de diseñar un sistema de atención a los dependientes que sea factible y financieramente consistente. A los aseguradores la oportunidad de participar en condiciones adecuadas en un sistema de atención a los dependientes no nos va a caer del cielo, sino que tiene que nacer del hecho de que, cuando la sensibilidad del actor público sea la adecuada para escuchar nuestros planteamientos, éstos estén plenamente desa-

rollados técnica y jurídicamente, así como consensuados a escala sectorial. Es por ello que sea ahora, cuando debemos hablar de él, desarrollarlo, discutirlo y abonarlo con análisis y propuestas creativas", afirma González de Frutos.

Las elecciones generales convocadas para el próximo día 20 de noviembre pueden modificar la sensibilidad del actor público a la que se refiere la presidenta de la patronal. Todas las encuestas señalan al Partido Popular (PP) como la formación política que ganará los comicios y formará nuevo Gobierno.

El PP, de momento no ha dado a conocer sus ideas sobre la cobertura privada a la dependencia, aunque si ha manifestado su creencia de que el actual sistema no funciona y de que es necesario impulsar la plena efectividad de la dependencia³.

El seguro siempre ha defendido una mayor conciencia de ahorro y previsión, no solo mediante la vía fiscal, sino también a través del impulso hacia este valor que, ahora más que nunca, evidencia su importancia en el largo plazo y para afrontar los diferentes ciclos vitales de la personas.

El legislador español decidió desde el principio cargar todo el peso de la dependencia sobre las arcas públicas sin tener en cuenta el tobogán de desequilibrio financiero al que estaba abocando a la dependencia.

El equilibrio financiero del Sistema para la Dependencia requiere que el copago sea real y esté asegurado, es decir que todos aquellos que reciban prestaciones por dependencia ten-

² Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.Paris. OCDE (2011)

³ <http://www.pp.es/nuestras-ideas/dependencia>

gan capacidad económica de afrontar su parte del copago de esos servicios. Y esto solo se consigue mediante instrumentos aseguradores que garanticen esa contribución con independencia de la capacidad patrimonial con la que la persona devengue dependiente. Pero, actualmente, y solo de manera muy limitada para cubrir la dependencia severa lo la gran dependencia, los ciudadanos tiene una raquí-tica deducción fiscal en el IRPF si contratan un seguro de dependencia. Y además tienen que elegir si ahorran para su pensión o para la dependencia porque ambos ahorros consumen el mismo límite fiscal, por lo que ambos objetivos (ahorrar para la dependencia o ahorrar para la jubilación) se anulan el uno al otro afirma la presidenta de la patronal aseguradora.

El ganador es, claramente el ahorro para la jubilación, puesto que el retiro laboral es un hecho relativamente cierto en la mente de todos los ciudadanos en detrimento de la dependencia que, como hemos comentado, desde el punto de vista individual es un futurible. Pero hemos visto que pasa, y que además pasa antes de lo previsto. Ese minúsculo incentivo fiscal, unido al nulo estímulo cultural en materia de ahorro y previsión, es lo que ha producido que años después de aprobada la ley a pesar haya algo más de 17.000 españoles que tengan un seguro de dependencia. Existen diez millones de partícipes de planes de pensiones, según datos de Inverco.

Además hay que tener en cuenta que todo lo que necesitemos a partir de los 65 años tendremos que comprarlo antes de los 40 o incluso los 30 si lo que queremos recibir tiene un coste de capital elevado. Lo que vale para pensiones vale también para dependencia: un ahorro sistemático, en productos acumulativos, asegura-

dos, generado en el largo o en el muy largo plazo, con un coste por tanto pequeño, es la única garantía de generar ahorro para la vejez, tanto si se necesita para complementar la pensión pública como si es preciso atender otras necesidades relacionadas con la dependencia.

Los mecanismos de riesgo, que se basan en la ciencia actuarial por la cual no todos los que pagan tienen siniestros, funcionan mejor, por definición, cuantas más personas no dependientes o aún no dependientes participan en el sistema.

Sin un estímulo real a la sociedad, incentivando económicamente, pero sobre todo, culturalmente el ahorro y la previsión, ¿qué va a llevar a los ciudadanos a detraer de su consumo para atender sus necesidades futuras?

El seguro, con estímulos bien diseñados y carácter obligatorio o semiobligatorio, puede contribuir a garantizar que todos los dependientes estén en condiciones de aportar al sistema su compromiso de copago.

La ley está pagando este error mayúsculo cometido por planteamientos excesivamente ideológicos. Estamos a tiempo de corregirlo y construir una adecuada colaboración público-privada que permita compartir el esfuerzo de atender a los ciudadanos.

2. TRES ALTERNATIVAS: SEGUROS, PLANES DE PENSIONES E HIPOTECA INVERSA

La aportación privada a la cobertura de la dependencia tiene tres patas diseñadas en mayor o menor grado para este fin: el seguro de dependencia, los planes de pensiones y la hipote-

ca inversa. El posicionamiento de cada una de estas tres áreas de negocio es diferente según su interés demostrado en desarrollarlo y las acciones puestas en marcha para lograrlo.

EL SEGURO

El seguro es, prácticamente, el único que aporta cifras sobre el sector de la cobertura de la dependencia. Según los datos de Investigación Cooperativa entre Entidades Asegurado-

ras (Icea) de 2010, el seguro de dependencia cuenta en España con 17.453 asegurados, que son casi inapreciables si se comparan con los 32,7 millones que tiene el total del ramo de vida. El año pasado el volumen de primas captado por el seguro de dependencia fue de 2,4 millones de euros, frente a 25.767 millones del ramo. Las prestaciones que pagó el seguro por la cobertura de dependencia fueron de 20.830 euros y las totales de ramo de vida ascendieron a 4.549 millones durante 2010.

TOTAL RAMO de VIDA				
MODALIDADES	ASEGURADOS	PRIMAS (en Euros)	PROVISIONES (en Euros)	PAGO de RENTAS (en Euros)
	31-12-10	En 2010	31-12-10	En 2010
SEGUROS DE RIESGO	23.293.845	3.691.922.330,46	4.867.089.457,08	84.626.754,15
SEGUROS DE DEPENDENCIA	17.453	2.420.809,90	4.358.006,84	20.830,37
SEGUROS DE AHORRO	9.442.514	22.073.585.133,14	141.761.275.249,04	4.464.964.862,10
TOTAL VIDA	32.753.812	25.767.928.273,50	146.632.722.712,96	4.549.612.446,63

Fuente: Icea.

PLANES DE PENSIONES

La cobertura de la dependencia tiene un peso todavía más reducido en los planes de pensiones, según los datos de la Dirección General

de Seguros y Planes de Pensiones y de Instituciones de Inversión Colectiva y Planes de Pensiones como se pone de manifiesto en los siguientes cuadros:

IMPORTE PRESTACIONES (millones de euros)	CAPITAL			RENTA			MIXTO/ OTROS			TOTAL PRESTACIONES		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
JUBILACIÓN	1.776,0	1.955,4	2.061,5	729,8	1.086,0	883,6	192,5	190,7	207,3	2.698,3	3.232,1	3.152,4
INCAPACIDAD	168,8	183,5	175,1	67,7	101,3	78,9	19,51	18,5	17,8	256,0	303,3	271,9
FALLECIMIENTO	179,8	160,8	183,6	99,1	99,8	110,4	11,8	9,1	10,6	290,7	269,8	304,6
DEPENDENCIA	--	0,4	0,37	--	0,0	0,04	--	0,0	0,0	--	0,4	0,4
TOTAL	2.124,6	2.298,6	2.420,6	896,6	1.286,3	1.073,0	223,8	220,7	235,7	3.245,0	3.805,6	3.729,3

Fuente: Inverco con datos de la Dirección General de Seguros y Planes de Pensiones.

Desglose de prestaciones concedidas por los planes de pensiones (Datos provisionales):

CONTINGENCIA	IMPORTE		BENEFICIARIOS	
	2009 %	2010 %	2009 %	2010 %
JUBILACIÓN	84,2	82,3	77,6	78,0
INCAPACIDAD	7,4	7,6	10,9	10,2
FALLECIMIENTO	8,3	10,0	11,4	11,8
VIUDEDAD	5,6	7,7	6,9	7,1
ORFANDAD	1,1	1,3	2,2	2,4
OTROS HEREDEROS	1,6	1,0	2,3	2,3
DEPENDENCIA	0,01	0,01	0,01	0,02

Fuente: Dirección General de Seguros y Planes de Pensiones

La implantación de la cobertura de dependencia en los planes de pensiones se realiza mediante una modificación de sus contingencias para añadir ésta a las ya existentes con anterioridad de jubilación, incapacidad y fallecimiento. El ahorro realizado en estos productos no se canaliza hacia ninguna de las coberturas concretas. Es en el momento de producirse alguna de ellas cuando se canaliza la prestación correspondiente hacia el beneficiario.

HIPOTECA INVERSA

Este producto puede convivir perfectamente con el seguro de dependencia, ya que el público objetivo es totalmente diferente. La hipoteca inversa suele asociarse a la dependencia de un individuo porque implica un aumento en sus gastos y en sus necesidades. Si bien es cierto que, ni todas las personas mayores son dependientes, ni el deseo de aumentar el nivel de renta disponible en una persona mayor puede deberse a una situación de dependencia.

Con el objetivo de fomentar la contratación de hipotecas inversas y de reducir los costes iniciales de dicho contrato, el Gobierno modificó en el 2007 la Ley del Mercado Hipotecario que debería contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores o de las personas que se encuentran en situación de dependencia. A día de hoy este desarrollo todavía no se ha producido y esto supone un considerable escollo para la consolidación de estos productos.

3. FALTA DE CONCIENCIACIÓN SOCIAL

Cada uno de estos enfoques de financiación privada de la cobertura de dependencia respira en atmósferas distintas, y por lo tanto, para desarrollarse necesita que existan entornos también específicos.

El seguro de ahorro, sea éste para la dependencia, para la jubilación o para cualesquiera otras contingencias futuras, es una renta diferida. El asegurado renuncia a una parte de su

bienestar presente, deja de gastar una parte de su dinero en ocio o en cualquier cosa que le produzca bienestar, y lo coloca en un producto que lo que hace es revalorizar dicho dinero e inmovilizarlo para devolverlo en el futuro, cuando determinada circunstancia aflore.

Una persona relativamente joven puede ver lejano el hecho de su jubilación, pero, al fin y a la postre, tendrá que reconocer que, si vive lo suficiente, algún día dejará de trabajar y eso es un hecho cierto. La dependencia, sin embargo, es un hecho incierto, relativamente poco probable. Unas personas la sufren; otras, muchas, nunca la sufren.

Los aseguradores llaman a esto efecto fondo perdido, esto es, el argumento del cliente que se dice a sí mismo: ¿para qué meter dinero en esto, si lo mismo nunca seré dependiente? El contraseguro y otras soluciones de mercado son, de hecho, vacunas contra este efecto inventado por los actuarios.

El seguro de riesgo no tiene este problema, ya que no hay diferimiento del bienestar y, lo que es más importante, hay un elemento muy importante que es la falta de equivalencia de la prima. El argumento de hierro para vender, por ejemplo, un seguro de vida-riesgo es: "por solo xx euros" (normalmente una cantidad baja) se garantiza una indemnización en caso de muerte de xxx euros (normalmente, una cantidad mucho más elevada). Sin embargo, el seguro de riesgo tiene el problema de que el efecto fondo perdido le impacta de lleno. En un seguro de ahorro, el cliente siempre tiene una cosa que se llama provisión matemática, que es suya y que puede recuperar en los términos que el contrato establezca. En un seguro de riesgo, sobre todo si es de la mo-

dalidad anual renovable, no existe esto; existe el puro y simple pago para cubrirse de un determinado riesgo durante un determinado periodo de tiempo.

Por tanto para poder vender masivamente seguros de dependencia es necesario que se den varias condiciones:

- Poder luchar con eficiencia contra la renuencia natural de muchos clientes, cuanto más jóvenes más reticentes, hacia el concepto de diferimiento del bienestar.
- Poder exhibir como argumento la falta de equivalencia de la primas. O, si se prefiere, poder diseñar seguros de dependencia-riesgo baratos.
- Poder luchar con eficiencia contra el "efecto fondo perdido".

Los errores cometidos en el diseño del sistema de atención a los dependientes, y más concretamente el papel que en el mismo jugaría el seguro privado, tienen que ver con el hecho de que ninguno de estos tres elementos fue tenido en cuenta, cuando menos en la medida adecuada.

En opinión de la presidenta de Unespa, el principal error de la fiscalidad de la dependencia fue ligarla a la dependencia grave. Cuando esto se hizo existían ya experiencias palmarias en Europa, la belga por ejemplo, en el sentido de que el seguro de dependencia cuya cobertura se liga únicamente a la dependencia severa, o si se prefiere a los últimos estadios de la dependencia, no tiene atractivo para el mercado. Lo cual es lógico, porque si un seguro de dependencia tiene un elevado "efecto fondo

perdido”, en el caso de la dependencia severa dicho efecto se eleva al cubo.

La falta de equivalencia de la prima se basa en la mutualización del riesgo y la ley de los grandes números. Dicho de otra forma: una prima de riesgo estará tanto más carente de equivalencia con la prestación cuanto más nutrido sea el colectivo asegurado. Más claro: si en lugar de 17.000 asegurados de dependencia hubiese 17 millones, el seguro de dependencia sería exponencialmente más barato; especialmente el diferido o seguro de dependencia para no dependientes argumenta la presidenta de la patronal.

El modelo de atención a la autonomía personal no contaba con un seguro privado masivo. Otorgó a esta figura un papel suplementario difuso y poco claro y, en todo caso, renegó de una apuesta decidida por un desarrollo masivo del aseguramiento. En estas circunstancias, el sistema se aboca o bien a los seguros caros, o bien a los seguros, como en Reino Unido, limitados a clientes de edades muy avanzadas que, por decirlo coloquialmente, le ven las orejas al lobo; o bien las dos cosas.

Es obvio que las acciones para luchar contra el “efecto fondo perdido” han sido muy pocas. En consecuencia, el ambiente de desarrollo del seguro de dependencia, sea desde el enfoque de ahorro, sea desde el enfoque de riesgo, no ha sido claramente, el necesario para impulsar la actividad. El sistema de autonomía personal, cien por cien público, tiene problemas de financiación, que es una forma elegante de decir problemas de gasto. Y el seguro no hace nada por descargar ese gasto. El seguro tiene,

en este asunto, los pies fríos, afirma González de Frutos.

4. DEPENDENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA ASEGURADOR

La dependencia desde el punto de vista asegurador se define como la “limitación física o psíquica irreversible que impide al asegurado realizar determinados actos de la vida diaria”. Esta definición genérica se completa normalmente en los contratos matizando el alcance del concepto “limitación física o psíquica” indicando que se entenderá que se ha causado la contingencia de dependencia y, por lo tanto, el asegurado tiene derecho a la prestación garantizada por el seguro si se ve afectado por alguna de las situaciones siguientes⁴:

- Imposibilidad sobrevenida con ocasión de enfermedad o accidente, médicamente probada, de realizar por sí mismo al menos N de Z actividades y que justifique la asistencia constante de una tercera persona.
- Demencia senil invalidante o la enfermedad de Alzheimer, médicamente probadas y que justifique la asistencia constante por una tercera persona.
- Gran invalidez declarada por resolución del organismo público competente.

La definición de la cobertura de dependencia se debe ajustar a lo previsto en los artículos 2º y 26º de la Ley de Dependencia.

En el artículo 2º se dice que dependencia es “el estado de carácter permanente en que se

⁴ Antonio López Morales. Actuarios. Diciembre 2006

encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental de otros apoyos para su autonomía personal”.

Y en correspondencia con esta definición, también es útil la definición que dicho artículo hace de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, la movilidad esencial reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Adicionalmente, en el artículo 26° se encuentra la definición de los grados de dependencia, aspecto fundamental a la hora de establecer el nivel de prestaciones que se debe garantizar según los casos. Este artículo establece que la situación de dependencia se clasificará en tres grados en función de su severidad.

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día, o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo

extenso en su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Los seguros de dependencia cubren exclusivamente el riesgo de dependencia severa o de gran dependencia, según lo dispuesto en la legislación que regula esta cobertura. En estas pólizas, el contribuyente es el tomador, el asegurado y el beneficiario. En el caso de fallecimiento podrá generar derecho a prestaciones en los términos previstos en los planes de pensiones. Este tipo de seguros tienen que ofrecer obligatoriamente una garantía de interés y utilizar técnicas actuariales.

Pero lo cierto es que el individuo no valora adecuadamente los beneficios que se derivan de la contratación de un seguro de dependencia y, por ello, es necesario que las autoridades corrijan esta situación obligando al ciudadano a consumir esos bienes y/o incentivado su consumo mediante ayudas públicas. En un país se dan las condiciones para el desarrollo del seguro de dependencia cuando los individuos tienen la conciencia colectiva de que es un riesgo que deben incluir en sus previsiones a largo plazo.

FISCALIDAD

En cuanto al tratamiento fiscal, las primas que el contribuyente pague por estos seguros podrán reducir la base imponible de su impues-

to en las mismas condiciones que las aportaciones a planes de pensiones, estando limitada la cuantía máxima de la reducción a la menor de las siguientes cantidades:

- El 30% de la suma de los rendimientos del trabajo y de actividades económicas del servicio, porcentaje que se eleva al 50% para contribuyentes mayores de cincuenta años.

- 10.000 euros anuales, si bien en el caso de contribuyentes mayores de cincuenta años, la cuantía será de 12.500 euros.

Además del propio contribuyente (tomador, asegurado y beneficiario del seguro de dependencia) las personas que tengan con él una determinada relación de parentesco pueden reducir en su base imponible el importe de las primas que satisfagan a estos seguros, con el límite por todas las personas que satisfagan primas a favor de un mismo contribuyente, incluidas las del propio contribuyente, de 10.000 euros anuales. Estas primas no están sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Por lo que respecta al tratamiento de las prestaciones que perciba el beneficiario, una vez producida la contingencia, tributarán íntegramente como rendimiento del trabajo (artículo 17.2.a 7ª de Ley del Impuesto). Por lo demás, el régimen financiero y fiscal de las aportaciones, contingencias y prestaciones de estos contratos se regirá por la normativa reguladora de los planes de pensiones, salvo determinadas excepciones puntuales.

El tratamiento de los seguros de dependencia presenta como principal rasgo característico el diferimiento de la tributación, de modo análogo al régimen aplicable a los planes de pensiones.

También con el objetivo de cubrir posibles situaciones de dependencia futuras, la Ley del Impuesto ha modificado las contingencias que pueden cubrir los planes de pensiones (artículo 8.6 del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones), incluyendo entre ellas la dependencia severa o gran dependencia del partícipe.

De esta forma se amplían las posibilidades de dar cobertura a esta contingencia, pudiendo el contribuyente optar por la cobertura exclusiva del riesgo de dependencia mediante la contratación de un seguro de dependencia, o elegir una cobertura más amplia que incluya también las contingencias cubiertas por planes de pensiones u otros instrumentos de previsión social (jubilación, incapacidad laboral o gran invalidez).

BARRERAS

Las experiencias internacionales enseñan que existen diversas barreras que dificultan la implantación de un seguro privado. Los autores (Rodríguez y Montserrat, 2002; Dizy, 2006) clasifican estas barreras en dos grupos recogidos por Joaquín Pedruelo Jáuregui, según sean desde la demanda o desde la oferta:

De la demanda:

- La gran mayoría de la población dispone de una limitada renta que no permite pagar seguros caros y por lo tanto los jóvenes se quedan fuera y se produce una reducción muy importante del colectivo potencial de compradores.

- Existe una distancia excesiva entre el pago de las primas y la edad de riesgo real.

- La gente piensa que puede perder lo que pague si no es dependiente. Para evitar esto se pueden lanzar productos híbridos que unen el riesgo de dependencia a otro tipo de riesgos (vida, salud, pensiones)

De la oferta:

- Las aseguradoras no terminan de decidirse a lanzar un seguro para el que no disponen de información estadística suficiente sobre prevalencias o morbilidades futuras, ni sobre la evolución de costes en el medio/largo plazo. La dependencia es un riesgo muy reciente, en evolución y poco conocido todavía, que plantea a las aseguradoras dificultades tanto en la definición del mismo como en su análisis y tarificación.

- Selección adversa: significa que aquellos con mayor probabilidad de llegar a ser dependientes son lo que presentan mayor probabilidad de contratar el seguro.

- Incertidumbre respecto a la evolución futura de los costes de cuidados a personas mayores, así como respecto al mantenimiento de las hipótesis de esperanza de vida de la población dependiente.

- Abuso moral. Aquellos individuos que tienen un seguro, cuando acaece el siniestro tienden a pedir el tratamiento mejor y hasta el límite contratado con independencia de que a veces no sea estrictamente necesario.

EXCLUSIONES

De manera habitual las pólizas suelen contemplar una serie de exclusiones para eliminar de la cobertura determinadas circunstancias

especiales, como las que se indican a continuación, según Antonio López.

- Enfermedades, accidentes, lesiones o cualquier otra alteración de la salud del asegurado, preexistente a la fecha de efecto de la póliza.

- Siniestros causados voluntariamente por el asegurado y la automutilación.

- Siniestros que sean causados con motivo del alcoholismo agudo o crónico, y el uso de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.

- Las consecuencias de actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarada judicialmente, así como de su participación en actos ilícitos, duelos, riñas, salvo que hubiera sido en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

- Las consecuencias directas o indirectas de radiaciones nucleares, contaminación o radiaciones radioactivas, salvo las producidas con ocasión de tratamiento médico.

- Sida y estados relacionados.

- Enfermedades psíquicas a excepción de la demencia senil y/o enfermedad de Alzheimer.

Condiciones para acceder a la cobertura

Existen varias condiciones elegibilidad puestas por las aseguradoras para acceder a la cobertura de la póliza y detallas por Joaquín Pedruelo Jáuregui:

- Requisitos médicos: Se trata de la necesidad de rellenar un cuestionario de salud previo. Puede ocurrir que la entidad rechace la cober-

tura tras examinar las respuestas o las pruebas adicionales. Cuando se trata de pólizas colectivas de adhesión obligatoria (cerradas) puede afirmarse que este requisito se elimina en prácticamente todos los casos. En las de adhesión voluntaria (abiertas) puede negociarse su eliminación o su relajación.

- **Enfermedades preexistentes:** La aseguradora puede excluir cualquier pago o prestación con cargo a la póliza de seguro que sea consecuencia directa de esas enfermedades preexistentes.

- **Requisitos administrativos de suscripción:** son propios de las pólizas colectivas. En las de empleados, el asegurado debe estar dado de alta como trabajador de la empresa, lo que significa que causará baja automáticamente cuando abandone la misma.

- **Límite de edad:** Son habituales e impiden que tanto las personas demasiado jóvenes como las muy ancianas puedan suscribir el seguro (18-75 años).

- **Garantía de renovación.** La existencia de esta cláusula garantiza que la compañía aseguradora no cancelará unilateralmente la cobertura, siempre que la prima se pague.

- **Restablecimiento de la cobertura en caso de impago de la prima.** Las pólizas acostumbran a contemplar un periodo de gracia, que suele ser de 30 días, durante el que el asegurado sigue disfrutando de la cobertura de la póliza, pese a no haber pagado la póliza. Es habitual que se conceda un plazo de tiempo, que acostumbra a ser de seis meses desde el vencimiento del primer recibo de primas impagado, en el que la cobertura queda automáticamente resta-

blecida si el asegurado abona todas las primas pendientes.

Tipo de prestación

El tipo de prestación que incorpora una póliza es posiblemente uno de los elementos diferenciadores más importantes entre los distintos contratos de seguros. El tipo de prestación puede ser distinta, según quién sea el receptor de pago, según se abone una cantidad en metálico o se proceda al reembolso de las facturas que se presente; según sea una póliza de riesgo o no; o según se trate de una cobertura temporal o vitalicia.

- 1) **Receptor del pago.** Incluye pago al asegurado o pago al prestador del servicio. Algunas pólizas incorporan la particularidad de que en caso de que el coste del servicio sea inferior al límite diario cubierto en la póliza, la diferencia positiva se acumula a un fondo que sirve para prorrogar el plazo de indemnización una vez éste llega a su fin.

- 2) **Abono en metálico de una cantidad o prestación de un servicio.**

5. LA VISIÓN DE LAS EMPRESAS

En el estudio de Joaquín Pedruelo se incluye una encuesta a quince directores de recursos humanos de empresas españolas para conocer su grado de conocimiento sobre la dependencia y su cobertura cuyo resultado se resume en seis puntos:

- El nivel de conocimiento y sensibilidad hacia los temas relacionados con el envejecimiento demográfico y la atención a personas mayores dependientes es excepcionalmente bajo.

- Se hace necesario acometer medidas de divulgación, información y concienciación por parte de las distintas administraciones públicas para que la población tome conciencia de la necesidad de aportar recursos a cubrir este riesgo en el largo plazo.

- Es preciso que funcione adecuadamente la coordinación entre las distintas administraciones públicas que participan en la dependencia: la administración general de Estado, las CCAA y las y las Corporaciones Locales, encargadas en último término de prestar el servicio al ciudadano.

- La existencia de ventajas fiscales asociadas a los seguros privados de dependencia resulta ser, según la experiencia de Estados Unidos y Francia, un elemento determinante para el desarrollo de este tipo de instrumentos.

- La población es muy sensible a destinar sus ahorros a cubrir una contingencia que puede que no ocurra, con la consiguiente pérdida de las aportaciones realizadas. Parece que el futuro de los seguros privados de dependencia pasa por el desarrollo de productos híbridos que ligan el riesgo de dependencia a otros, como por ejemplo el de vida, salud o pensiones.

- Los planes de pensiones pueden resultar un canal de venta del riesgo de dependencia de primer orden al aprovecharse el conocimiento que el público tiene de los mismos.

6. EXPERIENCIA INTERNACIONAL

A pesar de la heterogeneidad imperante existente entre las soluciones de cada país existe

un denominador común que es el “principio de universalidad”, con la excepción de Estados Unidos, donde el modelo se configura desde el mercado a través de la iniciativa privada. En la UE el modelo es mixto: cobertura universal pública con complemento de la iniciativa privada.

El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización de derecho social. Las razones que se encuentran detrás de esta tendencia son varias según Joaquín Pedruelo Jáuregui⁵.

El aumento creciente de la población mayor dependiente está conduciendo, en todos los países donde está establecido un sistema público de protección, a tensiones entre ingresos y gastos que llevan necesariamente a situaciones de déficit que obligan a buscar en el sector privado una fuente alternativa de financiación.

El nivel de financiación pública, igual que ocurre con la cobertura de pensiones, condiciona de manera notable el desarrollo de los seguros privados de dependencia, como ocurre, por ejemplo, en el caso de Alemania, donde el Estado tiene un papel predominante en la provisión de cuidados de larga duración, de forma que la iniciativa privada es subsidiaria de la prestación pública.

Para la existencia de un sistema público de protección a las personas en situación de dependencia no es obstáculo para que se desarrollen los seguros privados. Un caso de esta situación, la más extendida a nivel internacional, es la de los países como Alemania y Francia, con sistemas de protección pública universal, en la que los seguros privados, aportados por los ciuda-

⁵ Joaquín Pedruelo Jáuregui. Desarrollo Comercial del Seguro Colectivo de Dependencia en España.

danos, desempeñan un papel muy importante al cubrir aquella parte del coste que el sistema público no es capaz de atender. Esta financiación puede provenir tanto de sistemas de copago, en función del patrimonio del beneficiario, como de la contratación de seguros privados.

El sector privado puede contribuir al mantenimiento de una estructura de costes racional que ayude a reducir el gasto sanitario público como ocurre en España con el seguro sanitario privado. Además, la necesidad de contar con financiación privada, descansa en el hecho de que la respuesta pública resulta insuficiente para atender todas las necesidades de la población.

7. ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO DE DEPENDENCIA

La oferta de seguros de dependencia combina diferentes y posibilidades, niveles de prestaciones, primas, cobertura, contingencias y garantía.

a) Prestación: puede ser económica o por servicios. Si es económica, la renta puede ser mensual a la que el beneficiario le da el destino que crea más conveniente (Francia es el caso más claro), o de reembolso de gastos en función de las facturas que se presenten hasta un tope diario, como ocurre en Estados Unidos. También puede realizarse el abono de un capital de una sola vez, aunque en este caso, la circunstancia probable de que la cantidad abonada no sea suficiente para satisfacer el coste futuro necesario para hacer frente a la materialización de riesgo cubierto es un aspecto muy negativo para el individuo que busca protección a largo plazo.

b) Por la periodicidad en el cobro de primas y en el pago de prestaciones. Atendiendo al co-

bro de las primas los productos pueden ser de prima periódica o única.

c) Por la duración de la cobertura del riesgo. Éste es uno de los criterios que más diferencia los dos grandes mercados de productos aseguradores; así en el mercado de Estados Unidos, la duración del riesgo es temporal y se limita a un número reducido de años, mientras que en Europa la duración de la cobertura del riesgo es vitalicia. El modelo europeo es sin duda el más adecuado en términos de cobertura, pero por el contrario tiene mayor coste.

d) Por contingencia a cubrir. Todos los modelos utilizan como base las actividades de la vida diaria (AVD) para determinar el nivel de dependencia, donde se diferencian es en la reversibilidad o no de la situación de dependencia. En el caso francés solo se cubren las situaciones irreversibles, lo que significa que se está asegurando la dependencia total; en el caso de Estados Unidos, se cubren dependencias parciales como aquellas que imposibilitan realizar al menos dos AVD durante tres meses.

e) Por la existencia de otras garantías. Pueden ser productos que únicamente ofrezcan la garantía de dependencia o que incluyan otras garantías complementarias (híbridos o mixtos). La garantía complementaria puede ser un seguro de rentas. En este caso el asegurado paga una prima a cambio de recibir un capital a término.

f) Otros criterios. Atendiendo a su relación con otro tipo de seguros puede ser de garantía principal o complementaria. Según el estado del beneficiario en el momento de la contratación.

La tabla siguiente recoge todos aquellos elementos de los productos de tres países: Espa-

ña, Francia y Estados Unidos. Dado el diferente estado de desarrollo de cada uno de estos tres mercados y las particularidades que cada uno presenta es preciso hacer notar que no todos

los elementos tienen por qué existir en los productos de los tres mercados; al contrario, alguno de ellos puede resultar incluso exclusivo de uno sólo de los países analizados.

Elementos más importantes en un contrato de seguro de dependencia:

DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA	
CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD	Requisitos médicos de suscripción
	Enfermedades preexistentes
	Requisitos administrativos de suscripción
	Límites de edad
CONDICIONES DE PERMANENCIA	Garantía de renovación
	Restablecimiento de la cobertura en caso de impago de la prima
TIPO DE PRESTACIÓN	Según el receptor del pago
	Pago de una cantidad en metálico o prestación de un servicio
	De riesgo o no de riesgo
	Temporal o vitalicia
GARANTÍAS BÁSICAS	
OTRAS GARANTÍAS ADICIONALES	Cobertura internacional
	Formación a cuidadores
	Portabilidad
	Reducción/ampliación del límite asegurado
	Restablecimiento del límite máximo tras un período sin siniestros
	Renuncia a la decisión de suscribir el seguro
Indemnización en caso de hospitalización	
EXCLUSIONES	
LÍMITES CUBIERTOS	Límite de indemnización/renta periódica
	Capital total máximo cubierto
	Actualización de capitales
LÍMITES TEMPORALES A LA COBERTURA	Plazo máximo de cobertura
	Franquicia temporal y período de carencia
PRIMAS	Garantía de mantenimiento de primas
	Suspensión y reducción por impago de primas
	Exención del pago de primas en caso de siniestro
	Reembolso de primas en caso de fallecimiento
	Reembolso de primas cuando existe período de carencia
SINIESTROS	Comunicación de seguridad en caso de impago
	Situación temporal o permanente de dependencia
	Acreditación periódica de la situación de dependencia

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

ESTADOS UNIDOS

Estados Unidos es el mercado más desarrollado del mundo, con un volumen de primas de alrededor de los 9.000 millones de dólares en 2007, que representa un 70% del total de primas de seguros de dependencia del mundo.

El mercado de seguros de dependencia en Estados Unidos es mayoritariamente de contratación individual. La edad y el nivel de ingresos son dos elementos que guardan una relación positiva con el nivel de contratación (a más edad y mayor nivel de ingresos, más predisposición a comprar la póliza), pero que influyen de forma opuesta en las características finales concretas del producto que adquieren: mientras que los compradores de mayor edad acostumbran a elegir períodos de indemnización más cortos y menores límites de indemnización diarios, y sólo unos pocos contratan la garantía de inflación, los que disfrutan de un mayor nivel económico optan por productos con características opuestas.

Las pólizas han ido evolucionando hacia contratos con una cobertura cada vez más completa, que no sólo incluye la atención en centros residenciales, sino que también contempla los cuidados a domicilio. Es de destacar la aparición de las primeras pólizas colectivas a partir de la segunda mitad de la última década del siglo XX. La Long-Term Care Security del año 2000, que facultaba la creación del Federal LTC Insurance Program, así como la regulación de las condiciones bajo las que estos productos podían disfrutar de ventajas fiscales, lo que facilitó un mayor desarrollo de la contratación colectiva.

Es importante destacar que a pesar de ser un tipo de seguro con más de 30 años de existen-

cia en el mercado, tiene una penetración baja (10%) entre los mayores de 65 años en Estados Unidos. Las causas del reducido desarrollo son:

- Escasa percepción por parte de los individuos de que la dependencia es un riesgo.
- Excesiva complejidad de los productos, que dificulta su comprensión.
- Concepción por parte de los individuos de que ese riesgo lo tienen cubierto a través del sistema público Medicaid.

La cifra de nuevos asegurados en 2006 se repartió al 50% entre pólizas colectivas e individuales, las primeras sólo representaron el 15% del conjunto de las nuevas primas. La razón de este desajuste se explica por dos motivos fundamentales:

- Las garantías y límites contratados en las pólizas colectivas son muy inferiores a las individuales.
- Una gran parte de los empleados incluidos en pólizas cerradas no contrata garantías adicionales de forma voluntaria, lo que provoca que mientras que la prima media mensual en un colectivo abierto sea de 974 dólares, en uno cerrado la prima media mensual es apenas de 286 dólares.

La edad de contratación es quizás el elemento más importante, ya que influye en aspectos tan relevantes como el coste del seguro; las expectativas del asegurado respecto al plazo que debe esperar a que se produzca una situación de dependencia; los ingresos disponibles derivados de estar en activo o no; etc. El siguiente gráfico muestra las diferencias en el mercado

de Estados Unidos entre los productos contratados de forma individual y colectiva. En los segundos, más de un 50% se sitúa por debajo de los 45 años, lo que provoca que la edad media sea de 41,7 años frente a los 61 de las pólizas de contratación individual.

Los asegurados de pólizas colectivas tienen una edad media inferior. El 60% de los asegurados de este tipo de pólizas tienen entre 35 y 54 años, mientras que la mitad de las pólizas individuales son contratadas por personas con más de 55 años.

La distribución de asegurados según el importe contratado de indemnización diaria arroja unos datos que pueden confirmar el hecho de que los asegurados individuales contratan una cantidad media superior que los asegurados de pólizas colectivas. En este caso es muy superior el porcentaje de asegurados individuales que contratan una cobertura vitalicia (13%) frente al de asegurados de pólizas colectivas (2%).

Es muy superior el porcentaje de asegurados que contratan protección de inflación en la contratación individual que en la colectiva.

Características de los productos individuales y colectivos vendidos en 2006 en Estados Unidos:

	COLECTIVAS	INDIVIDUALES
Número de aseguradoras participantes	7	23
Pólizas / Adhesiones vendidas	130.964	273.689
Ventas anuales	97.911.802 US\$	565.400.701 US\$
Pólizas/Adhesiones vendidas en el lugar de trabajo	130.964	21.548
Porcentaje de ventas a parejas comprando los dos	Inferior al 10%	64%
Edad media de contratación	41,7 años	58 años
Límite diario de indemnización medio	128 US\$	145 US\$
Porcentaje de pólizas con igual capital en cuidados a domicilio y en estancia residencial	24%	95%
Período de indemnización medio (excluyendo las de límite indefinido)	4,3 años	4,1 años
Porcentaje de pólizas con límite indefinido	22%	19,8%
Porcentaje de actualización automática 5%	15,9%	47,6%
Porcentaje con <i>Future Purchase Option</i>	45,4%	12,6%
Número de asegurados	1.406.074	3.158.827
Volumen total de primas	747.434.382 US\$	5.439.268.240 US\$
Número de días de franquicia temporal	87 días	82 días
Criterio de aplicación para franquicia temporal	Días naturales	Días laborables
Devolución de prima en caso de fallecimiento	39%	2%
Reducción del período de indemnización en caso de impago (<i>nonforfeiture</i>)	32%	1,5%

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

El Partnership Programs for Long-Term Care es una experiencia desarrollada entre los Estados y las compañías de seguros privadas, con el objetivo fundamental de recudir el coste de Medicaid mediante el traslado a las compañías de seguros de todo o parte de los costes de cuidados de larga duración.

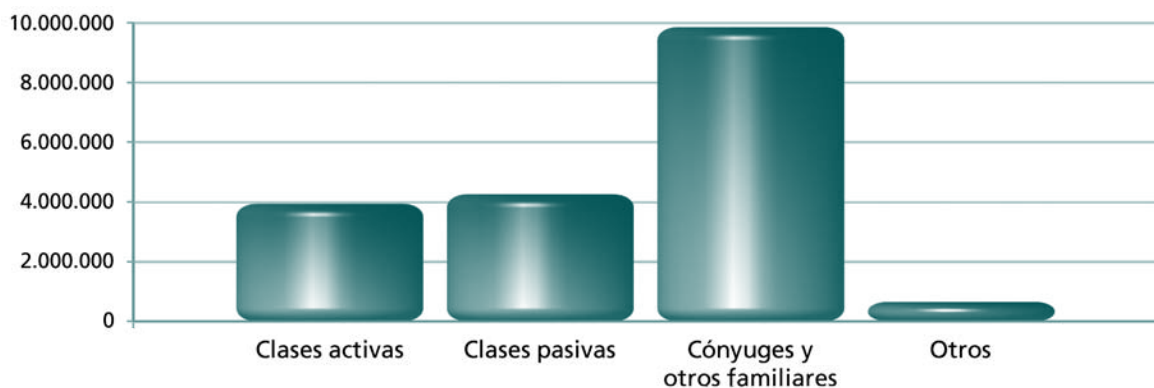
Dado que Medicaid exige un mínimo de bienes para poder disfrutar de sus beneficios, en la práctica los individuos se ven obligados a gastar su patrimonio para poder comenzar a disfrutar de los beneficios. El Partnership Program permite que aquellos que compran una póliza de seguro privada amparada por este programa puedan poner a salvo un valor de su patrimonio superior al mínimo exigido por Medicaid. Esto significa que el asegurado puede integrarse en el programa federal una vez agotado el límite máximo de indemnización de su póliza de seguro privada, sin la necesidad de haber tenido que agotar su patrimonio.

Inicialmente sólo los estados de California, Connecticut, Indiana, y New York podían ofrecer este programa. Más adelante, la Deficit Reduction Act of 2005 lo amplió al resto de estados de la Unión.

La edad mediana de los compradores de este tipo de póliza se encuentra entre los 58 y 63 años de edad. Existe una amplia mayoría de asegurados de sexo femenino, casados y que ha comprado un seguro de cuidados de larga duración por primera vez en su vida. La contratación es en su gran mayoría individual y con la cobertura más amplia posible. A comienzos del año 2005 existían 172.477 pólizas activas de un total de 211.972 vendidas, lo que representa un 81,36% de retención.

La Federal LTC Insurance Program fue aprobada en 2000 y requería al Gobierno Federal que ofreciera a sus empleados y beneficiarios

Distribución del colectivo elegible en el Federal LTC Insurance Program:



Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

una cobertura privada de seguros de cuidados de larga duración.

El programa permite elegir a cada individuo entre los cuatro programas cerrados con diferentes características. Complementariamente a estos productos, se permite que cada beneficiario construya su plan de beneficios personalizado mediante la elección entre diferentes opciones de indemnización, franquicia, o límite temporal.

El colectivo al que va dirigido está formado por aproximadamente 18,5 millones de personas, de las que más de la mitad corresponde a cónyuges y familiares; el resto se distribuye de manera casi equitativa entre empleados en activo y retirados.

Este programa se constituye en el colectivo de

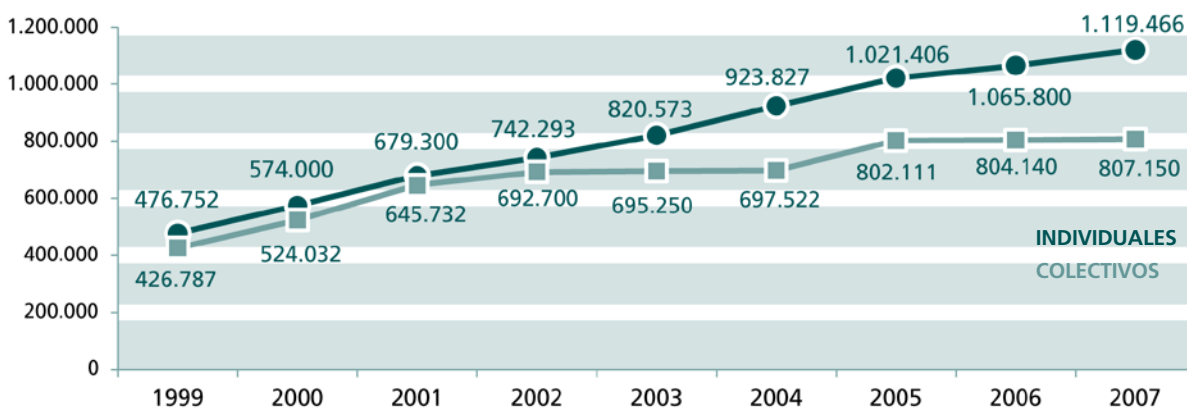
empleo más grande de Estados Unidos, seguido a mucha distancia por el colectivo de empleados público de California (CalPERS) con 175.000 asegurados aproximadamente.

FRANCIA

Francia es el segundo mercado más grande del mundo tras Estados Unidos, con aproximadamente tres millones de asegurados y con más de veinte años de experiencia.

La cobertura de dependencia en Francia puede ser ofrecida por tres tipos de entidades: compañías aseguradoras, mutualidades y entidades de previsión reguladas por el Código de la Seguridad Social. De estos tres tipos de entidades, el más desarrollado es el de las compañías de seguros, que cuenta con algo menos de dos millones de asegurados a finales del año 2007.

Número de asegurados privados de dependencia en compañías aseguradoras según sea contratación individual o colectiva, con independencia de que sea garantía principal o complementaria.



Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

El mercado de compañías aseguradoras de dependencia en el año 2006 estaba compuesto por 25 entidades, que ofrecían en ese año 41 pólizas diferentes de dependencia. Las compañías de seguros utilizan mayoritariamente pólizas del ramo de vida e instrumentan el pago de rentas mensuales.

El mercado de seguros de dependencia francés está muy concentrado en un número muy reducido de compañías aseguradoras, hasta el punto de que cinco de ellas agrupan el 75% de los asegurados individuales y sólo tres concentran el 93% de los asegurados de contratación colectiva.

En Francia, las pólizas de contratación indivi-

dual son la gran mayoría (en el año 2007 había más de 342 millones de euros en primas de productos individuales de un total de 373 millones de euros), en parte causado porque no fue hasta los primeros años de este siglo cuando se ofreció la posibilidad de la contratación colectiva.

En el conjunto de pólizas en el que la dependencia es la garantía principal se ha producido un aumento progresivo del saldo positivo entre primas recaudadas y siniestros pagados, así como una mejora del porcentaje que representa esta diferencia sobre el número total de asegurados. Desde 1997 en que este porcentaje era del 12,17%, se ha pasado al 16,37% a finales de año 2007.

Índice de concentración del mercado de seguros de dependencia de compañías aseguradoras en Francia. 2007:

	NÚMERO DE COMPAÑÍAS ASEGURADORAS	PORCENTAJE DE ASEGURADOS	PORCENTAJE DE PRIMAS
INDIVIDUAL	5	75%	76%
COLECTIVO	3	93%	91%

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

Concentración del mercado de seguros de dependencia de compañías aseguradoras en Francia, con identificación de las cuatro primeras. 2005:

	AGR2	GROUPAMA	CREDIT AGRICOLE	CNP
Nº ASEGURADOS	21%	24%	18%	9%
PRIMAS TOTALES	22%	18%	23%	10%

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

ESPAÑA

En España, la ley 41/2007 concreta en la disposición Final Segunda la decisión del legislador de no crear un ramo específico para el riesgo de dependencia, ya que lo encuadra como complementario al de vida para el caso de supervivencia o como complementario del de enfermedad.

Aunque hubo algún antecedente (Centro Asegurador), el mercado asegurador es el que tiene menos historia. En la segunda mitad de la presente década cuando algunas entidades aseguradoras han lanzado al mercado productos específicos de dependencia, coincidiendo con la publicación del Libro Blando de atención a las personas en situación de dependencia en España y la posterior promulgación de la ley.

El número de entidades aseguradoras (se

trata tanto de compañías de seguros como de mutualidades de previsión social) que están ofreciendo en la actualidad un producto de dependencia en España es inferior a una decena, un número muy corto en comparación con los mercados de Estados Unidos y Francia. Estas empresas son Aegon, Agrupación Mutua, Allianz, Caser, CNP Vida, Mapfre Vida, Mutual Médica, Sanitas y Svrne.

Tipos de dependencia cubiertos: Salvo los productos de Mutual Médica y Sanitas, ninguno de los otros operadores cubre las situaciones más leves de dependencia. El de Agrupación Mutua es el producto más restrictivo de todos los analizados, ya que sólo cubre las situaciones de gran dependencia.

En la siguiente tabla se observa como la mayoría de las entidades aseguradoras cubre las situaciones de dependencia severa y gran dependencia:

	TIPO DE DEPENDENCIA CUBIERTO		
	MODERADA	SEVERA	GRAN DEPENDENCIA
AEGON	NO	SI	SI
AGRUPACIÓN MUTUA	NO	NO	SI
ALLIANZ	NO	SI	SI
CASER	NO	SI	SI
CNP VIDA	NO	SI	SI
MAPFRE VIDA	NO	SI	SI
MUTUAL MÉDICA	SI	SI	SI
SANITAS	SI	SI	SI
SVRNE	NO	SI	SI

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

Para la gran mayoría de las entidades aseguradoras la garantía principal de sus productos es la dependencia. Únicamente Allianz y Mapfre Vida incorporan la garantía de dependencia como complementaria de otra garantía principal, en los dos casos se trata del fallecimiento por cualquier causa. Adicionalmente, Aegon, y Caser contemplan además la posibilidad de contratar la garantía de fallecimiento como complementaria de la de dependencia.

Todos los productos instrumentan el abono de la indemnización a través de rentas mensuales. El producto de Allianz es el único que vincula el pago de una renta de dependencia al capital contratado en la garantía principal de fallecimiento, de forma que todos los pagos que se hayan realizado se deducen del pago que haya que realizar en caso de que se produzca el fallecimiento del asegurado.

La posibilidad de contratar un capital para los primeros gastos derivados de una situación de dependencia es muy frecuente y se instrumenta como una garantía complementaria de la principal.

Agrupación Mutua, Caser y Mutual Médica incorporan las garantías de orientación telefónica, de ayuda a domicilio y teleasistencia de forma obligatoria junto a la cobertura principal de dependencia. Svrne incorpora las garantías de orientación y de teleasistencia como complementarias. El resto de las entidades aseguradoras ni siquiera plantean la posibilidad de su contratación. Sanitas sólo incluye estas dos garantías en el caso de que el asegurador elija la opción de prestación de servicios.

Existe una homogeneidad entre los productos existentes en el mercado español en cuanto al tipo de prestación. Mayoritariamente se trata de productos en los que es el propio asegurado quien percibe una prestación vitalicia en metálico en virtud de un producto de riesgo por el que se cubre la prestación hasta el fallecimiento de la persona dependiente, con independencia de que las primas abonadas sean o no suficientes para atender las indemnizaciones del asegurado. Allianz y Mapfre Vida ofrecen un producto que incorpora el riesgo de llegar a ser dependiente, pero limita la prestación a un

Garantía principal (P) y garantías complementarias (C):

	Renta mensual	Capital primeros gastos	Orientación telefónica	SAD	Teleasistencia	Fallecimiento
AEGON	P	C	N/A	N/A	N/A	C
AGRUPACIÓN MUTUA	P	C	P	P	P	N/A
ALLIANZ	C	N/A	N/A	N/A	N/A	P
CASER	P	N/A	C	C	C	C
CNP VIDA	P	C	N/A	N/A	N/A	N/A
MAPFRE VIDA	C	C	N/A	N/A	N/A	P
MUTUAL MÉDICA	P	C	P	P	P	N/A
SANITAS	P	P		P	P	N/A
SVRNE	P	P	C	N/A	C	N/A

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

período temporal de 10 años, o 120 mensualidades en el caso de Allianz.

asegurado; en el resto de productos, la prima se abona hasta el fallecimiento del asegurado,

Tipo de prestación:

	RECEPTOR DE LA PRESTACIÓN	ABONO DE LA PRESTACIÓN	PRODUCTO DE RIESGO	TEMPORAL/ VITALICIA
AEGON	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
AGRUPACIÓN MUTUA	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
ALLIANZ	Asegurado	Metálico	Sí	120 mensualidades
CASER	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
CNP VIDA	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
MAPFRE VIDA	Asegurado	Metálico	Sí	10 años
MUTUAL MÉDICA	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
SANITAS	Asegurado	Metálico	Sí	Vitalicia
	Prestador del servicio	Servicios		
SVRNE	Asegurado	Servicios	Sí	Vitalicia

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

Solo Sanitas contempla la posibilidad de elegir entre una indemnización económica o la prestación de un servicio al asegurado.

o hasta que el asegurado es reconocido en situación de dependencia o bien hasta que la cobertura es rescindida por la entidad aseguradora en virtud de alguna de las condiciones del contrato.

En el producto más reciente de Aegon, conocido comercialmente como Dependencia Prima Uniforme, a diferencia del resto de productos, se establece un plazo limitado de pago de primas que oscila entre 2 y 10 años, a elección del

Salvo el seguro Aegon Dependencia Prima Uniforme, el de Svrne, que presenta una tarifa de primas actuarial, el resto de los productos son de prima constante.

Periodo de pago de primas y tipo de prima satisfecha:

	PERÍODO DE PAGO DE PRIMAS	TIPO DE PRIMA
AEGON PRIMA UNIFORME	A elegir entre 2 y 10 años	Constante
AEGON	Hasta el fallecimiento del asegurado, la declaración de un siniestro cubierto por la póliza o hasta la anulación de la cobertura	Actuarial
AGRUPACIÓN MUTUA		Constante
ALLIANZ		
CASER		
CNP VIDA		
MAPFRE VIDA		
MUTUAL MÉDICA		
SANITAS		
SVRNE		

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

Los productos de renta mensuales que pueden contratarse oscilan entre los 150 euros del producto de Mapfre Vida y los 4.000 euros de los productos de Aegon y Svrne.

El seguro de Allianz es el único que fija un límite máximo de indemnización, que equivale a un porcentaje del capital contratado para la garantía principal de fallecimiento.

Salvo los productos de Allianz y Mapfre Vida, que no aplican reducciones en el importe de la renta mensual contratada cuando la situación de dependencia del asegurado es inferior a una de gran dependencia, los demás abonan porcentajes que oscilan entre el 50% y el 66% para la dependencia severa.

Sanitas fija una cantidad mensual sólo para el caso en el que el asegurado elija la opción de indemnización económica.

Todas las pólizas estudiadas eliminan el periodo de carencia para aquellas situaciones de dependencia derivadas de un accidente de cualquier tipo. Lo más habitual es que el período de carencia para las situaciones de dependencia física o funcional sea de un año; de la misma forma, lo más frecuente es que para situaciones de dependencia intelectual el plazo de carencia sea de tres años. Son mayoría las entidades aseguradoras (Aegon, Allianz, Caser y Mapfre Vida) que no incluyen una franquicia temporal en sus contratos.

La edad mínima para poder contratar una póliza de dependencia acostumbra a ser de 18 años, mientras que el límite máximo es más variable y oscila entre los 65 años de Caser y los 74 años de CNP Vida, pasando por los 69 años de Aegon y los 70 de Agrupación Mutua, Mutual Médica y Svrne y los 72 años de Mapfre Vida. Allianz es la única entidad aseguradora que establece una edad máxima de permanencia.

Importes de renta mensual y porcentajes de indemnización en función del tipo de dependencia:

	RENDA MENSUAL		PORCENTAJE DE COBERTURA		
	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	MODERADA	SEVERA	GRAN DEPENDENCIA
AEGON	500 €	2.500 €	N/A	50%	100%
AGRUPACIÓN MUTUA	500 €	2.500 €	N/A	N/A	100%
ALLIANZ	1% sobre el capital de fallecimiento		N/A	100%	100%
CASER	500 €	1.500 €	N/A	50%	100%
CNP VIDA	500 €	1.500 €	N/A	50%	100%
MAPFRE VIDA	150 €	1.200 €	N/A	100%	100%
MUTUAL MÉDICA	300 €	1.500 €	33%	66%	100%
SANITAS	Sólo para la opción de indemnización económica		50% cuando la ayuda es considerable; 75% cuando la ayuda es severa; 100% cuando la ayuda es extrema		
SVRNE	1.000 €	4.000 €	N/A	50%	100%

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

Periodos de carencia y franquicia temporal y límites de edad para la contratación:

	CARENCIA		FRANQUICIA TEMPORAL	LÍMITES PARA LA CONTRATACIÓN	
	DEPENDENCIA FÍSICA	DEPENDENCIA INTELECTUAL		EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA
AEGON	1 año	3 años	N/A	18 años	69 años
AGRUPACIÓN MUTUA	1 año	3 años	3 meses	45 años	70 años
ALLIANZ	N/A	N/A	N/A	14 años	64 años
CASER	N/A	N/A	N/A	20 años	65 años
CNP VIDA	1 año	3 años	3 meses	18 años	74 años
MAPFRE VIDA	N/A	N/A	N/A	18 años	72 años
MUTUAL MÉDICA	2 años	2 años	90 días	N/A	70 años
SANITAS	1 año	3 años	N/A	40 años	75 años
SVRNE	1 año	3 años	3 meses	20 años	70 años

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

El producto estándar español tiene las siguientes características:

- El objetivo fundamental de la cobertura son aquellas situaciones permanentes de dependencia en su grado máximo, en las que la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- Es un producto de riesgo cuya prestación se realiza en forma de pago de renta mensual vitalicia.
- Puede contratarse de forma complementaria un capital para atender los primeros gastos tras la declaración de la situación de dependencia, así como garantías de servicios como la orientación telefónica, los servicios de ayuda a domicilio o la teleasistencia.
- Presenta un plazo de carencia de un año para dependencia física y de tres años para dependencia intelectual, que en ningún caso aplican cuando la situación de dependencia es consecuencia de un accidente.

Comparación de los productos aseguradores de dependencia:

	AEGON	AGRUPACIÓN MUTUA	ALLIANZ	CASER	CNP VIDA	MAPFRE VIDA	MUTUAL MEDICA	SANITAS	SVRNE
Tipos de dependencia cubiertos	Moderada	No	No	No	No	No	Si	Si	No
	Severa	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Gran dependencia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Garantía Principal	Renta	Renta	Renta	Renta	Renta	Fallecimiento	Renta; Orientación telefónica; SAD; Teleasistencia	Indemnización económica o prestación de servicios	Renta
	Si	Si	No	N/A	Si	Si	Si	Si	Si
	N/A	Si	No	Si	N/A	N/A	N/A	Incluidas como principales	Si
	N/A	Si	No	Si	N/A	N/A	Incluidas como principales	N/A	N/A
Garantías complementarias	SAD	Si	No	Si	N/A	N/A	Incluidas como principales	Si	Si
	Teleasistencia	N/A	Si	Si	N/A	N/A	N/A	Si	Si
Producto de riesgo	Fallecimiento	Si	N/A	Si	N/A	Principal	N/A	N/A	N/A
	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Tipo de prima	Actuarial	Constante	Constante	Constante	Constante	Constante	Constante	Actuarial	Actuarial
Cobertura temporal	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia
Valor mínimo-máximo-renta mensual (€)	500-2.500	500-2.500	1% capital fallec.	500-1.500	500-1.500	150-1.200	300-1.500	1.577,6 en 2004	1.000-4.000
Cobert. dependencia Moderada-Severa	0%-50%	0%-0%	0%-100%	0%-50%	0%-100%	0%-100%	33%-66%	50%-75%	0%-50%
	1 año	1 año	N/A	N/A	N/A	N/A	1 año	2 años	1 año
Plazo de Carencia	3 años	3 años	N/A	N/A	N/A	N/A	3 años	2 años	3 años
	N/A	3 meses	N/A	N/A	N/A	N/A	90 días	N/A	3 meses
Edad mínima y máxima de contratación	18-69 años	45-70 años	14-64 años	20-65 años	18-74 años	18-72 años	0-70 años	40-75 años	20-70 años

Fuente: Joaquín Pedruelo Jáuregui

OTRAS EXPERIENCIAS: ALEMANIA, REINO UNIDO Y SUECIA

Alemania, Reino Unido o Suecia también cuentan con un sistema de seguros para cubrir las situaciones de dependencia recogidos por Daniel Blay Berrueta⁶:

Alemania

El seguro de cuidados de larga duración define simultáneamente las contribuciones y los beneficios para los individuos. Todos los trabajadores y todos aquellos individuos que obtengan cualquier tipo de ingresos han de estar asegurados. Los empresarios y trabajadores pagan el mismo porcentaje sobre el salario, que se sitúa aproximadamente en 1,7%. Los jubilados también deben contribuir a financiar el seguro. Esta tasa se modificó al alza por insuficiencia económica del sistema, estando previstas nuevas revisiones para su adecuación.

A partir de los cinco años de cotización se considera que se cumplen los requisitos para recibir la prestación. La prestación se paga con independencia de la edad que tenga la persona que necesita cuidados, ya que, el único requisito que se pide para poder acceder a la misma es tener la necesidad de recibir cuidados. Se ofrecen tres tipos de prestaciones: atención domiciliaria profesional, cuidados institucionales, y prestación en metálico.

Es posible combinar los diferentes tipos de prestaciones, que no dependen del nivel de ingresos del individuo. A finales del año 2003, el 2,3% de la población alemana y el 10,7% de la

población mayor de 65 años se beneficia de las prestaciones del sistema.

Un total de 8,36 millones de personas habían contratado un seguro privado y 70,9 millones tienen cobertura del sistema público. Hay más de 11.000 unidades entre compañías privadas y entidades sin ánimo de lucro, que ofrecen cuidados domiciliarios. Los proveedores de cuidados públicos tan sólo representan el 4% del total.

La mayoría de instituciones que proveen los servicios de atención domiciliaria ya estaban en el mercado antes de que se introdujera el seguro de cuidados de larga duración.

Reino Unido

Desde 1991 también existe un mercado de seguros privados, que crece lentamente. Hay un 11,5% de la población que tiene un seguro de salud privado, y un bajísimo porcentaje que tiene un seguro de cuidados de larga duración privado.

Suecia

Hasta los años 90 existía la percepción de que los temas relacionados con la salud y los cuidados de larga duración debían ser proporcionados por las entidades públicas. Posteriormente, empezó a incrementarse la participación privada que, en los primeros años, experimentó un crecimiento muy importante. Actualmente, el mercado está dominado por nueve grandes compañías que proporcionan el 70% del total de cuidados privados.

⁶ Daniel Blay Berrueta. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frene a hipoteca inversa.

LA HIPOTECA INVERSA COMO COBERTURA ANTE SITUACIONES DE DEPENDENCIA

Varias entidades comercializan hipotecas inversas, aunque la actual crisis que vive el mercado inmobiliario con la reducción de las tasas de las viviendas, no hace que esta sea el mejor momento para estos productos. Caixa Terrasa, Caixa Manlleu y Caixa Sabadell (que han formado Unnim), La Caixa, Bancaja, (actual Bankia) o Caja Navarra (Banca Cívica) están en este grupo de entidades.

Existen diferencias en estas ofertas en cuanto al tipo de renta (vitalicia o temporal) a las co-

misiones iniciales del producto (comisiones de apertura y cancelación), al porcentaje máximo del que se puede disponer (desde el 60% hasta el 90%, aproximadamente), al tipo de interés (fijo o variable), al crecimiento de la renta, al coste de la pensión vitalicia diferida (en función de las tablas de mortalidad utilizadas y a la posibilidad de rescate de la pensión vitalicia diferida).

Es importante tener en cuenta que la renta que se percibe (durante el tramo en el que se realizan las disposiciones del crédito, no así durante el tramo de cobro de la renta vitalicia diferida) está exenta de tributación en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

CARACTERÍSTICAS		HIPOTECA INVERSA		
		CAIXA TERRASSA	LA CAIXA	IBERCAJA
FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA HIPOTECA INVERSA		13/11/2008	13/11/2008	13/11/2008
TITULAR 1		Mujer	Mujer	Mujer
FECHA DE NACIMIENTO TITULAR 1		01/11/1933	01/11/1933	01/11/1933
EDAD DEL TITULAR 1		75	75	75
OBLIGATORIEDAD DE CONTRATAR EL SEGURO DIFERIDO DE RENTAS VITALICIAS		No	No	Si
VALOR VIVIENDA		300.000,00 €	300.000,00 €	300.000,00 €
IMPORTE MÁXIMO QUE SE PUEDE DISPONER		80% del valor actual de la vivienda	70% del valor actual de la vivienda	80% del valor actual de la vivienda
TIPO DE INTERÉS DEL CRÉDITO		Fijo al 6,25% hasta el 01/11/2025, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6,25% hasta el 01/11/2025, a partir de entonces Euribor + 2%	Fijo al 6%
RENTA TEMPORAL	Importe mensual	648,73 €	445,95 €	--
	Años de percepción de la renta	17 años	19 años	--
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	1.783,04 €	3.356,36 €	--
RENTA VITALICIA	Importe mensual	523,25 €	378,87 €	415,42 €
	Años de percepción de la renta	Vitalicia	Vitalicia	Vitalicia
	Tipo de interés técnico	3,00%	3,00%	--
	Comisiones y gastos iniciales de la operación	17.560,74 €	12.150,62 €	30.667,54 €

Fuente: Daniel Blay Berrueta

Hay que tener en cuenta los riesgos que se derivan de una operación de hipoteca inversa: el riesgo de longevidad y el inmobiliario. El primero se deriva de una mayor supervivencia a la esperada. Para obtener la renta del tramo en el que se realizan las disposiciones del crédito, se suele utilizar la esperanza de vida del titular o titulares y, posteriormente, se empieza a cobrar la renta derivada de la pensión vitalicia diferida contratada inicialmente. Por ello es importante gestionar correctamente los riesgos derivados de un aumento de la esperanza de vida.

El segundo de los factores a tener en cuenta es consecuencia del riesgo inmobiliario. Éste aparece en el momento en que fallece el titular, los beneficiarios no pueden asumir la deuda, y el valor de la vivienda ha disminuido respecto al momento en que se contrató la operación. Por ello, las entidades suelen conceder entre un 70% y un 90% del valor de tasación del inmueble en el momento de contratar la hipoteca inversa.

9. BIBLIOGRAFÍA:

BLAY BERRUETA, Daniel. Sistemas de cofinanciación de la dependencia: seguro privado frente a hipoteca inversa. Madrid. Fundación Mapfre. 2007. Páginas: 118.

BLAY BERRUETA, Daniel. Sistemas de cuidados de larga duración para la cobertura de la financiación de las situaciones de dependencia: seguro privado e hipoteca inversa. Barcelona. Universidad de Barcelona. 2009. Páginas: 195.

PEDRUELO JÁUREGUI, Joaquín. Desarrollo comercial del seguro colectivo de dependencia en España. Madrid. Fundación Mapfre. 2010. Páginas: 356.

SÁNCHEZ DELGADO, Eduardo. Bases técnicas dinámicas del seguro de dependencia en España: una aproximación en campo discreto. Madrid. Fundación Mapfre. 2009. Páginas: 230.

GONZÁLEZ DE FRUTOS, Pilar. A tiempo de reconducir la dependencia. Monográfico Dependencia, una demanda social creciente. APD 2011 páginas 40-42.

LÓPEZ MORALES, Antonio. El seguro de dependencia. Notas para el diseño de productos. Actuarios. 2006. Páginas 48-53.

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y PLANES DE PENSIONES. Informe 2010. Páginas 311.

INVESTIGACIÓN COOPERATIVA ENTRE ENTIDADES ASEGURADORAS (ICEA). Informe del mercado asegurador 2010.páginas 67.

ASOCIACIÓN DE INSTITUCIONES DE INVERSIÓN COLECTIVA (Inverco) Ahorro financiero de las familias. Informe 2010 y perspectivas 2011. Páginas 71

INNOVACIÓN EN RECURSOS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

RAKEL POVEDA PUENTE

Directora del ámbito personas mayores y atención a la dependencia del IBV.

JOSÉ LAPARRA HERNÁNDEZ

Investigador del IBV.

CLARA BOLAÍN PASTOR

Gestora de innovación del ámbito personas mayores
y atención a la dependencia del IBV.

PEDRO VERA LUNA

Director del IBV.

Sumario

1. INTRODUCCIÓN	73
1.1 <i>Envejecimiento de las sociedades europeas.</i>	73
1.2 <i>Incremento de las situaciones de dependencia.</i>	74
1.3 <i>Prevención de las situaciones de dependencia y mejora de la atención.</i>	75
1.4 <i>Entornos, productos y servicios.</i>	76
1.5 <i>Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.</i>	78
2. INNOVACIÓN ORIENTADA POR LAS PERSONAS EN ENTORNOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	79
3. ACCIONES Y EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS	82
3.1 <i>Introducción.</i>	82
3.2 <i>Sensibilización, información y formación.</i>	82
3.3 <i>Mantenimiento de la capacidad funcional y prevención de la dependencia.</i>	84
3.4 <i>Mejora de la inclusión social.</i>	85
3.5 <i>Entornos accesibles y usables.</i>	86
3.6 <i>Productos y servicios adecuados a las demandas reales.</i>	86
3.7 <i>Mejora de la calidad de la atención prestada.</i>	90
3.8 <i>Contribución de la innovación al desarrollo de las directrices de la Comisión Europea.</i>	92
4. BIBLIOGRAFÍA	94

Resumen

Este artículo tiene como principal objetivo mostrar cómo los bienes y servicios concebidos según el modelo de innovación orientada por las personas pueden mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, proporcionándoles una mayor autonomía funcional y facilitando el cuidado y la atención de los profesionales y familiares.

En su introducción se explica que el proceso de envejecimiento de la población y su relación con el incremento del número de personas en situación de dependencia puede ser valorado como una carga para la sociedad o, por el contrario, como la consecuencia positiva del avance social experimentado en las últimas décadas que nos sitúa ante un nuevo reto.

El segundo apartado explica brevemente el

modelo de innovación que propugna el IBV como vía para el desarrollo y provisión de productos y servicios concebidos de acuerdo a las características, necesidades, preferencias y expectativas de las personas, y por lo tanto capaces de mejorar su calidad de vida.

Por último, el tercer apartado ilustra este modelo de innovación en el ámbito de la atención a las personas en situación de dependencia mediante una serie de proyectos y buenas prácticas, a partir de los que se extraerán conclusiones acerca de cómo el desarrollo de bienes y servicios adecuados a las demandas reales de los usuarios contribuye a superar los retos más relevantes en el campo de la prevención y mejora de la atención a las personas en situación de dependencia, en correspondencia con las directrices señaladas por la Comisión Europea en 2008.

1. INTRODUCCIÓN

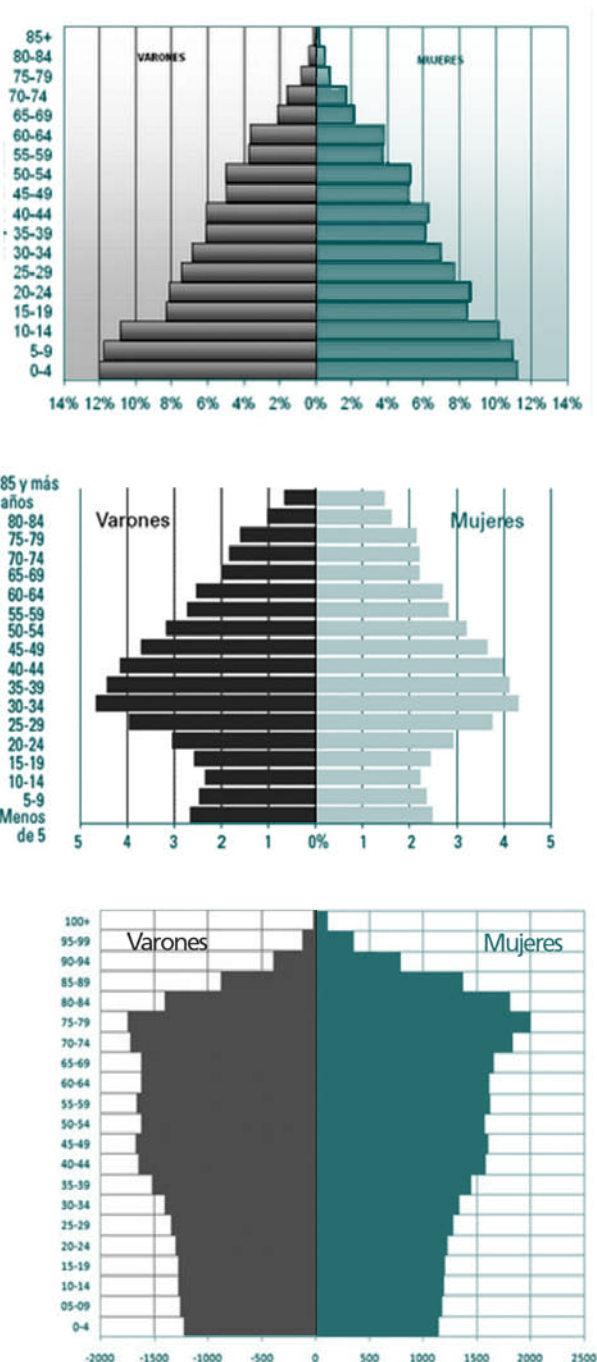
1.1. ENVEJECIMIENTO DE LAS SOCIEDADES EUROPEAS.

El envejecimiento de la población en toda Europa ha alcanzado unos valores sin precedentes y en constante crecimiento. Según los indicadores demográficos de la Comisión Europea (2010), en la UE-27 el 1 de enero de 2010 la población de 65 y más años representaba el 17,4% frente al 21,3% de los que tenían de 0 a 19 años.

En España las personas mayores representan el 16,8% de la población y se prevé que llegarán al 30% en el año 2050, lo que nos sitúa en el tercer puesto entre los países más envejecidos del mundo. Dentro del territorio español, las comunidades de Castilla y León, Principado de Asturias y Galicia poseen porcentajes superiores al 21%. La figura 1 muestra cómo se ha invertido la pirámide demográfica desde 1900 hasta la actualidad y las futuras proyecciones (Díaz, 2009).

Este incremento de personas mayores y la mayor esperanza de vida en Europa nos sitúa ante una nueva realidad que presenta retos y oportunidades a todos los niveles (Esparza, 2011). Como señala el proyecto “Envejecimiento Saludable”, financiado por el Programa de Salud Pública de la Unión Europea 2003-2008 (Comisión Europea, 2008), “el desarrollo demográfico, que es consecuencia del aumento continuado del número de habitantes de mayor edad, va a provocar un impacto inédito sobre la economía, la asistencia sanitaria, el desarrollo social, la asistencia social y el bienestar de las sociedades europeas. En consecuencia, resulta preciso aumentar el conocimiento sobre cómo fomentar la buena salud entre las

Figura 1. Pirámides de población española en 1900 y 2009 y proyección para 2050



Fuentes: INE, IMSERSO.

personas de más edad y la calidad de vida en las fases finales de la existencia, así como evitar los elevados costes que exige la atención de las personas en situación de dependencia, que recaen sobre el conjunto de la sociedad”.

En el I Plan Gerontológico Nacional, diseñado entre 1988 y 1991, se ofreció la primera respuesta global e integral en materia de política social dirigida a las personas mayores con objeto de hacer frente a la nueva realidad demográfica.

Este desarrollo demográfico es denominado por muchos autores como “revolución demográfica”, entendida como el proceso a través del cual se van modificando los niveles de fecundidad, mortalidad y crecimiento demográfico que afectan de manera significativa a la estructura por edades de la población. En Europa se debe principalmente a varios fenómenos, como la ralentización del crecimiento de la población, consecuencia de la disminución de la tasa de natalidad, y el incremento de la población mayor, fruto de una mayor esperanza de vida (Esparza, 2011). Los Estados miembros de la Unión Europea están trabajando para dar respuesta urgente a la realidad actual y a las numerosas preguntas que surgen relacionadas con los sistemas de protección social, como son la seguridad social, la asistencia sanitaria, los servicios sociales, el empleo o la educación.

En la actualidad existen dos formas de afrontar los retos derivados de esta revolución demográfica, según se la considere una carga para la sociedad o, por el contrario, como la aparición de nuevas oportunidades (Taylor, 2011).

El primer enfoque conduce a un cambio radical de los sistemas de protección social y asistencia sanitaria justificado por los costes que

representa. Ello cuestiona el planteamiento basado en la solidaridad intergeneracional que preconizan muchos modelos de bienestar social (Stauner, 2008; Rajoy, 2008 citado en Taylor, 2011), enfrentando a los ciudadanos en edad de trabajar, como contribuidores netos, con las personas mayores, en calidad de consumidoras de bienes y servicios sociales (Bloom y Canning, 2008 citado en Taylor, 2011).

La otra forma de afrontar el cambio sociodemográfico es darle la consideración de desafío y oportunidad. Desde esta óptica, se valoran las aportaciones de las personas que envejecen de forma activa prolongando su actividad productiva (apoyo familiar y voluntariado), el hecho de que son grandes trasmisoras de conocimientos o que son consumidoras durante más tiempo.

Si el proceso de envejecimiento es un gran desafío, éste se incrementa cuando hablamos de las personas que, dentro de este heterogéneo grupo poblacional, se encuentran en situación de dependencia.

1.2. INCREMENTO DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA.

En 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como “un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes para realizar las actividades corrientes de la vida diaria” y consideró que el principio de respeto de la autonomía de las personas dependientes debe guiar toda política en favor de las mismas (Comité de Ministros de España, 1998).

Durante los años previos al desarrollo y apli-

cación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPD), se desarrolló el Libro Blanco de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (Rodríguez, 2005). En el mismo se definió la dependencia como “el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana”.

Según datos que recoge el informe N° 108 del IMSERSO (Esparza, 2011), el 8,5% de la población española (3.847.854 personas) declara alguna discapacidad o limitación para realizar las actividades de la vida diaria; de ellas, 2.148.548 son personas en situación de dependencia (55,8%). Según varios estudios se prevé un crecimiento de las situaciones de dependencia, sobre todo asociado al incremento de los grupos de mayor edad.

Como consecuencia, el gasto sanitario y el de los servicios sociales se está viendo fuertemente comprometido (Martínez, 2005). En la misma dirección, Rodríguez (2007) indica que “los cambios sociodemográficos en el modelo de cuidados no profesionales y la nueva concepción social del riesgo han conducido a una aceleración del debate social y político que en el caso español ha concluido en una nueva rama de la acción protectora del Estado de Bienestar”. Arriba, A. (2007) señala que “la protección de la dependencia en España ha ido

incrementando la cobertura, desde situaciones de incapacidad de origen principalmente laboral, hasta todas aquellas cuyo origen son las deficiencias que conllevan un grado de discapacidades que limita el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) y el reconocimiento más amplio de un derecho subjetivo y universal para todas las personas que de forma permanente precisan ayudas importantes de otra u otras personas para realizar las AVD”. Esto último ha sido regulado por la LAPD.

Ante esta nueva situación, resulta necesario no sólo mejorar la atención de este grupo de población sino prevenir también la aparición de situaciones de dependencia.

1.3. PREVENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA Y MEJORA DE LA ATENCIÓN.

Las acciones para la prevención de las situaciones de dependencia deben plantearse desde dos enfoques complementarios y necesarios (Gómez, 2007):

- **Prevención primaria:** Prevenir las enfermedades o los problemas de salud potencialmente causantes de fragilidad, deterioro funcional o discapacidad.
- **Prevención secundaria:** Prevenir que, una vez adquiridas, esas enfermedades evolucionen hacia la discapacidad.

En la misma línea, y dentro de las propuestas para la prevención de situaciones de dependencia y la mejora de la atención de las personas en situación de dependencia, destacan las indicadas por la Comisión Europea (2008) para el desarrollo de los modelos de protección social de la dependencia, que se recogen en las siguientes directrices:

1. Una atención adecuada que permita el acceso universal a estas prestaciones.

2. La adaptación de la atención a las necesidades y preferencias cambiantes de los usuarios.

3. El uso racional de recursos que permita la sostenibilidad económica del sistema y derive en un coste menos gravoso para los individuos.

4. El respeto de la autonomía debe guiar toda política en favor de las personas en situación de dependencia.

5. Resulta importante una formación adecuada de los cuidadores, nuevas vías de apoyo a la familia y reforzar su protección social.

6. La preferencia de los cuidados domiciliarios frente al ingreso en instituciones residenciales.

A pesar de que la LAPD tiene como uno de sus principales objetivos la promoción de la autonomía personal, una de las mayores críticas con respecto a su aplicación, aún cuando está siendo distinta en cada comunidad autónoma, es la ausencia de un catálogo de prestaciones que vaya más allá de las dirigidas al cuidado de las personas en situación de dependencia para incluir la promoción de la autonomía funcional y la prevención de las situaciones de dependencia.

Siendo el objetivo promocionar la autonomía personal y reducir o mitigar las situaciones de dependencia, se deben facilitar productos de apoyo (UNE-EN ISO, 9999) y adecuar los bienes, servicios y entornos para que sean accesibles y usables por todas las personas, facilitando la permanencia en sus entornos.

De igual manera, para que sean respetadas las directrices marcadas por la Comisión Europea (2008), es necesario que los entornos físico y social no solo se adecúen a las necesidades y características de las personas en situación de

dependencia, sino también a las de sus familiares y a los prestadores de servicios y profesionales que las atienden.

1.4. ENTORNOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS.

Los entornos, productos y servicios, entendidos como recursos, hacen posible la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) ya sea para el desarrollo individual o para el cuidado de terceras personas. Considerando las actividades de la vida diaria como el conjunto de conductas que una persona mantiene todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social, cabe clasificarlas, en función de su complejidad, en tres niveles: básicas, instrumentales y avanzadas (Peña, 1998).

Desde hace varios años, la adecuación de estos recursos a las necesidades y capacidades reales de los ciudadanos es una demanda creciente desde los principales agentes sociales. La situación actual favorece que esta adecuación se deba de valorar no solo como un derecho individual sino también como una aportación colectiva, ya que facilitar la realización de las AVD para toda la población, y no solo para las personas en situación de dependencia, permitirá avanzar hacia una sociedad más eficaz, eficiente y sostenible.

El uso de productos y servicios inadecuados limita la autonomía personal, provocando en algunas personas problemas importantes para el mantenimiento de la salud, la inclusión social o la prevención de las situaciones de dependencia, convirtiendo los entornos en elementos discapacitantes, aumentando las situaciones de dependencia y la necesidad de ayuda de terceras personas. Esto no solo supone un coste individual que se refleja en una pérdida de au-

tonomía sino que conlleva un coste económico tanto privado como público.

El uso y adquisición de los productos para la realización de las AVD viene determinado por las necesidades y las motivaciones de los seres humanos (Poveda, 2009). Según la Teoría de las Necesidades de Maslow (1999), estas se encuentran organizadas de forma piramidal y es la satisfacción de los niveles más bajos la que provoca la aparición de las siguientes necesidades.

Las personas satisfacen estas necesidades mediante la realización de las AVD. Así, por ejemplo, la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria tendría como finalidad satisfacer las necesidades fisiológicas y las relacionadas con los aspectos más básicos de seguridad. De forma similar ocurre para los otros dos niveles de actividades. Mientras que las actividades instrumentales cubrirían las necesidades sociales básicas y otras relacionadas con la seguridad, las actividades avanzadas de la vida diaria

cubrirían el resto de necesidades sociales, las de reconocimiento y las de autorrealización.

Si nos centramos en las personas mayores y especialmente en aquellas en proceso de pérdida funcional, diversos estudios ponen de manifiesto que las necesidades prioritarias para ellas son el deseo de mantener su autonomía y, al mismo tiempo, mantener su integración. La primera es entendida como la capacidad de no tener que depender de otras personas económicamente ni en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana, mientras que la integración se expresa mediante el deseo de la persona mayor por conservar su arraigo al hogar y al entorno habitual, y por seguir desempeñando funciones útiles y apreciadas tanto por la propia persona como por su entorno más próximo. La utilización de productos y servicios adecuados a las capacidades de las personas mayores contribuye a satisfacer ambas necesidades: autonomía e integración. La **Tabla 1** muestra algunos ejemplos de ello.

Tabla 1. Contribución de las diferentes tipologías de productos a la satisfacción de las necesidades de autonomía e integración de las personas mayores (Poveda, 2009).

Vivienda	Para mantener la autonomía es necesario una correcta accesibilidad y adaptación a las necesidades y usos. Se trata de un elemento imprescindible para mantener vínculos con su núcleo social y familiar.
Alimentación	Resulta necesario disponer de productos de fácil uso y consumo, elaboración o preparación e ingesta, para favorecer la no dependencia respecto a terceros.
Transporte y Comunicaciones	Las tecnologías de la información y las comunicaciones resultan herramientas adecuadas para evitar situaciones de aislamiento, facilitan el cuidado y proveen seguridad en casos de emergencia. Los medios de transporte accesibles y asequibles ayudan a acortar las distancias y a mantener las redes sociales.
Equipamiento personal	Ropa con un diseño adecuado a la antropometría, de fácil uso y que evite problemas de salud, les facilita las AVD relacionadas con la indumentaria.
Equipamiento del hogar	Los equipamientos básicos usables y la incorporación de sistemas domóticos o de inteligencia ambiental ayudan a permanecer en el hogar durante más tiempo.
Tecnologías de apoyo y sanitarias	La adquisición y empleo de productos de apoyo llegan a compensar o neutralizar la discapacidad del usuario en relación con el resto de la población. Un servicio como la telemedicina acerca los recursos sanitarios a los hogares.
Actividades de ocio y tiempo libre	La posibilidad de elegir entre un amplio abanico de actividades de ocio y tiempo libre incrementa la percepción de libertad y autonomía de la persona mayor.

Sin embargo, conseguir la autonomía y la integración se complica a medida que aumenta la situación de dependencia. Tal y como indica Eamon O'Shea (2003), "La capacidad de las personas mayores de permanecer en sus domicilios y llevar una vida que se corresponda con sus posibilidades y capacidades a medida que se hacen más dependientes, está en función de la compleja relación de muchos factores. Estos factores incluyen el grado de incapacidad y dependencia funcional, la situación socioeconómica de cada individuo, la disponibilidad de una vivienda y un entorno seguro y accesible, el apoyo de cuidadores familiares, la posibilidad de contar con servicios comunitarios y la accesibilidad a los mismos por parte de aquellas personas que los necesiten".

Por ello, es necesario disponer de algún indicador que nos permita evaluar la situación de las personas más allá de su autonomía y grado de integración, y que recoja esta variedad de factores. Este indicador es la calidad de vida, siendo su mejora el objetivo final de los programas y planes de cuidado y atención a las personas en situación de dependencia.

1.5. MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

Mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia es el fin último de la adecuación de los recursos a las demandas y necesidades reales. Pero las dimensiones de la calidad de vida varían según los autores y la población en estudio. Como indica Fernández Ballesteros (1998), no existe consenso en la literatura sobre la naturaleza de las dimensiones que componen la calidad de vida ni sobre la forma de seccionarla y medirla. Además, nos

encontramos ante un macro-concepto complejo y multidimensional que envuelve componentes o condiciones diferentes, cuyo peso varía en función de una serie de parámetros personales o sociales.

Por ejemplo, desde la perspectiva teórica se parte de cuatro aspectos evaluativos: bienestar psicológico, calidad de vida percibida, competencia conductual y entorno objetivo (Lawton, 1991). A su vez, la OMS (WHOQOL, 1993) conceptualiza cinco dominios amplios: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno.

Otro aspecto imprescindible a la hora de analizar y plantear la mejora de la calidad de vida es la importancia de las circunstancias en las que se encuentra una persona determinada. Uno de los mejores ejemplos es el relacionado con la componente salud, criterio consensuado como determinante en la calidad de vida que puede ser muy relevante para una persona adulta y, en cambio, presentarse como un factor secundario en una persona joven.

Pilar Rodríguez (2011) muestra cómo la capacidad de autodeterminación es un factor imprescindible para el bienestar básico de las personas, lo que conlleva que la calidad de vida se relacione directamente con la posibilidad de tomar decisiones y organizar nuestras vidas, relacionándonos con nosotros mismos, con los demás y con nuestros entornos.

El camino más fácil para poder relacionarnos con el entorno físico es que este sea adecuado a nuestras necesidades y a nuestras capacidades, que cambian en función de diferentes factores como pueden ser la edad, la presencia de limitaciones funcionales o factores externos a la

propia persona como el lugar de residencia o la capacidad económica. Al interactuar con el entorno utilizamos bienes, servicios y productos que no siempre se adecúan a nuestras necesidades.

Diseñar pensando en todos (mayores, personas con discapacidad, niños, etc.) aumenta el tamaño del mercado de los bienes y servicios y contribuye a la mejora de la calidad de vida. Es necesario que los productos de uso global tengan en cuenta las características de las personas con mayores dificultades de utilización, sin olvidar que existen otros que habrán de ser diseñados para un grupo de personas que, por sus especiales características, demandan un diseño concreto, como por ejemplo sucede con un calzado para una persona diabética (Poveda 2005). El diseño debe estar orientado por y para las personas, también por y para las personas en situación de dependencia y su entorno más inmediato.

2. INNOVACIÓN ORIENTADA POR LAS PERSONAS EN ENTORNOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Pilar Rodríguez (2010) indica que “la atención centrada por la persona se define como 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, debiendo estar presidida por la innovación”.

En el apartado anterior se explica cómo los entornos, productos y servicios pueden mejorar la atención a las personas en situación de dependencia o, por el contrario, constituir una ba-

rrera para su correcta atención. Innovar en este campo y conseguir bienes y servicios que cubran las necesidades reales de la atención es un reto para la innovación social entendida como todo nuevo enfoque, práctica, intervención o producto desarrollados para mejorar una situación o resolver un problema social (Bouchard et al, 1999; citado por Fernández, 2010).

El proceso de envejecimiento conlleva una evolución de las características físicas, psicológicas y sociales que implican que los bienes y servicios se deban adecuar a sus demandas específicas. Diseñar bienes y servicios orientados por las personas mayores tiene un doble sentido (Poveda, 2011):

1. Cubrir las demandas específicas de los mayores, relacionadas con su salud, seguridad, mantenimiento y potenciación de sus capacidades funcionales y el fomento de la actividad con el entorno socio-comunitario y las redes sociales.

2. Adecuar los productos y servicios a todos los potenciales usuarios, favoreciendo la inclusión de cualquier ciudadano en la vida activa a la vez que se incrementa el número de los clientes potenciales del producto o servicio.

La innovación en bienes y servicios bajo este paradigma recorre todas las fases de creación y puesta en el mercado de un bien o servicio, teniendo como valor fundamental la participación efectiva de los usuarios finales del producto como núcleo de decisión y no mediante la voz de terceros. Este modelo de innovación parte de la premisa obvia de que, a través del conocimiento de las necesidades y expectativas de las personas, estas atesoran las claves más valiosas para mejorar los recursos a su disposición, la manera en la que le son suministrados y

los procesos mediante los que se diseñan y producen (Sánchez, 2011).

En la actualidad, la mayor parte de los productos y servicios cuentan con una calidad básica relacionada con aspectos tan importantes como la seguridad o calidad de los procesos de fabricación, pero la ergonomía, la accesibilidad, la usabilidad y la aceptabilidad son aspectos fundamentales que todavía han de ser incorporados en los bienes y servicios para la atención y la prevención de las situaciones de dependencia. La innovación debe cubrir las demandas de este grupo poblacional que posee una importancia cualitativa y cuantitativa exponencial. Dicha innovación para la mejora de la calidad de vida pasa por utilizar técnicas y metodologías de diseño orientadas por las personas mayores, bajo un análisis holístico de sus características, necesidades, preferencias y expectativas.

La **Figura 2** muestra las distintas etapas o subprocesos que integran el modelo de innovación que se postula (Vera, 2011). En este modelo las distintas etapas o subprocesos que lo integran han de entenderse como posibles vías para innovar:

- Diseño estratégico y conceptual, considerada como etapa de innovación radical en la que se identifican necesidades latentes de los ciudadanos (aquellas que suponen un coste personal y reducen su calidad de vida pero no han sido identificadas como problemas resolubles) y nuevas soluciones a las necesidades conocidas de las personas.
- Diseño, etapa en la que, con la participación de las personas como codiseñadoras, se maximiza la contribución de los bienes y los servicios que utilizarán para mejorar su calidad de vida.

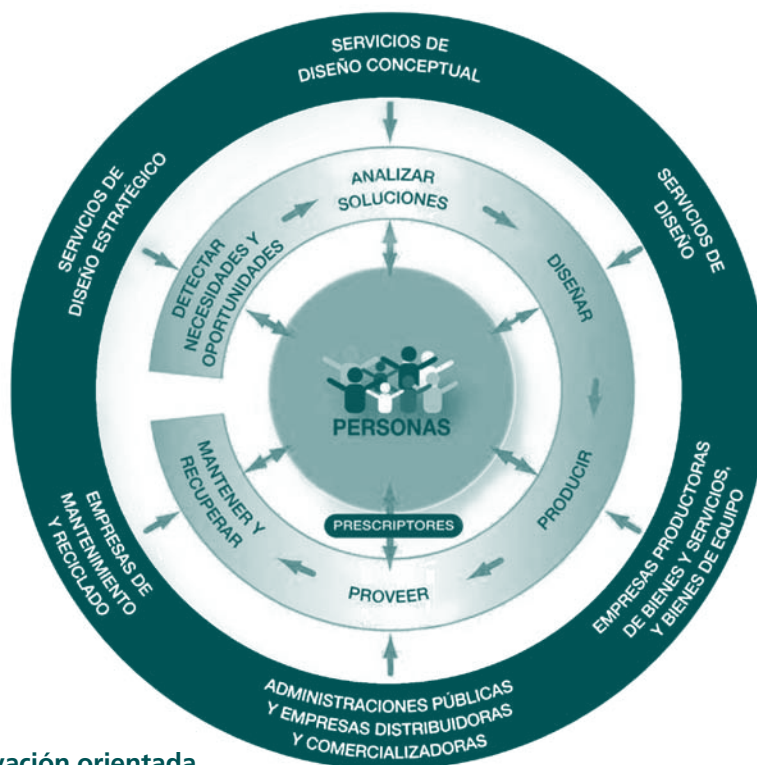


Figura 2. Modelo de innovación orientada por las personas (Vera, 2011).

Las soluciones que, haciendo uso de métodos de diseño orientado por las personas, combinan criterios relacionados con la seguridad, la salud, el confort, el rendimiento, etc., de los usuarios, de acuerdo a sus características, necesidades y preferencias en sectores tan distintos como la indumentaria, el mobiliario, el deporte, el turismo y el ocio, etc., son ejemplos de innovación dirigida a incrementar el valor percibido por sus destinatarios.

Entre las posibilidades que ofrece el diseño orientado por las personas destaca la personalización de bienes y servicios que partiendo de la caracterización anatómica, funcional, cognitiva y emocional de sus futuros usuarios, maximizan su satisfacción y, con ello, su calidad de vida. Este enfoque posee un enorme potencial de innovación en la medida en que los costes de diseño y producción se reduzcan, lo que hasta la fecha ha limitado su extensión como modelo de negocio más allá de ámbitos como el sanitario, en el que, por ejemplo, se gradúan las lentes de unas gafas o se diseña el encaje de una prótesis para una persona que ha sufrido una amputación, puesto que los costes de la personalización se ven claramente compensados por el valor de las soluciones que aporta.

- Producción, considerada como la etapa que permite, como se ha señalado al hablar de personalización, mejorar la ratio entre el valor de lo que se produce y sus costes económicos, sociales y ambientales, haciendo uso de las distintas tecnologías de fabricación. El balance entre el valor percibido en lo que se produce y sus costes determinará la mejor estrategia de producción.

- Provisión, entendida como la etapa que alberga el conjunto de acciones que permiten poner a disposición de las personas los recursos (bienes o servicios) para mejorar su calidad

de vida, lo que incluye distintas intervenciones, como la prescripción, la comercialización o la integración de los recursos para generar soluciones que maximicen el cociente entre el valor aportado y su precio.

La prescripción de recursos para la calidad de vida es un eslabón esencial de la cadena de valor a través del cual se propone al usuario una solución que optimiza la relación entre su precio y el beneficio percibido por él para la mejora de su calidad de vida. Esta actividad descansa sobre metodologías que permiten identificar y priorizar las necesidades de las personas, medir y considerar sus características y condicionantes particulares y, por último, identificar los recursos que optimizan dicha relación.

- Mantenimiento y reciclado, considerada como etapa que reúne un conjunto de acciones que forman parte de la propuesta innovadora y que, por tanto, contribuyen a aumentar el ratio del valor percibido/precio de la misma en el mercado al que se dirijan.

Por supuesto, el conjunto de etapas que componen el sistema de innovación orientada por las personas pueden y deben ser consideradas conjuntamente a lo largo del proceso de innovación con la finalidad de maximizar el cociente entre el valor aportado y su precio global o, en otras palabras, de aumentar la intensidad de la innovación.

La innovación es, en muchas ocasiones, resultado de procesos de investigación. El proyecto FUTURAGE, "A road Map for Ageing Research", financiando por la Comisión Europea en el 7º Programa Marco, nació con el objetivo de desarrollar un mapa de la investigación en Europa sobre el envejecimiento de la población europea desde cinco enfoques: la investigación

biogerontológica, los recursos económicos y sociales, los entornos del envejecimiento, el envejecimiento saludable, y la implicación de los usuarios en la investigación.

Dentro del enfoque sobre entornos, entendido como la interacción entre la esfera personal y otras dimensiones vitales en la búsqueda de condiciones para el envejecimiento activo y la calidad de vida en la vejez, las principales conclusiones señalaron que las futuras acciones deberían tender, entre otros objetivos, a potenciar la adecuación de los domicilios a las capacidades de los mayores para facilitar su permanencia en los mismos durante más tiempo, la mejora en las condiciones materiales de las viviendas, edificios y entornos urbanos (ciudades saludables), la mejora de los espacios residenciales específicos para mayores, así como el desarrollo de iniciativas tecnológicas en el ámbito personal (ayudas técnicas) y doméstico (domótica) para una mejora de la calidad de vida.

3. ACCIONES Y EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS

3.1. INTRODUCCIÓN.

El Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV) es un centro de innovación y tecnología cuyas actividades se centran en el estudio del comportamiento del cuerpo humano y su relación con los productos, entornos y servicios que utilizan las personas para mejorar su calidad de vida y, al mismo tiempo, la competencia técnica de los profesionales y la competitividad y diferenciación de las empresas con las que colabora. El IBV inició su actividad investigadora en 1976, en 1991 fue reconocido como Instituto Universitario y en 1994 adquirió la figura jurídica de Asociación de Investigación sin Ánimo de Lucro.

Actualmente cubre nueve ámbitos de actividad entre los que cabe destacar, por un lado, el de las personas mayores y la atención a la dependencia, que busca mejorar la calidad de vida de este grupo de población y el proceso de envejecimiento mediante el desarrollo de acciones dirigidas a adecuar los productos, servicios y entornos de la vida diaria a sus características, necesidades, preferencias y expectativas; y por otro, el ámbito de la rehabilitación y autonomía personal, que se centra en productos y servicios orientados a valorar, rehabilitar y mitigar/paliar las limitaciones funcionales de las personas.

En estas dos áreas, se persigue la mejora de entornos, bienes y servicios para que las personas en situación de dependencia sean más autónomas y puedan disfrutar de los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población, mejorando su calidad de vida a través de la generación y transferencia de nuevos conocimientos basados en la investigación científica y el desarrollo tecnológico a los propios ciudadanos, a los profesionales y a los sectores productivos relacionados. En estas actividades, el usuario siempre es el centro de estudio y de análisis, entendido este como la persona en situación de dependencia, junto a los profesionales y personas que la atienden y cuidan.

3.2. SENSIBILIZACIÓN, INFORMACIÓN Y FORMACIÓN.

El IBV ha participado en numerosos comités técnicos de normalización como el AEN/CTN 153 de Ayudas Técnicas para Personas con Discapacidad, comités expertos, científicos y asesores de ferias y certámenes (SERPROMA, ORPROTEC, Feria de la Salud, etc.) para la promoción de la igualdad de oportunidades.

Así mismo, ha intervenido en la definición de programas de apoyo a la I+D (Plan Nacional de I+D+i 2000-2003 y 2004-2007 del Sector Socio-Sanitario, en el Subprograma Tecnologías de apoyo a las personas con discapacidad y personas mayores, en el Sistema Integral de Seguimiento y Evaluación -SISE- del Plan Nacional de I+D+i 2008-2011 del Sector Socio-Sanitario, etc.) y en el desarrollo de múltiples proyectos para analizar el mercado y sensibilizar a la sociedad.

Entre las distintas iniciativas en las que ha participado, destaca el proyecto HEART (Horizontal European Activities in Rehabilitation Technology, 2004), donde se llegó a la conclusión de que no se había progresado lo suficiente en accesibilidad, ayudas técnicas, formación, etc., proponiendo que se intensificaran los esfuerzos para aumentar el conocimiento sobre accesibilidad y sensibilizar a la población sobre su importancia.

Análogamente, ha realizado multitud de acciones de información y sensibilización dirigidas a todos los agentes del sector, entre las que destacan su participación en la elaboración del Libro Blanco de la I+D+i en el Sector de los Productos Sanitarios (2001) y del Libro Blanco

de la I+D+i al servicio de las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores (2003). O, más recientemente, los estudios de los factores de éxito de los servicios prestados en los centros residenciales (2008) o en las ortopedias (2009), financiados por el Plan de Competitividad de la Empresa Valenciana (Figura 3).

De forma paralela, ha emprendido distintas iniciativas para formar tanto a los profesionales del sector relacionados con la atención a la dependencia como a los usuarios finales, ya se trate de personas mayores o de personas con discapacidad. Dos proyectos desarrollados en 2009 y 2010, financiados por el Instituto de la Mediana y Pequeña Industria Valenciana (IMPIVA), le han permitido poner a punto metodologías formativas para ofrecer contenidos sobre envejecimiento activo, productos de apoyo, salud laboral, redes sociales, atención a la dependencia, etc., con distintos niveles de complejidad según el perfil profesional al que se dirijan: auxiliares, coordinadores y técnicos. Todos los grupos de profesionales de los centros residenciales que participaron mostraron un alto nivel de satisfacción y resaltaron su importancia para alcanzar una atención de calidad.

Figura 3. Ejemplos de publicaciones para informar y sensibilizar a la población en general y a los profesionales y empresas en particular.



Otro proyecto desarrollado en 2011 junto con la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP) y financiado por IMSERSO, ha permitido desarrollar una novedosa metodología para formar a las personas mayores en el consumo de productos para la mejora de su calidad de vida, de manera que sean ellas mismas quienes se encarguen de formar a otros mayores, invitando a realizar una reflexión acerca de los pasos a seguir cuando se realiza la compra de un producto, valorando si se adapta a sus necesidades y capacidades. Los resultados han sido altamente satisfactorios y durante los próximos ejercicios se seguirá impartiendo esta formación a asociados de la UDP, además de desarrollar nuevos contenidos.

3.3. MANTENIMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA.

El IBV no solo persigue sensibilizar a la sociedad sino fomentar, promocionar y favorecer que se proporcionen las ayudas adecuadas para que las personas puedan mantener su capacidad funcional a lo largo de los años y prevenir o al menos mitigar el efecto de las situaciones de dependencia.

En sus inicios, el IBV trabajó en proyectos para desarrollar herramientas con las que valorar la discapacidad y analizar los procesos de rehabilitación. Tras más de 20 años de actividad, ha puesto a punto aplicaciones capaces de registrar y valorar las fuerzas de agarre de la mano, las fuerzas musculares, la coordinación de la mano-muñeca, el equilibrio, la marcha, el raquis lumbar, el raquis cervical, el hombro o la rodilla, y también para asistir al técnico ortopeda en el proceso de autocertificación de productos ortoprotésicos a medida para cumplir el Real De-

creto 414/1996 y al especialista en el proceso de valoración de la discapacidad física.

Además, durante los últimos años ha participado en proyectos dirigidos a la rehabilitación de patologías específicas que potencialmente derivan en situaciones de dependencia, como el proyecto "Brain-Neural Computer Interaction for Evaluation and Testing of Physical Therapies in Stroke Rehabilitation of Gait Disorders" (2009-2011), financiado por la Comisión Europea, o el proyecto "Tele-rehabilitación efectiva en el hogar: investigación y desarrollo de sistemas, técnicas, métodos y mecanismos" (2009-2011), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación. Ambos proyectos se centran en el desarrollo de tecnologías pioneras, como el uso de interfaces cerebro-ordenador, aplicadas a la rehabilitación del miembro inferior y superior, respectivamente, de las personas que han sufrido un ictus.

Sin embargo, durante los últimos años han proliferado los proyectos orientados a fomentar el envejecimiento activo como elemento clave para la prevención de situaciones de dependencia. Recientemente se ha puesto en marcha el proyecto "Desarrollo de requerimientos y sistemas de sensorización que faciliten la generación de videojuegos dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas mayores" (2011-2012), financiado por el IMPIVA a través del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). Su objetivo es establecer las bases para el desarrollo de videojuegos de alto valor terapéutico y preventivo que cumplan, además, con los requisitos de usabilidad específicos de las personas mayores. Este proyecto tiene un alto carácter innovador ya que por primera vez se van a desarrollar juegos orientados a este colectivo capaces de aportarles,

además de un ocio de calidad, la oportunidad de entrenar y mejorar o al menos mantener sus habilidades cognitivas, funcionales y sociales, previniendo la aparición de situaciones de dependencia.

3.4. MEJORA DE LA INCLUSIÓN SOCIAL.

Además de evitar las situaciones de dependencia, se ha de favorecer la inclusión social de este grupo poblacional para que siga participando y contribuyendo a mejorar la sociedad en la que vive.

El trabajo es uno de los factores más importantes para la integración social y la estabilidad personal. Esta importancia es todavía mayor en el caso de las personas con algún tipo de discapacidad, que pueden presentar dificultades añadidas para conseguir ese ajuste personal y social.

Desde 1993, el IBV trabaja en la inserción laboral y adaptación de puestos de trabajo para personas con discapacidad, dando lugar a publicaciones de guías y libros así como a la impartición de formación. Entre estas actividades destaca la aplicación ErgoDis/IBV, un método de adaptación ergonómica de puestos de trabajo para personas con discapacidad que se ha implantado en más de 1600 empresas y entidades tanto de España como de otros países.

Además, se ha realizado una amplia variedad de estudios para la evaluación y adaptación de puestos de trabajo para personas con discapacidad en diversos ámbitos laborales, como los trabajos de oficina, o en sectores industriales como el cerámico, el de la limpieza, el financiero, etc.

En la actualidad está en marcha el proyecto "Ageing Workforce towards an Active Retirement" (2010-2012), que se encuadra en el programa Ambient Assisted Living (AAL), cofinanciado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, y la Comisión Europea. Su objetivo es proporcionar a las personas mayores, tanto trabajadoras como jubiladas, habilidades en el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) así como el desarrollo de una herramienta para facilitar la integración social y promover un envejecimiento activo, luchando contra la depresión, soledad y aislamiento que pueden aparecer después de la jubilación. El principal resultado será una red social que reducirá la brecha generacional, poniendo en contacto a personas de todas las edades para compartir el conocimiento y la experiencia, y ayudar a las empresas a adaptar los entornos a sus trabajadores mayores.

La aplicación de la innovación para la inclusión social no solo se limita al ámbito laboral. De forma paralela, el proyecto "Social Interaction Screen" (2009-2011), que se encuadra en el mismo programa Ambient Assisted Living (AAL) que el anterior, tiene por objetivo el desarrollo de una pantalla táctil de uso fácil e intuitivo que favorezca la interacción social de las personas mayores a través del contacto con la familia, amigos y vecinos, y que sirva para conocer la oferta local de actividades relacionada con el ocio, la salud y el bienestar.

Aunque la innovación siempre implica procesos complejos, la dificultad se incrementa cuando se realiza en nuevos mercados que, además, evolucionan de forma muy rápida como sucede con los dos proyectos mencionados.

3.5. ENTORNOS ACCESIBLES Y USABLES.

Como se ha comentado en el apartado 3.2., el proyecto HEART detectó una falta de conocimiento en áreas como la accesibilidad. Como consecuencia, se pusieron en marcha iniciativas para mejorar este conocimiento y aplicarlo posteriormente para mejorar los entornos. Dos iniciativas claves fueron el proyecto “Integración de productos y servicios para la accesibilidad en el hogar” (2006), y el proyecto PREGÚNTAME (2005), ambos financiados por el IMSERSO, en los que se desarrollaron guías orientadas a la accesibilidad integral; en el primer caso, abarcando distintos entornos, medios, contextos de uso y tipos de discapacidad, y en el segundo caso, centrándose en conseguir un hogar funcional para las personas mayores que les permitiera permanecer en su domicilio el mayor tiempo posible.

Una vez se dispone de este conocimiento es necesario aplicarlo a los entornos para potenciar la autonomía de las personas en situación de dependencia. Durante la última década, el IBV ha trabajado en mejorar la accesibilidad integral de edificios e infraestructuras y en el desarrollo de sistemas domóticos que permitan a los usuarios con diversidad funcional interactuar fácilmente con su entorno. Destaca el trabajo realizado para BANCAJA, en el que se analizó la accesibilidad de 1039 oficinas y edificios emblemáticos y se propusieron recomendaciones para su mejora. Además, durante los últimos años se ha complementado ese trabajo con la valoración de la usabilidad de los entornos, para garantizar no solo su accesibilidad sino también la facilidad de uso.

Los procedimientos de evaluación y mejora de la accesibilidad se han aplicado también a

entornos estrechamente relacionados con la atención a la dependencia como son los centros residenciales. El IBV ha asesorado a muchos de estos centros con este propósito y, por ende, para mejorar la calidad de la atención que se presta en ellos. Entre ellos cabe destacar la actividad desarrollada para empresas como LKS o La Saleta, o para organizaciones y asociaciones que agrupan empresas de este sector como la asociación empresarial de servicios a personas en situación de dependencia de la Comunitat Valenciana (AERTE).

De igual forma se ha innovado en otros entornos más específicos para mejorar su accesibilidad como en el proyecto “Diseño, validación e implementación de parque infantiles para personas con discapacidad funcional” (2006), financiado por la Conselleria de Empresa, Universidad y Ciencia de la Comunitat Valenciana, con el objetivo de diseñar e implementar nuevos criterios de diseño en parques infantiles accesibles. Como resultado del mismo se obtuvieron criterios de diseño y nuevos elementos para que los parques destinados a la realización de ejercicio físico sean accesibles para todos, independientemente de la edad y de las capacidades funcionales de sus usuarios.

3.6. PRODUCTOS Y SERVICIOS ADECUADOS A LAS DEMANDAS REALES.

Además de accesibles, los entornos necesitan estar dotados de productos y servicios que permitan un uso satisfactorio por las personas en situación de dependencia. El IBV lleva trabajando en el desarrollo, mejora y evaluación de productos desde sus inicios con un enfoque propio, las metodologías de innovación orientadas por el usuario.

Ello ha dado lugar a una amplia variedad de proyectos, tanto para asesorar a las empresas en el diseño y desarrollo de productos y servicios, que incluyen la definición del concepto (diseño estratégico y conceptual), el diseño en detalle o la propia comercialización (figura 2), como para validar la adecuación de productos y servicios ya existentes a las necesidades reales de los usuarios.

Estas actividades abarcan desde productos de consumo como mobiliario, calzado, pavimentos, software, teléfonos móviles, etc., productos de apoyo como sillas de ruedas, muletas, cojines entiescaras, ortesis y prótesis, etc., hasta servicios como los que se prestan en balnearios, restaurantes, tiendas, etc. Para ello el IBV cuenta con un amplio conjunto de laboratorios dotados con las técnicas más vanguardistas y con el reconocimiento a través de las correspondientes acreditaciones para la certificación de productos en aspectos relacionados con la seguridad y el marcado CE, entre otros.

Existen numerosos ejemplos de la aplicación del diseño orientado por las personas en situación de dependencia para adecuar los productos a sus necesidades: "Diseño de ayudas técnicas para personas con discapacidad basado en criterios de usabilidad" (2000-2003), "Criterios de valoración y perfeccionamiento de un sistema ortopédico para la corrección de escoliosis basado en estudios biomecánicos" (IMPIVA 2000-2001), "Desarrollo de una silla de ruedas anfibia que permite el baño a personas con discapacidad" (Conselleria de Bienestar Social, IBERDROLA, 2000-2001), "Aplicación de la ingeniería cognitiva a la mejora de las interfaces domóticas para personas mayores y personas con discapacidad" (Plan AVANZA, 2006-2007), entre otros. A continuación, se detallan algunos pro-

yectos realizados durante los últimos años.

Algunos de estos proyectos han estado centrados en grupos de población en general, como el proyecto "Electrodomésticos para mayores. Generación de criterios ergonómicos" (2005), financiado por el IMSERSO, que dio como resultado una herramienta informática (**Figura 6**) que proporcionaba, de forma didáctica y sencilla, recomendaciones de diseño para evitar problemas de uso en lavadoras, hornos y placas de cocina, permitiendo dotar de información clave para guiar la compra de manera eficiente y satisfactoria a los agentes prescriptores, ajustándose a las necesidades y capacidades reales de las personas mayores.

Otras iniciativas se han dirigido a colectivos más concretos, como el proyecto "An ambulatory BCI-driven tremor suppression system based on functional electrical stimulation" (2008-2011), financiado por la Comisión Europea, en el que se ha desarrollado una ortesis que reduce el temblor mediante estimulación eléctrica funcional, permitiendo que personas con Parkinson o temblor esencial sean más autónomas en las AVD, aumentando su calidad de vida.

Algunas de estas iniciativas innovadoras han girado alrededor de productos altamente relacionados con las TIC y la Sociedad de la Información, como el proyecto "Mejora de la Usabilidad de Aplicaciones informáticas y páginas web" (2008-2009), financiado por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio. Su objetivo fue desarrollar y establecer pautas que contribuyeran a la mejora de la usabilidad de aplicaciones informáticas y páginas web más allá de los criterios de accesibilidad establecidos. Para ello se pusieron a punto técnicas innovadoras para analizar la usabilidad desde una perspecti-

va más amplia que contempla la efectividad de las tareas, la eficiencia (tiempo, errores, patrones de exploración visual con técnicas de “eye tracking”, etc.), el aprendizaje (modelos cognitivos de Markov) y la satisfacción (opinión del usuario y análisis del estado emocional mediante la valoración de la respuesta fisiológica). Las webs fueron utilizadas por usuarios con y sin limitaciones motoras en el miembro superior, y se detectó que la falta de usabilidad afectaba en un mayor grado a las personas con limitación motora y que las pautas de usabilidad recomendadas por expertos no siempre son válidas y dependen de la población objetivo. Como se ha comentado anteriormente, es necesario adecuar las TIC a las personas mayores y personas con discapacidad para que disfruten de los potenciales beneficios que les pueden aportar estas herramientas para la

mejora de su autonomía y calidad de vida.

Si cabe destacar una de las iniciativas desarrolladas durante los últimos años, esa es SIMPLIT, impulsada por la UDP y el IBV con la participación de AENOR y la colaboración del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Figura 4). SIMPLIT nació con el objetivo de promover la adecuación de los productos y servicios a las características, necesidades, capacidades y expectativas de las personas mayores, para mejorar su calidad de vida. De hecho, ha sido galardonada recientemente con el Premio Senda a la Iniciativa Innovadora (2011) que reconoce el esfuerzo de empresas e instituciones por mejorar la calidad de vida de las personas mayores y personas en situación de dependencia, así como por fomentar la autonomía personal y el envejecimiento activo.

Figura 4. Página web de SIMPLIT.



SIMPLIT es un sello que garantiza que los productos y servicios son fáciles de utilizar por los consumidores de todas las edades. Facilitar la lectura de las instrucciones de los electrodomésticos o la destreza en el uso de nuevas tecnologías, adecuar el mobiliario teniendo en cuenta la regulación de altura y profundidad de armarios y estantes, o mejorar la disposición de las superficies de trabajo en la cocina, son algunos ejemplos de aplicación de SIMPLIT en productos y entornos de la vida diaria.

En la actualidad ya existen productos con el sello SIMPLIT en diversos sectores: desde pavimentos de TAU Cerámica, mobiliario como la encimera regulable en altura de ARGUTI, hasta sistemas operativos como el Siesta del IfreeTablet desarrollado por CMPTI, pasando por teléfonos móviles como el Auro de VODAFONE o el de EMPORIA Telecom y sistemas de teleasistencia como el MIMOV de SAI Wireless (Figura 5).

Aunque existen multitud de proyectos centrados en la adecuación de los productos a las necesidades de las personas mayores o en situación de dependencia, los servicios no han recibido hasta la fecha la misma atención. En el proyecto “Desarrollo de un sistema integrado de autoevaluación de la accesibilidad en instalaciones turísticas” (2008) financiado por la Agencia Valenciana de Turismo, se ha desarrollado la aplicación TurAccess/IBV que permite prestar un servicio para la valoración y mejora de la accesibilidad de los alojamientos turísticos (campings, alojamientos rurales y hoteles) haciendo posible que las empresas conozcan la accesibilidad de sus establecimientos como paso previo para acometer las acciones de mejora que permitan satisfacer las necesidades de todas las personas con independencia de sus capacidades funcionales y ofrecer servicios turísticos de alta calidad (Figura 6).

Figura 5. Productos con sello SIMPLIT; de izquierda a derecha: encimera regulable en altura, teléfonos móviles, dispositivo de teleasistencia y tableta PC.



Figura 6. Ejemplos de aplicaciones para detectar problemas de uso en los productos y servicios y proporcionar recomendaciones para facilitar el uso a personas en situación de dependencia.

3.7. MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA.

Todos los aspectos analizados anteriormente contribuyen, de una u otra forma, a la mejora de la calidad de la atención prestada a las personas en situación de dependencia. No obstante, el IBV ha abordado la mejora de la atención prestada por los profesionales desde tres enfoques: la formación de los profesionales, como se ha comentado en el apartado 3.2., el desarrollo de nuevas herramientas de trabajo más eficaces y el análisis de los actuales sistemas de atención sociosanitaria para proponer mejoras en la atención a las personas en situación de dependencia.

El proyecto “Sistema de ayuda a la selección de tecnologías de apoyo para la mejora de los planes personalizados de atención a la dependencia” (2007), financiado por el IMSERSO, tenía como objetivo la elaboración de una guía de buenas prácticas para facilitar la selección de tecnologías de apoyo (ayudas técnicas, sistemas de control de entorno y accesibilidad) adecuadas a las necesidades reales de las personas mayores en los centros residenciales, mejorando la calidad de la atención prestada. Como resultado se obtuvo un perfilador basado en una ontología que permitía asignar, de forma individualizada, recursos en función de las capacidades del residente, la actividad a realizar, el entorno y las necesidades de terceras personas.

El proyecto “Nuevas tecnologías en el hogar para personas con dependencia y sus cuidadores, generación de criterios de diseño bajo las necesidades de los usuarios” (2009), financiado por el IMSERSO, tenía un objetivo similar al anterior pero centrado en personas mayores en situación de dependencia que viven en su hogar

y cubriendo, en este caso, también a sus cuidadores, que no suelen ser objeto de atención en este tipo de proyectos. Como resultado se obtuvo un conjunto de requisitos para mejorar la calidad de vida y la autonomía de esta población mediante la adaptación de sistemas domóticos.

Junto a los resultados generados con estos proyectos centrados en el desarrollo y prescripción de recursos para mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, se debe tener en cuenta que la relación coste/beneficio de su atención ha de ser asumible tanto por las entidades públicas como por los propios usuarios y sus familias.

Con este propósito, el proyecto “Development of innovative solutions for the improvement of home care services for dependent persons by means of a cost-benefit analysis” (2007-2008), financiado por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, se centraba en el análisis desde la perspectiva coste/beneficio de la incorporación de productos de apoyo tecnológicos como extensión al Servicio de Atención a Domicilio (SAD).

Durante su desarrollo se puso a punto un innovador modelo coste/beneficio que consideraba no solo el coste de adquisición sino también el ahorro debido a la reducción de lesiones de los cuidadores o las horas de atención, los costes hospitalarios por caídas, etc. Se evaluaron distintas intervenciones mediante productos de apoyo para las tareas de ducha y baño, ir al inodoro y realizar transferencias desde y hasta la silla de ruedas. Los resultados mostraron que la introducción de productos de apoyo, como sensores anticaídas, asideros, alfombras antideslizantes, tablas de bañera, etc., de for-

ma complementaria al SAD, mejora la relación coste/beneficio final de la atención a domicilio de las personas en situación de dependencia, incrementando no solo su calidad de vida sino reduciendo también los costes para las administraciones públicas.

En la misma dirección, el proyecto “Integración de recursos empresariales y conocimientos multisectoriales que permitan crear viviendas y centros adaptados a las necesidades de las personas mayores” (2008-2009), financiado por el IMPIVA con Fondos FEDER, partió de los resultados de los tres proyectos anteriores dando

como resultado la aplicación CVIDA+65, que se compone de un perfilador y de un asignador de recursos para los prescriptores destinado a facilitar a las personas mayores la realización de las AVD y su permanencia en el hogar.

Además se mejoró la metodología coste/beneficio diseñada, complementando los parámetros económicos con las mejoras en autonomía y calidad de vida consecuencia de la adquisición de dichos recursos (Figura 8) y realizando una aproximación preliminar a un modelo de calidad de vida para las personas mayores que viven en su propio domicilio.

Figura 7. Modelo coste/beneficio para la asignación de recursos.



Figura 8. Aplicación CVIDA+65.



Por último, entre las iniciativas dirigidas a analizar los modelos de atención a la dependencia, el IBV participó en el proyecto “Nuevos modelos de negocio para la mejora de la atención sociosanitaria basados en la aplicación de los principios de la Ley de Dependencia” (2009-2010), financiado por la Conselleria de Industria, Comercio e Innovación de la Comunidad Valenciana con Fondos FEDER, en el que se analizaron los actuales recursos de atención a la dependencia y se propuso un nuevo modelo de atención a la dependencia centrado en la persona.

3.8. CONTRIBUCIÓN DE LA INNOVACIÓN AL DESARROLLO DE LAS DIRECTRICES DE LA COMISIÓN EUROPEA.

La información presentada en lo precedente ha permitido mostrar e ilustrar el modelo de innovación utilizado por el IBV para la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, centrándose principalmente en los proyectos realizados durante los últimos años, que están alineados con las directrices marcadas por la Comisión Europea en 2008 para el desarrollo de los modelos de protección

social de la dependencia (recogidas en el apartado 1.3.).

Como conclusión, cabe afirmar, en primer lugar, que todos ellos tienen un elemento en común dado que utilizan el paradigma de la innovación orientada por las personas para diseñar bienes y servicios como recursos capaces de mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, la de sus familiares y la de los profesionales que las atienden. Solo así es posible converger con la Segunda Directriz: “La adaptación en la atención a las necesidades y preferencias cambiantes de los usuarios”.

En segundo lugar, se ha promocionado y fomentado una atención adecuada y de calidad (Primera Directriz) mediante proyectos que:

- a.** Proporcionan herramientas más eficaces en la asignación de recursos.
- b.** Permiten la valoración de la discapacidad y la mejora de la rehabilitación.
- c.** Se orientan a mejorar los centros residenciales.
- d.** Mejoran los bienes, en especial los productos de apoyo, para prestar una atención de mayor calidad.
- e.** Forman a los profesionales del sector, que se comenta posteriormente.

Además, los esfuerzos no se han limitado a mejorar los bienes y servicios, sino que también se ha analizado la viabilidad económica de las soluciones y los modelos actuales de atención a la dependencia para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema (Tercera Directriz).

En tercer lugar, tanto en el caso particular de las personas mayores como, en general, en el de las personas en situación de dependencia, siempre se ha buscado en primera instancia la promoción de su autonomía (Cuarta Directriz) y el mantenimiento en su entorno (Sexta Directriz) de las personas en situación de dependencia, mediante proyectos orientados a:

- a.** Mejorar la accesibilidad y usabilidad de sus entornos, ya sea en el propio hogar o en entornos cercanos.
- b.** Adecuar los productos y servicios actuales a sus necesidades reales, facilitándoles la realización de las AVD y, por ende, su autonomía, como la iniciativa SIMPLIT, con especial atención a los productos de apoyo como muletas, sistemas de reducción del temblor, sillas anfibia, etc.

Por último, estos esfuerzos se han complementado con campañas de información y formación para sensibilizar a la sociedad de la importancia y la necesidad de que las personas en situación de dependencia dispongan de los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población, realizando publicaciones como las asociadas al proyecto HEART, el Libro Blanco de la I+D+i al servicio de las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores, o proporcionando formación a las propias personas o a los profesionales de los distintos sectores relacionados con la atención a la dependencia (Quinta Directriz).

Estas campañas de sensibilización se han complementado con proyectos para favorecer la inclusión social de las personas en situación de dependencia, ya hayan estado orientados al ámbito laboral o al ámbito del ocio.

4. BIBLIOGRAFÍA

ARRIBA GONZÁLEZ DE DURANA, Ana; MORENO FUENTES, Francisco Francisco Javier. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Primera edición. Madrid: IMSERSO, 2009. 284.

BLOOM, David; CANNING, David. "Global demographic change: Dimensions and economic significance", *Population and Development Review*, 34, pp. 17-51

COMISIÓN EUROPEA. Demography Report. Commission staff working document, 2010. 180. <http://ec.europa.eu/social/>

COMISIÓN EUROPEA. Long-term care in the European Union. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Bruselas: Comisión Europea, 2008. 35. <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=aa3bf299-1ef9-40de-adf9-78ad8ee-fb1f8>

COMITÉ DE MINISTROS DE ESPAÑA, (1998). Recomendación del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia, 98 (9).

DÍAZ MARTIN, Rosa; et al. Las personas mayores en España. Informe 2008. Tomo 1. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Primera edición: IMSERSO, 2009. 497.

DÍAZ MARTIN, Rosa; et al. Las personas mayores en España. Informe 2008. Tomo 2. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Primera edición. Madrid: IMSERSO, 2009. 792.

ESPARZA CATALÁN, Cecilia. Discapacidad y dependencia en España. Madrid, Informes Portal Mayores, 2011. nº 108. pp. 1-20.

FERNÁNDEZ DE LUCIO, Ignacio. "Conocimiento, innovación y sistemas de innovación", Primer Foro sobre Innovación, Economía y Calidad de Vida, pp. 53-60. Primera Edición. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia, 2010.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío. Envejecimiento Activo. Contribuciones de la psicología. Primera Edición. Madrid: Pirámide, 2009. 280.

GÓMEZ, JAVIER. (Coord) et al "1.ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007).

LAWTON, M. Powel. "A multidimensional view of quality of life in frail elders", The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, pp. 3-27. Edición. New York: JE Birren, 1991.

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990.

MARTÍNEZ MAROTO, Antonio. "Modelos de atención a la dependencia en Europa", *Minusval*, 150, 2005. pp. 27-31.

MASLOW Abraham. *Toward a Psychology of Being*. New York: J. Wiley & Sons, 1999. 270.

O'SHEA, Eamon. "La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes", *Perfiles y Tendencias*, 6, 2003. pp.25.

PEÑA CASANOVA, Jordi. "Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria", *Revista Neurología*, 27., 1998. pp. 27-29.

POVEDA PUENTE, RakeI; et al. "Facilitación de la vida cotidiana mediante el diseño y la selección adecuada de tecnologías de apoyo para personas mayores con dependencia funcional", *Revista Multidisciplinar de gerontología*, 15., 3, 2005. pp.155-164.

POVEDA, RakeI. "Diseño de bienes y servicios centrados en las personas mayores". 2º Foro sobre Innovación, Economía y Calidad de Vida, pp. 103-110. Primera Edición. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia, 2011.

POVEDA, RakeI; et al. *Los hábitos de compra y consumo de las personas mayores*. Primera edición. Madrid: *Edad y Vida*, 2009. 88.

RAJOY, Mariano. "Demographic trends in Southern Europe: rethinking the welfare state", *European View*, 7., 2, 2008. pp 195-202.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio. "La protección social de la dependencia en España. Un modelo "sui generis" de desarrollo de los derechos sociales", *Política y sociedad*, 44., 2, 2007. pp. 69-85

RODRÍGUEZ CASTEDO, Ángel; et al. *Libro Blanco de la Dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Primera edición: IMSERSO, 2005. 820.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. "Envejecimiento Activo y oportunidades de innovación", 2º Foro sobre Innovación, Economía y Calidad de Vida, pp. 95-101. Primera Edición. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia, 2011.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. "La atención integral centrada en la persona". *Informes Portal Mayores*, 116, 2010. pp1-17

SÁNCHEZ LACUESTA, Javier. "Modelo de innovación impulsado por la Asociación CVIDA y el Instituto de Biomecánica de Valencia", *Primer Foro sobre Innovación, Economía y Calidad de Vida*, pp. 71-79. Primera Edición. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia, 2010.

STAUNER, Gabriele. "The future of social security systems and demographic change", *European View*, 7., 2, 2008. pp. 203-208.

TAYLOR, REBECA. "Ageing, Health and Innovation: Policy Reforms to Facilitate Healthy and Active Ageing in OECD Countries" ILC-UK, 2011, www.ilcuk.com.

UNE-EN ISO 9999. *Assistive products for persons with disability -- Classification and terminology*. Madrid: AENOR, 2007. 127.

VERA, Pedro. "Presentación", 2º Foro sobre Innovación, Economía y Calidad de Vida, pp. 7-18. Primera Edición. Valencia: Instituto de Biomecánica de Valencia, 2011.

WHOQOL GROUP. "Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL)", *Quality of Life Research*, 2., 1993. pp. 153-159.

BUENAS PRÁCTICAS EN EL USO DE SUJECCIONES EN CENTROS PARA PERSONAS MAYORES

MIGUEL GIL MONTALBO

Departamento de Investigación Centro de Humanización de la Salud.

Sumario

1. ALGO SE MUEVE EN ESTE TEMA	98
2. UN CAMBIO NECESARIO DE MENTALIDAD	99
3. LA RESIDENCIA Y EL CENTRO DE DÍA DE TORREZURI	100
4. LA FUNDACIÓN DE CUIDADOS DIGNOS	101
5. ES MOMENTO DE CAMBIO	103

La utilización de sujeciones físicas para un mayor control de las personas mayores o con discapacidad ha sido una práctica casi habitual, especialmente en el caso de personas con demencia. Bajo una supuesta intención de “proteger” a la persona dependiente, evitar caídas, neutralizar conflictos de convivencia, etc. se han venido utilizando con excesiva frecuencia, tanto las sujeciones de carácter físico como las llamadas químicas, derivadas de la prescripción de sustancias psicotrópicas.

Las sujeciones aplicadas a las personas mayores en centros gerontológicos de forma incontrolada, sin los necesarios protocolos para su prescripción y seguimiento, podemos decir que constituyen una mala práctica.

Para poner en marcha una buena práctica en el uso de sujeciones, es preciso tomar conciencia del atentado que supone a la dignidad de las personas una mala práctica en esta materia. El esfuerzo por reducir significativamente el uso de sujeciones, de tal manera que lleguen a ser absolutamente excepcionales o incluso inexistentes, es una buena práctica que está comenzando a instaurarse en nuestro país.

1. ALGO SE MUEVE EN ESTE TEMA

Afortunadamente, en las últimas décadas se ha producido, a nivel internacional, un punto de inflexión favorable a un mayor respeto a la dignidad de la persona, su autonomía personal y a los principios ya consagrados de la bioética. El uso de sujeciones ha disminuido sensiblemente en la mayoría de los países sobre los que se dispone de información, sin embargo en España todavía existe una prevalencia del 23% en los centros residenciales para personas mayores, que es la cifra más alta de los países europeos.

A pesar de ello, hoy es el día en que ya podemos hablar de una cierta reacción frente a estos datos. Se puede afirmar que estamos ante una toma de conciencia que, progresivamente, va calando en el sector, tanto entre profesionales como entre los familiares de las personas mayores o enfermas de Alzheimer. También algunas instituciones y administraciones públicas, aunque todavía de forma muy minoritaria, optan por explorar otros modelos de atención más respetuosos con la libertad y dignidad de las personas mayores.

Es de justicia reconocer el impulso original y los resultados del programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, promovido la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) desde 2005, y liderado por el Dr. Antonio Burgueño. Desde entonces se han venido realizando importantes actividades de investigación, formación, asesoramiento y divulgación.

Es significativo que el Gobierno de Navarra, en colaboración con Caja Navarra, haya otorgado en 2010 a CEOMA, el Premio Internacional Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia, concedido por primera vez para reconocer actividades relevantes en la atención a personas que, por efecto de la edad o de alguna discapacidad, precisan atenciones especiales.

En diferentes lugares de la geografía española se vienen celebrando, con relativa frecuencia, jornadas de información y sensibilización sobre la problemática derivada del uso indiscriminado de sujeciones y las ventajas de todo tipo asociadas a la eliminación de las mismas.

Así en la provincia de Cádiz ya se han celebrado varias jornadas, de igual modo en Navarra,

La Rioja, Madrid, Comunidad Valenciana, etc.

Especial relevancia han tenido este año las II Jornadas Internacionales sobre el uso de sujeciones en personas mayores dependientes, organizadas por el Gobierno de Navarra¹. Estas Jornadas, celebradas en marzo de 2011, han estado dirigidas a profesionales del campo de la gerontología que trabajan en residencias y otros tipos de centros de atención a personas mayores dependientes y enfermos de Alzheimer, así como a directivos y responsables asistenciales, responsables y técnicos de las administraciones públicas y servicios de inspección de asuntos sociales.

2. UN CAMBIO NECESARIO DE MENTALIDAD

Junto a las razones teóricas habitualmente expresadas para justificar la aplicación de sujeciones: riesgo de caídas, problemas de conducta, etc., hemos de considerar que en buen número de casos, las sujeciones obedecen a una serie de razones reales no expresadas, como es la autoprotección de los profesionales (ante presión de la dirección de los centros y de las familias; afán de evitar toda clase de riesgos y conflictos, etc.)

Para una eficaz intervención es preciso considerar las circunstancias que favorecen el uso de sujeciones: el progresivo aumento de la carga asistencial, el déficit de motivación del personal, la carencia de formación del personal, la ausencia de normas al respecto, la tolerancia social de familias y profesionales, y la falta de estrategia de cuidados apropiada, con seguimiento y control personal, entre otras.

Aunque se argumenta que las sujeciones restrictivas están diseñadas para “proteger” a las personas mayores de las caídas y de sufrir lesiones, no representan la mejor solución, exceptuando las circunstancias extremas.

No existe ninguna prueba documentada de que las sujeciones restrictivas sean efectivas para conseguir los objetivos que se persiguen con su uso.

Muchos razonamientos que defienden la utilización de sujeciones mecánicas están basados en mitos, en creencias, no en la realidad.

A continuación podemos enunciar algunos de estos mitos o “creencias”, seguidos de un desmentido avalado por los estudios y experiencia de la Fundación Cuidados Dignos:

“El uso de sujeciones previene de caídas y lesiones resultantes”

Las personas a las que se les imponen sujeciones presentan el mismo riesgo de caídas, o mayor, que aquellas que no las utilizan.

Los centros donde se utilizan sujeciones experimentan una mayor incidencia de lesiones graves como consecuencia de caídas.

El uso de sujeciones aumenta la fragilidad del paciente, aumentando el riesgo de caídas.

“Las sujeciones corrigen la postura”

Un mobiliario correctamente diseñado y adaptado a las necesidades del paciente corrige mejor su postura

¹ <http://www.navarra.es>

“Las sujeciones previenen la deambulaci3n con riesgo”

No existe la deambulaci3n “sin riesgo”. Las medidas de seguridad y el dise1o de espacios “seguros” son m1s eficaces. Los pacientes a los que se les permite deambular mejoran la potencia muscular, mejoran el equilibrio y “saben caerse”. Estos pacientes presentan una deambulaci3n “m1s segura”.

“Las sujeciones previenen la interferencia con el tratamiento m3dico”

Las sujeciones producen tal cantidad de efectos secundarios que son “ellas” las que interfieren en el tratamiento.

“La falta de personal id3neo hace necesario el uso de sujeciones”

No existe personal NO ID3NEO, sino personal NO FORMADO.

“Atender a las personas es m1s f1cil y se realiza de forma m1s eficiente mediante el uso de sujeciones”

Las sujeciones crean mayor dependencia en el paciente, necesitando 3ste mayor cuidado por parte del personal sanitario. El uso continuado de sujeciones denota una falta de eficiencia:

- 1) Provoca en el paciente efectos adversos f1sicos, psicoemocionales y sociales
- 2) Puede constituir una violaci3n de los derechos fundamentales
- 3) Provoca efectos negativos en los profesionales de la salud

“Los centros que utilizan sujeciones son menos vulnerables a las sanciones legales”

Las experiencias en otros pa1ses indican que:

- a) Han prosperado pocas denuncias bas1ndose en el no uso de sujeciones. El uso de sujeciones S1 aumenta el riesgo de denuncias
- b) Una correcta gesti3n y documentaci3n del “control de sujeciones” o de su “no uso” protege frente a posibles denuncias
- c) Los centros y el personal pueden ser considerados responsables cuando se utilizan las sujeciones por propia comodidad

“Las familias exigen una atenci3n exenta de riesgos y prefieren el uso de sujeciones”

Las familias acaban aceptando las sujeciones porque no se les ofrecen otras alternativas y por lo tanto se basan en la creencia de que no se puede cuidar de otra manera, pero cada vez son m1s las familias que optan por escoger el “riesgo controlado”

3. LA RESIDENCIA Y EL CENTRO DE D1A DE TORREZURI

Este centro vizca1no ha sido pionero en el abordaje del problema de las sujeciones y restricciones en centros para mayores.

Abierto este debate en diferentes congresos y realizadas diversas investigaciones, llegaron a una serie de conclusiones sobre los beneficios que podr1an derivarse del NO uso de sujeciones f1sicas y qu1micas. Desarrollaron nuevas formas de trabajo basadas en la mejora de la comunicaci3n con los residentes y sus familias, as1 como la identificaci3n de sus necesidades y expectativas. Este proceso les llev3 a un cambio

en la cultura asociada a los cuidados, buscando en todo caso la promoción de los derechos fundamentales de las personas dependientes.

Quedaron en evidencia, de este modo, los beneficios derivados del NO uso de sujeciones, que enumeran del siguiente modo:

Reducción de:

- Riesgo de caídas
- Úlceras por presión
- Autolesiones
- Infecciones
- Estreñimiento
- Atrofia y debilidad
- Riesgo de traumatismos en la piel
- Riesgo de contracturas musculares
- Riesgo de edema
- Riesgo de disminución de la densidad ósea (peores consecuencias en fracturas)
- Riesgo de sobrecarga cardíaca

Mejora de:

- Apetito
- Tono muscular
- Movilidad, coordinación y equilibrio

Desaparición de estados psico-emocionales ligados al uso de sujeciones:

- Agitación
- Agresividad
- Angustia
- Ansiedad
- Apatía
- Confusión
- Depresión
- Desesperanza
- Deterioro cognitivo

- Ira
- Miedo-pánico
- Trastorno confusional
- Vivencias y recuerdos traumáticos
- Sensación de atrapamiento

Desaparición de vivencias sociales ligadas al uso de sujeciones:

- Vergüenza-humillación
- Sentimientos de aislamiento y deshumanización
- Pérdida de autonomía y mayor dependencia
- Recuperación del rol social dentro del grupo de usuarios (recuperación de la "imagen social").

Después de una rigurosa intervención multidisciplinar en el centro, que permitió eliminar las anteriores prácticas restrictivas, han podido concluir que los resultados finales mostraron:

- Una mejora del equilibrio,
- Una importante reducción del número de caídas y la práctica desaparición de caídas con consecuencias graves,
- La mejora en el estado de salud con el consecuente aumento de satisfacción tanto de los usuarios como de sus familias,
- Una sensible disminución del burn out del personal auxiliar.

En 2007 CEOMA reconoció la "Residencia y Centro de Día Torrezuri" como Primer Centro del Estado Libre de Sujeciones.

4. LA FUNDACIÓN DE CUIDADOS DIGNOS

Nace de la mano del Grupo Torrezuri y del deseo de un conjunto de profesionales de la

geriatría y la gerontología de promover la ética y la dignidad en los cuidados que diariamente reciben las personas mayores dependientes, así como la individualización y personalización de dichos cuidados.

Esta fundación ha puesto en marcha una interesante iniciativa, la "Norma Libera-Ger", encaminada a sensibilizar y promover el desarrollo de la calidad de vida de las personas dependientes entre los diferentes agentes sociales que están en contacto con ellas (profesionales del cuidado, familiares y organismos públicos). Han investigado, creado y difundido nuevos métodos de cuidados que promuevan los derechos fundamentales de las personas y favorezcan la orientación de los centros socio-sanitarios hacia el cuidado centrado en las necesidades de la persona cuidada, en base a su derecho a tener un trato personalizado en función de sus deseos, inquietudes y necesidades, de forma que el centro se convierta en "su hogar".

La Norma Libera-Ger² contiene un conjunto de principios generales que permiten implantar y evaluar un pionero sistema de gestión y control de sujeciones en centros de atención socio-sanitaria. La norma proporciona las reglas que han de seguirse para garantizar una rigurosa gestión de las sujeciones restrictivas y la posibilidad de su eliminación (sin abandonar la seguridad de la persona dependiente) en el centro o módulo en el que se desee implantar.

Esta norma, desarrollada por la Fundación Cuidados Dignos, que ha contado con aportaciones de expertos nacionales e internacionales, está basada en una metodología propia

de gestión Libera-Ger. Está siendo implantada con éxito en diferentes centros residenciales y permite de manera voluntaria recorrer las tres fases de certificación de que consta:

Fase I: Inicio

La organización se forma y sensibiliza hacia el no uso de sujeciones

Fase II: Centro reduciendo sujeciones / Centro con control de sujeciones

Cambia la cultura de la organización hacia una cultura de no sujeciones

Fase III: Centro no sujeciones

La organización se siente segura, siente que no necesita usar sujeciones, y genera alternativas desde una mentalidad de no sujeciones

La Norma Libera-Ger es elástica y flexible, adaptable al centro, a sus posibilidades y necesidades. Se trata de una metodología que se convierte en norma para ser certificable y así suponer una nueva propuesta de calidad en los cuidados. Que se convierta en norma permite garantizar su correcta implantación mediante la evaluación y supervisión por parte de ENAC (Entidad Nacional de Acreditación).

La Fundación Cuidados Dignos ha capacitado y homologado a las consultoras Claun, Gerokon, Matía Innova, Tioman & Partners y Torrezuri Gerovida Consulting para que puedan asesorar a los centros residenciales que quieran reducir las sujeciones, tanto físicas como farmacológicas, de los centros residenciales y acceder a la Certificación.

Ahora, tras un proceso formativo en el que

² http://www.cuidadosdignos.org/norma_libera_ger.html

han participado quince consultores de las mencionadas entidades, se comienza en 2011 a implantar la norma en diferentes centros de la geografía española que han mostrado su interés en reducir y si es posible suprimir, todo tipo de sujeciones tanto físicas como farmacológicas.

5. ES MOMENTO DE CAMBIO

En 1999 se publica el primer libro en castellano en materia de sujeciones³. Está pensado desde y para pacientes internados en instituciones sanitarias. Señala la importante incidencia de esta situación, no sólo en nuestro país, que llega a alcanzar cifras tales como el 30% de los pacientes psiquiátricos atendidos en los servicios de urgencias, o el 59% en las residencias de ancianos.

La literatura especializada, las revistas de divulgación, los programas de I+D+i, se hacen eco del necesario cambio de mentalidad y de su traducción en las normativas de las administraciones públicas competentes.

“Importantes organismos públicos consideran que el uso continuado de sujeciones restrictivas supone una vulneración de los derechos fundamentales. Así lo dicen los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, que señalan que

«no se someterá a ningún paciente a restricciones... salvo conforme a los procedimien-

tos oficialmente aprobados y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros... El paciente será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal cualificado...».

Entre los países con una legislación más exigente se encuentran Japón y Estados Unidos, en los que la disminución en el uso de sujeciones está amparada por cambios legislativos. Alemania, Austria, Dinamarca o Países Bajos también se encuentran en vanguardia. En España, el Defensor del Pueblo del País Vasco escribió el año pasado que

«las sujeciones son algo que vulnera un derecho fundamental, como es el derecho a la libertad. Utilizadas en exceso o de forma inadecuada pueden ser interpretadas como una forma de abuso, negligencia o maltrato».

En la misma línea se manifiestan diversas leyes y decretos de los servicios sociales autonómicos en Cantabria, Cataluña, Navarra⁴ o Valencia. Pero no existe legislación a nivel estatal. Por otro lado, cada vez más expertos privados coinciden en que cuidar sin sujeciones contribuye a considerar al paciente como una persona libre y con derechos, y evita efectos adversos a nivel físico y psicológico.

Por eso vale la pena dar pasos inteligentes para

³ Jesús A. Ramos Brieva. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Ed. Masson. Col. Psiquiatría Médica. Madrid. 1999.

⁴ El Gobierno de Navarra ha aprobado recientemente el Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra (BON nº 204 de 14-10-2011). La norma, que desarrolla el artículo octavo de la Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, tiene por objeto eliminar, al máximo, este tipo de sujeciones, ya que su uso excesivo puede provocar depresión, ansiedad, desorientación, incontinencia o llagas entre los destinatarios, además de vulnerar derechos fundamentales y principios constitucionales, como el derecho a la libertad física, a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, y al libre desarrollo de la personalidad. Como novedad, los profesionales deberán informar de sus posibles efectos negativos a los usuarios, quienes podrán oponerse a su aplicación.

ir eliminándolas. Pasos que requieren un cambio cultural a nivel estratégico y de los sistemas de gestión, que va unido a valores como el respeto, la atención individualizada o la dignidad de los cuidados a personas dependientes. Y que no tiene por qué estar reñido con su seguridad⁵.

Tampoco faltan llamadas de atención sobre los riesgos inherentes a la práctica de las restricciones físicas, como la realizada por E. Fariña⁶, que realiza una revisión de la literatura científica nacional e internacional para identificar los principales problemas de seguridad y las recomendaciones que se han hecho para evitarlos. Se documentan ampliamente los riesgos de asfixia mecánica, la muerte súbita y otras posibles lesiones por caídas, golpes, quemaduras o aspiración. La falta de estudios sobre esta materia en nuestro país la atribuye al desconocimiento de esta problemática por parte de los profesionales, lo que les lleva a sobrevalorar la utilidad de los dispositivos de sujeción y subestimar el peligro que supone su aplicación.

Afortunadamente, poco a poco ya se van viendo en los medios de comunicación noticias relativas a los centros residenciales que van cambiando hacia la cultura de la NO sujeción, como fruto de las actividades formativas ya en curso⁷:

- El pasado 10 de febrero MATIAINNOVA, entidad que colabora con la Fundación Cuidados Dignos en el Proyecto Libera-Ger como consultora homologada en asesoramiento a centros residenciales en la reducción del uso de sujeciones, celebró una jornada de presentación de la

Norma Libera-Ger en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

- Los Defensores del Pueblo reciben a la Fundación Cuidados Dignos y su Proyecto Libera-Ger. Durante los meses de febrero y marzo, la Fundación Cuidados Dignos ha realizado una serie de visitas con el objetivo de establecer relaciones de colaboración con el Defensor del Pueblo Andaluz, D. José Chamizo de la Rubia, El Justicia de Aragón, D. Fernando García Vicente y la Defensora del Pueblo en funciones, Dña. M^a Luisa Cava de Llano y Carrió.

Mediante estas visitas, la Dra. Ana Urrutia Beaskoa, presidenta de la fundación, presentó a los máximos responsables de las respectivas Oficinas del Defensor del Pueblo tanto la propia fundación como el proyecto en el que actualmente están centrando su actividad.



La Defensora del Pueblo en funciones, Dña. M^a Luisa Cava de Llano y Carrió, junto con el Defensor Adjunto, Manuel Aguilar Belda, recibieron a la Dra. Ana Urrutia el pasado 9 de marzo en su sede en Madrid. Los responsables de la Oficina del Defensor mostraron gran interés tanto por

⁵ F.Abad en revista Lares, nº 36, dic. 2010

⁶ E. Fariña-López. "Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores". Revista Española de Geriatria y Gerontología. Enero-febrero 2011.

⁷ http://www.laresfederacion.org/images/stories/Lares_Navarra_y_sujeciones.pdf
<http://www.cuidadosdignos.org/blog/category/noticias-de-la-fundacion/>

los objetivos de la Fundación como por los avances realizados por ésta con su Proyecto Libera-Ger para extender la Cultura No Sujeciones en todo el estado y al que diversas organizaciones sociosanitarias de la Comunidad Autónoma del País Vasco, así como de Madrid, Cataluña, Andalucía,... ya se han sumado.

El Defensor del Pueblo Andaluz, D. José Chamizo de la Rubia, también mostró gran interés por el Proyecto Libera-Ger en la visita que la fundación realizó a Sevilla el 17 de febrero, así como su disposición a colaborar en la realización de una jornada de sensibilización sobre la racionalización y disminución del uso de las sujeciones.

Un acuerdo de colaboración surgido a raíz de estas visitas es el alcanzado con El Justicia de Aragón, junto con el que la fundación ha creado el documento "CÓMO SE ELIMINAN LAS SUJECIONES: GUÍA PARA LA ELIMINACIÓN DE SUJECIONES FÍSICAS Y QUÍMICAS EN CENTROS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y DOMICILIOS" que actualmente se encuentra en proceso de edición y que El Justicia de Aragón publicará y presentará en breve.

En igual sentido tuvo lugar el pasado 2 de junio, en la oficina del Diputado del Común (Defensor del Pueblo Canario) en Gran Canaria, una reunión con técnicos de diferentes instituciones canarias.

- 6 Mayo, 2011. El equipo de Montesclaros (Grupo GSR) ha iniciado la Fase II (Centro Reduciendo Sujeciones) unos días después de haber recibido la certificación de la Fase I (Inicio). El objetivo de esta fase es cambiar la cultura de la organización hacia una Cultura No Sujeciones y que el Equipo Líder adquiera las herramientas

necesarias para avanzar en el proceso de reducción de sujeciones que ya se ha iniciado.

- 10 de junio, 2011. La presidenta de la Fundación Cuidados Dignos, presentó en AMADE (Asociación Madrileña de Atención a la Dependencia) su metodología de reducción y eliminación del uso de sujeciones, conocida como la Norma Libera-Ger.

- 16 Junio, 2011. El equipo de la Residencia Geriátrica Los Llanos Vital de Alpedrete (Madrid), ha iniciado la implantación de la metodología Libera-Ger de la mano de Matia Innova.

- 15 Septiembre, 2011. Tras un año de investigación y puesta en marcha del método, la Residencia Geriátrica Adema se convertirá en el primer centro No Sujeciones de Andalucía certificado según la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos.

Esperemos contar, a corto plazo, con una base de datos de "Centros libres de sujeciones".



Para la Dependencia

