

HACIA UN NUEVO MODELO DE ALOJAMIENTOS.

Las residencias en las que queremos vivir

Pilar Rodríguez Rodríguez, Presidenta de la
Fundación *Pilares para la autonomía personal* (Octubre, 2011)



SUMARIO

1. El contexto internacional.

2. *Housing*. Conceptualización y desarrollo.

3. La oferta de residencias y otros recursos formales de atención en España.

4. El modelo de atención integral centrada en la persona

5. Perspectivas de futuro.

5.1. Avanzar progresivamente en el cambio de modelo en las residencias existentes.

5.2. Convertir parte de las residencias existentes en centros sociosanitarios de corta y media estancia.

5.3. Diseñar nuevos modelos de alojamiento para personas en situación de dependencia.

Referencias bibliográficas

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 tecnologías y TIC, para que las personas puedan hacer realidad 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 (socio sanitaria 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 diferentes 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 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 en España hace apenas veinticinco años, coincidiendo con el inicio de la democracia. Puede 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.

SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA EVOLUCIÓN DEL NUMERO 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 Imsero, 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 “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. 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 expertos 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 (Imserso, 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 debieran reunir las residencias para resultar más atractivas a sus potenciales destinatarios, se muestran algunas en el cuadro siguiente, también deducidas de resultados de investigación:

- | |
|--|
| <p>⇒ Ubicación en los entornos de procedencia para mantener vínculos y redes sociales.</p> <p>⇒ 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</p> <p>⇒ Flexibilidad horaria para levantarse o acostarse, para las comidas, para salir y entrar, etc.</p> |
|--|

- ⇒ 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:

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.

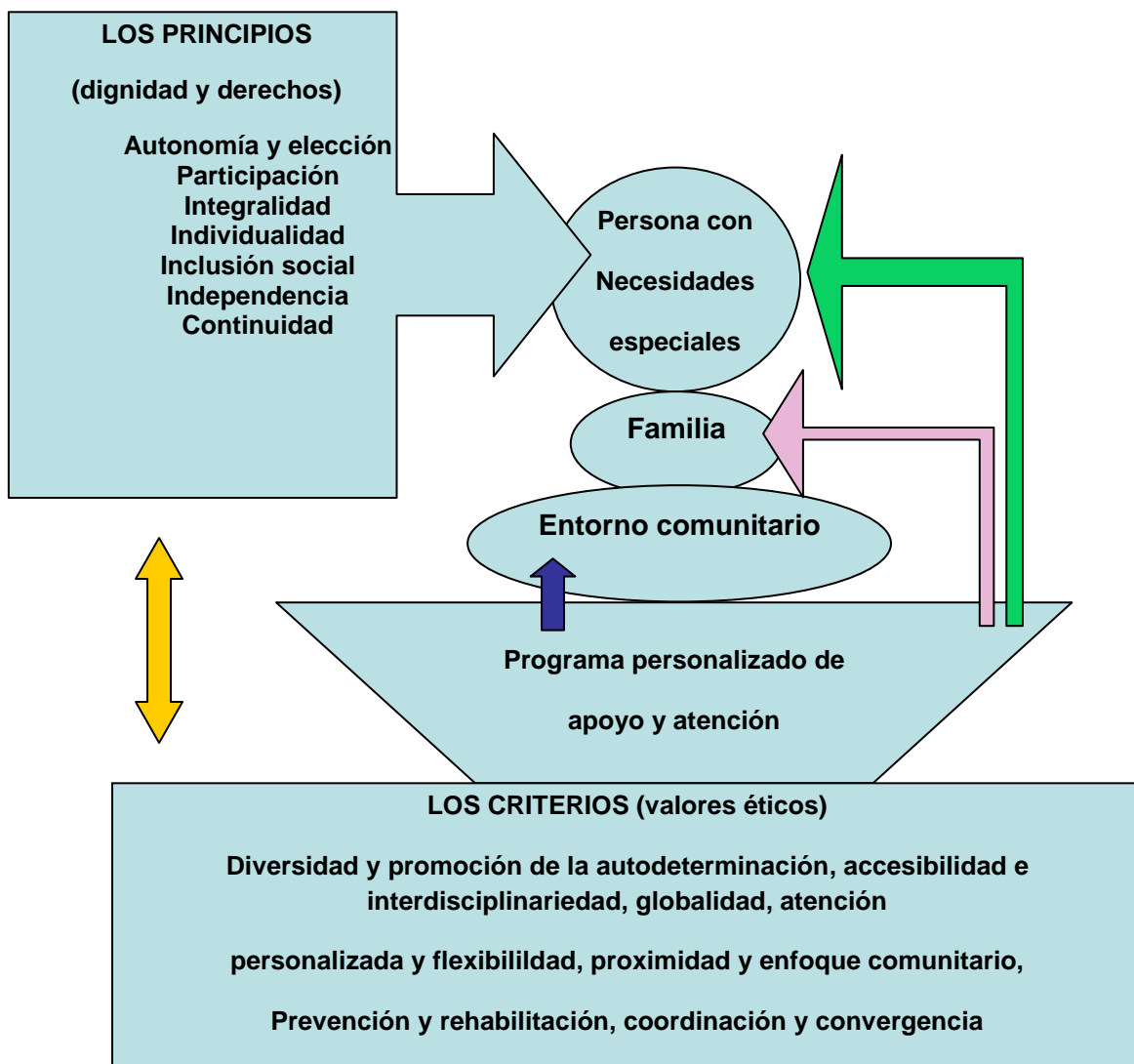
Como corolario del fundamento científico referido, el modelo de atención integral centrada en la persona se asienta en un conjunto de **principios** esenciales. Éstos hacen referencia a las personas a las que se dirigen los programas y al respeto de sus derechos fundamentales y sociales y sientan la 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 promuevan 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 una discordancia clara entre gran 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 científica 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 cursillos 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 se entregará a las personas residentes y a sus familiares a su llegada al centro. Esta carta de derechos también se entregará al personal de todas las categorías y figurará en un lugar visible del alojamiento para general conocimiento. Además, su contenido estará 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 indicaban 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 persona. Estas guías pueden redactarse, bien por la propia organización de la que depende el alojamiento o bien ser 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 debiera 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 contruidos 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 existe 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, Victor 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, preferiblemente, 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 SAN 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 Geriátría de la Cruz Roja. Madrid*.

Hoeffler, 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*. Croom 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 medio 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.