

IDEAS Y PROPUESTAS PARA

UN NUEVO MODELO RESIDENCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

residencia su casa



ASOCIACIÓN ESTATAL DE
DIRECTORES Y GERENTES EN
SERVICIOS SOCIALES

Redacción del documento:

Gustavo García, José Manuel Ramírez, Ana María Aranda y Andrés Rueda.



Contenido

Página | 1

1. EL NUEVO MODELO RESIDENCIAL COMIENZA EN CASA	3
2. UN SERVICIO DE PROXIMIDAD	4
3. AMBIENTE HOGAREÑO: SU CASA	6
Habitaciones.....	6
Unidades de Convivencia	7
4. CONVIVENCIA FAMILIAR	8
5. ATENCIÓN PERSONALIZADA.....	9
El profesional de referencia	10
Plan de Atención y Vida / Historia de vida	10
6. RESPETAR LA DIGNIDAD DE LA PERSONA	11
Eliminar sujeciones.....	11
Sin infantilizar	12
7. COLABORACIÓN CON EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD	13
8. PLANTILLAS BIEN DOTADAS, CUALIFICADAS Y REMUNERADAS	15
Ratios suficientes	15
Salarios dignos.....	16
Cualificación y motivación.....	17
9. CALIDAD, CALIDAD, CALIDAD	18
10. ¿UN FUTURO SIN CENTROS RESIDENCIALES?	19
Flexibilizar las normas.	19
EPÍLOGO: LIDERAZGO PÚBLICO.....	21
ANEXO 1. ESCALA DE RESIDENCIAS.....	23
ANEXO 2. SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA.....	25

Ideas y propuestas para

UN NUEVO MODELO RESIDENCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Pocos servicios han registrado tantos cambios en tan poco tiempo, como los centros residenciales para personas mayores. Desde los tradicionales asilos “para ancianos desamparados”, restos de un sistema benéfico que llegaron hasta finales del siglo XX, pasando por los grandes centros propios del desarrollismo tardofranquista, a los pequeños establecimientos de aire hotelero para “quienes no necesiten apoyo de terceras personas”, que se prodigaron en los años 90, hasta el modelo actual de centros altamente institucionalizados para una población cada vez de edad más avanzada y con mayor necesidad de cuidados. Todo ello en una sola generación. Prueba evidente de la capacidad de adaptación de estos centros al ritmo que demanda una sociedad cambiante, como la que nos está tocando vivir.

Ahora se les exige un nuevo impulso de adaptación. Por un lado, el incremento de las expectativas de vida aumenta las situaciones de dependencia. Por otro, la sociedad sigue cambiando a ritmo acelerado, y las personas mayores demandan otras formas de atender sus necesidades ante sus limitaciones funcionales. En primer lugar, ser atendidas en su propio domicilio, en su entorno habitual de convivencia, siempre que sea posible; nadie quiere vivir institucionalizado, y se reivindica el derecho a la atención personalizada, a decidir sobre su propia vida.

Existe amplio consenso en considerar que el actual modelo residencial no responde y debe adaptarse a estas expectativas. En líneas generales es excesivamente institucionalizador, masificado, con poco margen para el desarrollo del proyecto vital que cada persona decida. Un modelo sobreprotector que, en aras de la salud y del bienestar físico se olvida, con frecuencia, de otros aspectos que hacen que las personas sean más o menos felices, y que da sentido a sus vidas. No solo vivir, sino motivos para vivir, para seguir disfrutando de la vida y de la convivencia en función de los deseos y expectativas de cada persona.

Por eso se habla de una Atención Integral Centrada en la Persona. Que no sea la persona quien se tenga que adaptar a la vida colectiva en una institución, sino que sea el centro o el servicio el que se adapte a las expectativas y deseos de cada persona. Superar un modelo asistencialista, que solo busca compensar limitaciones funcionales de las personas, por otro que refuerce sus capacidades para decidir y actuar de acuerdo a sus decisiones.

En el marco de una alternativa impulsada por la Unión Europea

Los retos que supone este profundo cambio de modelo de la atención residencial se han de afrontar atendiendo a los criterios establecidos por la Unión Europea en el Pilar europeo de derechos sociales en términos de *accesibilidad, calidad y sostenibilidad*, y en los valores europeos comunes sobre dignidad, igualdad y respeto por los derechos humanos que deben servir de guía a nuestras sociedades para desarrollar estructuras de cuidados sociales y ayuda adaptadas al siglo XXI.



Un sector heterogéneo

En España partimos de importantes diferencias territoriales, que pueden traducirse en diferentes niveles de calidad de prestación del servicio de atención residencial, como refleja el Informe del IMSERSO “Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España”¹. El panorama que dibuja de las residencias es muy heterogéneo, en cuanto a características de las residencias: tamaño, titularidad, financiación pública o privada, precios, índices de cobertura y ocupación, instalaciones, características de las habitaciones, atención sanitaria que ofrecen, profesionalidad de la gestión..., con diferencias notables en hábitat rural vs urbano.

Con un gran impacto económico y sobre el empleo

389.000 personas mayores viven en residencias en España. Y son 180.000 las personas que trabajan en esos centros, lo que representa un 1,7% de la población ocupada. Su impacto económico es de casi 5.000 millones de euros anuales, lo que supone un 0,4% del PIB. Datos que ponen de manifiesto la importancia de este sector como alternativa para cientos de miles de personas mayores y sus familiares, y también en su dimensión económica y el empleo.

Se trata de un sector claramente feminizado (83% de mujeres); y la mayor parte de los puestos están en el sector privado (80%). De hecho, el crecimiento experimentado por el empleo en este sector en los últimos años se debe fundamentalmente al sector privado².

En este escenario es en el que la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Social aporta ideas y propuestas para contribuir a la necesaria transformación del modelo de cuidados residenciales en España.

1. EL NUEVO MODELO RESIDENCIAL COMIENZA EN CASA

El nuevo modelo residencial comienza en casa. Porque como en casa, en ningún sitio. Y casi todas las personas deseamos vivir en nuestra propia casa el mayor tiempo posible. Las estadísticas dicen que solo un 4% de las personas mayores que viven en residencias están allí por voluntad propia, lo que debería llevar a pensar qué es lo que ha forzado a recurrir a una solución tan poco satisfactoria como abandonar su casa por un centro residencial, para recibir las atenciones que necesitan.

Ofrecer los servicios que una persona necesite en situaciones de dependencia, para que pueda vivir dignamente en su casa, debe constituir la prioridad de los servicios sociales. Desde adaptaciones del hogar o viviendas alternativas en caso de que no fuera posible, a servicios diversos y flexibles en función de las necesidades de cada persona, y el uso de las tecnologías que hoy permiten superar muchas de las limitaciones o atender a las necesidades de apoyo de las personas. Siempre que sea posible, **La mejor alternativa residencial es su casa.**

1 IMSERSO. Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España. Informe a 31/12/2019. https://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/2019/index.ht

2 ELOÍSA DEL PINO et al (2020) Informe *Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid



Hay que abandonar los estrechos límites del servicio de ayuda a domicilio, y articular una oferta flexible de servicios adaptadas a las específicas necesidades de cada persona en cada momento. Así debe empezar la **Atención integral centrada en la persona (AICP)**. El modelo tradicional ofrece a las personas elegir entre una oferta muy reducida y compartimentada de servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, centro de día, residencia), algunos de los cuales son compatibles, pero otros no, o su compatibilidad es muy limitada. En el caso de las residencias, su única flexibilidad suele ser las estancias temporales. La AICP requiere que, en lugar de optar por uno y otro servicio, se establezca, siempre de acuerdo con la propia persona, aquellas atenciones que necesite en un determinado momento, utilizando recursos de los diferentes servicios; un plan auténticamente personalizado. Y que este plan tenga capacidad de adaptarse, con la suficiente agilidad, al ritmo cambiante de las necesidades de la persona. Sólo así la alternativa de permanecer en su propia casa será una realidad.

Para eso son necesarios importantes cambios en la actual normativa. De manera que las prestaciones de la dependencia no se conciban como la opción por uno u otro servicio de su catálogo, sino como un servicio integral. Y que se puedan adaptar sin necesidad de procedimientos complejos que supongan renunciar a un servicio y solicitar otro nuevo.

El trabajador social de los servicios sociales básicos deberá asumir las funciones de Gestor de Caso que requiere la complejidad de abordaje de los apoyos a las personas en situación de dependencia, sus relaciones con la familia y la comunidad, así como la interacción con los diversos profesionales o servicios que deban intervenir. Una complejidad que puede desbordar la capacidad de gestión del profesional de referencia en los servicios sociales básicos o comunitarios, por lo que, bajo su supervisión, pueden ser encomendadas a otros profesionales, especialmente en el caso del ingreso de carácter permanente en un centro residencial, pudiendo asumir las funciones de gestor de caso alguno de sus profesionales.

El Gestor de Caso dará soporte técnico a los profesionales de atención directa, realizará la coordinación con el sistema público de servicios sociales y del sistema sanitario, y la gestión de oportunidades en la comunidad de las personas usuarias de los centros y de los servicios. Realizará en ese sentido, labores de programación, coordinación, evaluación y seguimiento de todas las actuaciones del resto del personal sobre la atención prestada a las personas usuarias de los centros.

2. UN SERVICIO DE PROXIMIDAD

Las personas mayores tienen todo el derecho a seguir disfrutando de la vecindad, en el entorno donde tienen sus referencias. El derecho y la necesidad. Resulta cruel que tengan que desarraigarse y perder sus referencias en su edad más adulta. Y la crueldad es mayor si la residencia está en un lugar distante a donde viven sus familiares o personas allegadas, dificultando el contacto con ellos.

Consideramos los centros residenciales como servicios de proximidad. Como un domicilio, para que las personas residentes puedan sentirse habitantes de un lugar con vida vecinal. Ubicar las residencias en lugares alejados es excluir a las personas mayores de la vida local. No vale el argumento de que son lugares tranquilos, en espacios con encanto, con buenas vistas... Las personas mayores necesitan la proximidad de sus seres queridos, necesitan ver, sentir y participar

1

Adaptar la normativa del Sistema de Atención a la Dependencia para que el PAI sea una herramienta flexible que incorpore todos los servicios que una persona pueda necesitar, y que se pueda adaptar de manera inmediata a las necesidades cambiantes de la persona



de la vida vecinal. Sentirse habitantes de algún lugar, y convivir con personas de todas las edades, no solo con personas de su edad y con sus cuidadores.

Aunque todas las instituciones hablan de “nuestros mayores” con tanto aprecio y ofreciendo toda la atención que necesiten, lo cierto es que muchos Ayuntamientos se han olvidado y se olvidan de “sus mayores” en el planeamiento urbano. Resulta difícil, en algunos casos imposible, encontrar espacios en zonas con buenas condiciones de vecindad, espacios céntricos o en barrios consolidados, para uso residencial en muchos municipios. En esas condiciones, no existen plazas residenciales o las pocas que existen, si son de iniciativa privada, pueden pedir por ellas precios tan elevados que resultan imposibles para muchas personas mayores o sus familias. Ese es el motivo de que tengan que buscar una residencia fuera de su localidad, a veces distante, lo que les priva de sus referencias de toda la vida y de la proximidad del contacto familiar; las visitas ya no pueden ser tan frecuentes como la persona mayor necesita y desea. Simple y llanamente: algunos ayuntamientos expulsan a sus vecinos y vecinas de más edad, cuando necesitan mayores cuidados.

2

Incorporar al planeamiento urbano la exigencia de disponer espacios en zonas habitadas y accesibles para las alternativas residenciales a personas en situaciones de dependencia. Informes de impacto convivencial del planeamiento, que aseguren esta reserva de suelo

Para eso es necesario que en el planeamiento urbano se exijan informes de impacto convivencial que tengan en cuenta esta necesidad de equipamientos residenciales de proximidad. Los servicios sociales deben tener protagonismo en las Comisiones de Ordenación del Territorio, como venimos proponiendo desde hace tiempo por esta y por otras cuestiones que no solo tienen que ver con la necesidad de equipamientos.

La pérdida de vecindad como expresión de la pérdida de ciudadanía. Más allá de mensajes compasivos, parece que no gusta tener a “nuestros mayores” cerca. Es la dura realidad en algunas localidades.

Hay que evitar el aislamiento, facilitando la integración de la residencia en la vida vecinal y comunitaria, de ahí la importancia de su ubicación en entornos urbanos. La participación comunitaria debe entenderse dentro del contexto de la localidad, del pueblo, barrio o ciudad, no confinada en un centro con un horizonte de vida plana y de relaciones sociales compasivas e infantilizadoras.

3

La normativa de autorización de centros residenciales debe contemplar su ubicación en centros urbanos habitados y accesibles. Este requisito debe exigirse también para la concertación de plazas de financiación pública.

Las residencias como servicios de proximidad, deben constituir también un centro de servicios para el entorno, ampliando y complementando los servicios domiciliarios. Deberían ofrecer servicios en el centro a personas que viven en sus domicilios cercanos en el barrio, pueblo o comarca, como estancias diurnas, comedores y servicios de rehabilitación con sus instalaciones específicas y sus profesionales. Pero también puede ser un centro de servicios a domicilio, desplazando a él a sus profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales...), o llevando servicios materiales de comida o lavandería a domicilio, transporte adaptado...

Y, por supuesto ofrecer, todas las modalidades de estancias temporales para convalecencia o rehabilitación, por respiro familiar o por evitar la soledad de las personas mayores en determinados momentos o circunstancias.

4

Facilitar normativamente que los centros residenciales puedan prestar servicios materiales y profesionales en el entorno.

Que el propio centro sea multiservicio para que puedan extenderse sus servicios a las personas del entorno que lo necesiten para que puedan continuar con su vida en su domicilio, rompería la radical separación entre servicios domiciliarios y servicios residenciales, pudiendo ser unos complemento o continuación de los otros, una condición indispensable para una atención integral centrada en la persona, y no en el servicio. La normativa de estos centros debe facilitar, en consecuencia, el carácter multiservicios de los centros residenciales, en su proyección al entorno.

La integración en el entorno y el carácter abierto de los centros requiere también que estén abiertos a la participación, con órganos efectivos en los que tengan presencia, además de la dirección del centro, las propias personas residentes, sus familiares, los y las trabajadores/as y también representantes de la administración, a ser posible la más próxima al entorno (ayuntamiento, comarca, barrio...). Esa participación, además de democratizar los centros, refuerza su carácter abierto y su integración en el entorno.

5

Establecer órganos de participación con la dirección del centro, y representantes de residentes, familiares, trabajadores/as y de la administración local.

3. AMBIENTE HOGAREÑO: SU CASA

Las residencias tienen que dejar de ser edificios mimetizados de los centros hospitalarios u hoteleros, como ocurre actualmente, sobre todo en residencias de tamaño grande y mediano. Ya que las personas usuarias de las residencias no pueden permanecer en su casa, por distintas circunstancias, deben de tener la oportunidad de vivir en su propia vivienda, por lo que deberán contar con su espacio privado que reproduzca una vivienda (incluso con un equipamiento mínimo de frigorífico, horno-microondas y fregadero) y otro de relación con un grupo de personas a la escala de la familia que será la unidad de convivencia, que debe parecerse lo máximo posible a una casa, tanto en el ambiente, como en el número de personas con las que se relaciona (grupos de pequeño tamaño). En base a esto, el espacio físico deberá tener la escala y sesgo del hogar familiar, con un número limitado de personas, que siendo heterogéneas sigan siéndolo, sin otra limitación que la compatibilidad para la vida en común armoniosa.

6

Eliminar de la normativa de residencias los requisitos que no sean imprescindibles para la seguridad y la accesibilidad para personas con movilidad reducida en un domicilio.

Para lograr edificios de características hogareñas, hay que superar la actual normativa constructiva de carácter hospitalario que rige el diseño de los centros residenciales. Las normas arquitectónicas de los centros residenciales tienen que contemplar que cumplen su función de vivienda, garantizando la seguridad y la accesibilidad de las personas con movilidad reducida. Solo eso.

Habitaciones

Como se ha dicho, la habitación en los centros residenciales debe ser no solo el lugar para dormir, sino un espacio personalizado, que reproduzca, en lo posible, una vivienda. No es suficiente con poderla decorar a su gusto con alguna foto o algún pequeño objeto. Deberían permitir incluso llevar alguno de sus muebles, si lo desea. Todo para que ese espacio sea para la persona residente, y

también para sus familiares y personas allegadas, lo más parecido a una vivienda. Para eso son necesarias dos condiciones:

- Las habitaciones deben ser de uso individual. No se puede obligar a nadie a compartir habitación con otra persona, salvo que se trate de parejas que decidan ambos compartir ese espacio de intimidad. Eso supone que los centros deben disponer, al menos, del 75% de sus habitaciones para uso individual, ya que son muy pocos los matrimonios que llegan a los centros, o las personas que quieren compartir habitación. El porcentaje propuesto tiene carácter de mínimo, pero los centros, especialmente los de nueva construcción, deberían superar este porcentaje. 7
- Han de tener una superficie suficientemente amplia para ser algo más que un dormitorio, y permitir que el o la residente puedan hacer, siempre que puedan por sí mismos, o con sus allegados, un uso más hogareño de su habitación. Hablamos de una superficie óptima de 15 m² por habitación, y todas, por supuesto, con su propio baño independiente completo. Las habitaciones dobles tendrán, como mínimo, una superficie de 25m². 8

Los centros residenciales han de tener, como mínimo, el 75% de sus habitaciones de uso individual.

Las habitaciones individuales tienen que tener al menos 15m² de superficie, todas con vistas al exterior y con baño completo. Las dobles tendrán una superficie mínima de 25 m².

Unidades de Convivencia

Los espacios comunes de los centros deben superar la estructura funcional, en la que se diferencian los espacios para cada uso, e integrar en un mismo espacio todas las actividades de la vida diaria que, normalmente, se realizan en un domicilio; eso supone que la Unidad de Convivencia es el espacio para comer y también sala de estar, adaptándose a unos u otros usos a lo largo de la jornada, para sus usuarios y usuarias. Para eso deben incluir espacios adecuados de sala de estar, comedor, aseo e incluso un espacio de cocina para uso particular de las personas residentes y de sus familiares. Consideramos que el espacio de estas Unidades no debe ser inferior a 4 m² por persona usuaria. 9

La superficie de cada Unidad de Convivencia debe ser, como mínimo, de 4m² por persona usuaria.

Tanto su equipamiento como su mobiliario y decoración tienen que responder a las características hogareñas.

Cada Unidad tiene que tener su propia personalidad, en función de quienes la habitan, y adaptarse a su iluminación y a los usos que ellos mismos, en su día a día, vayan estableciendo. Las líneas rectas (sillones o mesas alineadas) resultan poco hogareñas, aunque sean funcionales. En ningún caso la ubicación de sus muebles se debe realizar pensando solo en facilitar el uso por parte de los trabajadores o profesionales. Son las personas residentes quienes se tienen que apropiarse y ordenar el espacio de sus Unidades de Convivencia en función de su vida cotidiana. 10

Las Unidades de Convivencia tienen que tener, como máximo, 15 residentes, siendo su número ideal menos de 12 personas.

Para facilitar una convivencia positiva, cada Unidad no debería tener más de 15 personas residentes y, si es posible, no superar las 12.

La adscripción a cada Unidad tiene que ser, en lo posible, de carácter voluntario, por afinidad. No se debe estructurar las Unidades y adscribir a las personas a cada una de ellas por grados de dependencia o por el nivel de deterioro o comportamiento. Sería inhumano.

11

Las Unidades de Convivencia, para que cumplan de manera eficaz su función, requieren un modelo de asignación de personal que evite continuas rotaciones por zonas o plantas de los centros con el único objetivo de equilibrar cargas de trabajo (se identifica a las personas usuarias según cargas de trabajo), sino asignar equipos de profesionales de atención directa estables en cada Unidad, para que conozcan bien a sus residentes y para que éstos puedan identificar y conocer a los profesionales que les atienden de manera habitual.

La adscripción de residentes a las Unidades de Convivencia ha de decidirla, en lo posible, la propia persona residente, por afinidades. No se deben organizar por niveles de dependencia o necesidad de cuidados.

Con ello, las Unidades de Convivencia pueden ser también el lugar para desarrollar actividades significativas con las personas residentes. Actividades de la vida cotidiana, motivadoras y con sentido, que incluyan los elementos terapéuticos que sean precisos. Frente a las tradicionales salas de terapias, donde el residente acude para realizar actividades grupales formalizadas, es su propia “casa”, su Unidad de Convivencia, el escenario para actividades que respondan a la experiencia y a los gustos de cada residente. Otro reto para una atención integral centrada en la persona, que las Unidades de Convivencia permiten realizar de manera efectiva.

Las Unidades de Convivencia son, sin duda, una de las señas de identidad del nuevo modelo residencial; rompen con los modelos institucionalizados, funcionalistas, y favorecen una convivencia más hogareña y desmasificada. Pero las Unidades de Convivencia, por sí solas, no son el nuevo modelo. Necesitan complementarse con otros cambios tanto en las estructuras físicas de los centros, alguno de los cuales ya hemos comentado, y con cambios en el funcionamiento, de los que hablaremos a continuación.

4. CONVIVENCIA FAMILIAR

Si el centro residencial ha de ser la casa de quienes lo habitan, esto supone que sus residentes puedan usarla, en lo posible, como su propio domicilio. Y en su domicilio puede entrar y salir con libertad, siempre que sus circunstancias personales lo permitan y, sobre todo puede recibir la visita de sus familiares y allegados siempre que lo desee.

La normativa de los centros debe favorecer las entradas y salidas de los residentes que estén en condiciones de hacerlo.

Y han de favorecer la convivencia familiar y las relaciones personales del residente. Eso supone eliminar normas que limiten el acceso de los familiares o allegados a la habitación del residente o a espacios comunes y servicios, así como las limitaciones horarias que no estén específicamente justificadas.

Las visitas de los familiares no pueden estar limitadas a las salas de visita ni a horarios estrictos.

Siendo la habitación el espacio más personal del residente, el acceso a la habitación es un derecho de cualquier persona o

12

Las visitas de familiares y personas allegadas no deben estar limitadas a salas de visita ni a horarios estrictos. Eliminar las restricciones que no estén estrictamente justificadas al acceso de los familiares a las habitaciones de los residentes y a los espacios comunes en cualquier momento del día.



visita que el residente desee recibir. Por supuesto, que las habitaciones sean individuales (o dobles si existe o se decide libremente esa convivencia con otra persona) facilita que sean lugares accesibles a los familiares y visitas del residente.

Hay que permitir que los familiares puedan conocer las cocinas y ver la comida que se elaboran, lo mismo que debería tener la oportunidad de conocer, siempre que lo deseen otros servicios del centro como la lavandería. Sin embargo, aún son muchos los centros que impiden el acceso de los familiares a esos espacios tan importantes para la calidad de vida del residente. No valen los argumentos de carácter sanitario o de seguridad para vetar el acceso a esos espacios. Sólo el sentido común, para evitar una presencia más prolongada de lo necesario o una intromisión en la labor de los trabajadores, puede dificultar las tareas que se realiza en esos servicios.

En el caso de las comidas, apostamos porque, como en cualquier domicilio, el residente pueda invitar a comer a sus familiares y allegados en el centro, para lo que debe contar con comedores para esa finalidad. Esto reforzaría el carácter hogareño del centro, favorecería el mantenimiento de la convivencia familiar y, en definitiva, un importante refuerzo del bienestar emocional del residente, que debe ser el objetivo principal de todas las actuaciones. Además de constituir un ejercicio de transparencia la presencia de los familiares en las comidas o que ellos mismos puedan comer lo que comen los residentes cualquier día, y no solo en fechas muy señaladas.

Acceso a las cocinas, posibilidad por parte de los familiares de ver el menú que se sirve en el centro, posibilidad de que los residentes opinen, propongan y valoran los menús para que respondan a sus gustos y a las tradiciones de su zona, facilitar que los familiares puedan comer en el centro... En definitiva, democratizar la cocina en las residencias.

13

Que los familiares puedan comer en el centro con la persona residente, contando con espacios que garanticen la intimidad en un acto social como es la comida.

¿Y, por qué no, el alojamiento de algún familiar en el centro, cuando la situación del residente pueda aconsejar esa presencia cercana? Hay experiencias en este sentido, que deberían extenderse y que contribuyen decisivamente a la apertura y transparencia de los centros y a su carácter hogareño, haciendo que los residentes no se sientan institucionalizados, sino que consideren el centro como su domicilio, un lugar donde pueden mantener su convivencia familiar y su proyecto vital.

14

Establecer servicios que favorezcan la convivencia familiar en condiciones de intimidad, incluido el alojamiento en el centro en circunstancias especiales.

5. ATENCIÓN PERSONALIZADA

Si las Unidades de Convivencia constituyen uno de los elementos más característicos del nuevo modelo, el tutor personal o profesional de referencia es otro elemento esencial de identidad de la atención personalizada.

El profesional de referencia

El profesional de referencia es un nuevo rol que debe ser asumido por los profesionales del equipo técnico del centro, y también por aquellos/as auxiliares o gerocultores/as que tengan capacidad para ello. En su función de profesional de referencia, cada uno de estos trabajadores ha de trascender el específico rol profesional, para ver a la persona como tal, con una perspectiva integral, estableciendo un vínculo afectivo y de respeto, que permita conocer su historia de vida, sus deseos, expectativas y proyectos vitales para incorporarlos, como referencia esencial, en toda la intervención profesional y en la planificación de los cuidados en el centro.

15

El profesional de referencia debe ser un rol en todos los centros, asumido por el personal técnico y gerocultores o auxiliares. Cada profesional de referencia tendrá su cometido sobre no más de 5 personas residentes.

El profesional de referencia, sea cual sea su específico rol profesional, debe ser un referente del equipo técnico cuando se elabore o se realice el seguimiento y revisión del Plan de Atención y Vida y del Plan de Cuidados de la persona residente, de manera que se tenga en cuenta la visión global de la persona, sus expectativas y deseos, y no solo su diagnóstico parcial de cada una de las disciplinas que forman parte del equipo.

En nuestra opinión, el rol de profesional de referencia no debe estar reservado exclusivamente al personal técnico, sino también a aquellos auxiliares o gerocultores que tengan capacidad para asumirlo, ya que no exige especialización técnica, sino capacidad de empatizar y ver a la persona como tal, más allá de cualquier circunstancia o necesidad específica. Con eso, los gerocultores o auxiliares, figuras clave en los cuidados que ofrece un centro residencial, adquieren un papel relevante en el diseño de las intervenciones con las personas a las que cuidan, además de incrementar su satisfacción laboral.

Su participación como profesional de referencia es también necesaria, ya que para que este rol se desarrolle de manera adecuada, un profesional no puede ser referente o tutor de un grupo numeroso de residentes. Más de 5 convertirían al profesional de referencia en una figura vacía de contenido.

Este profesional de referencia lo será también para el contacto cotidiano con la familia, que debe ser siempre un actor relevante en el devenir de la vida de la persona que reside en el centro.

Plan de Atención y Vida / Historia de vida

Los planes de cuidados en los centros residenciales no se pueden reducir a acciones paliativas para compensar sus dificultades funcionales. Deben contemplar también el proyecto de vida que la persona desea mantener o desarrollar. El objetivo es ofrecer el más amplio espacio de decisión a cada persona para que la vida en el centro siga siendo significativa, de acuerdo a sus propias expectativas; y apoyarla en todo lo que necesite para que sea así.

16

La Historia de Vida debe ser una herramienta habitual en los centros residenciales, para conocer a la persona y para la continuidad de su trayectoria vital en el centro.

Un complemento necesario para elaborar estos planes en los que el residente plasme su proyecto de vida es elaborar con él o ella y, en su caso, con la colaboración de sus familiares o personas allegadas, su Historia de Vida. Corresponde al profesional de referencia elaborar la Historia de Vida del residente, como documento que refleje los momentos más significativos de su trayectoria vital,



sus recuerdos, sus referentes familiares, sus amistades, su actividad profesional, los lugares significativos, sus gustos...

La Historia de Vida permite conocer a la persona, ver en cada una un ser singular, con una trayectoria vital que la hace única. Deja de ser “un usuario”, “un paciente”, “un número” ..., para ser una persona concreta con una experiencia única. Una Historia viva que continúa en el propio centro y que se enriquece con nuevos momentos y personas. Una Historia imprescindible de conocer para poder prestar una atención personalizada y para que la persona pueda dar continuidad en el centro a su trayectoria vital.

6. RESPETAR LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

Ni las situaciones de gran dependencia y de necesidad de cuidados, ni el deterioro cognitivo más grave, justifica que se atente contra la dignidad de las personas. Por el contrario, es en esas situaciones cuando las personas que les cuidan deben extremar el respeto a su dignidad, evitando actuaciones o comportamientos denigrantes.

Hay dos situaciones que se producen con relativa frecuencia en los centros residenciales y que, por dignidad de las personas, deben ser erradicadas: las sujeciones físicas o farmacológicas y la infantilización.

Eliminar sujeciones

El uso habitual y continuado de sujeciones físicas o farmacológicas en personas en situación de dependencia constituye un auténtico maltrato y es un atentado a su dignidad. Resulta denigrante la imagen de pasillos, salas de estar o comedores de un centro residencial, llenos de personas en sillas de ruedas sujetas con un cinturón; podría ser la imagen emblemática de un modelo que es necesario superar. Menos visible, pero no por ello menos denigrantes, son las sujeciones en la cama, con diversos dispositivos que impiden a la persona moverse o acceder a partes de su cuerpo.

No son las sujeciones mecánicas (cinturones, petos, muñequeras, barandillas...) la única forma de “atar” o sujetar a una persona. El uso abusivo de fármacos es otra forma de anular la capacidad de la persona para moverse, otra forma cruel y denigrante de sujeción.

Está demostrado que el uso de sujeciones no reduce el riesgo de caídas, y que se puede garantizar la seguridad de la persona y de los demás, sin necesidad de usar sujeciones. Por el contrario, anula cada vez más sus capacidades físicas y mentales, lo que la hace más vulnerable ante cualquier incidencia.

La adaptación del espacio para hacerlo accesible para todos, el mobiliario ergonómico adaptado a las necesidades de las personas en situaciones de dependencia (camas, sillones, sillas...), el uso de tecnologías para detectar caídas o extravíos y, sobre todo, una metodología de trabajo adecuada, pueden evitar el uso de sujeciones o reducirlas a lo absolutamente imprescindible, y de manera puntual.

La utilización de sujeciones en la atención de la persona atendida ha de tener siempre la consideración de excepcional y limitada en el tiempo, además de exigir la preceptiva prescripción por personal médico. El procedimiento para la adopción de sujeciones deberá, además, prever un

17

Todos los centros residenciales han de tener un Programa de reducción de sujeciones con medidas concretas y evaluables. La inexistencia de este programa, o el excesivo número de sujeciones físicas o farmacológicas, ha de ser motivo de exclusión en la concertación de plazas en el caso de centros de titularidad privada.



protocolo documental específico para aquellos casos de urgencia en los que exista riesgo de integridad de la persona usuaria, de sus cuidadores o de terceros.

En todo caso, también la retirada de sujeciones se debe realizar con la referencia de la atención integral centrada en la persona. No puede ser una media de carácter general, sino analizando, persona a persona sus circunstancias, sus riesgos, sus capacidades. Y establecer, para cada persona, un plan personalizado para evitar el uso de sujeciones o, en su caso para la retirada de sujeciones, estableciendo las medidas específicas que se adoptarán para garantizar su seguridad, sin sujeciones.

Los centros del nuevo modelo residencial han de ser, con absoluta seguridad, centros libres de sujeciones.

Sin infantilizar

Las personas mayores tienen una trayectoria vital y una experiencia que no se puede denigrar en su edad adulta, tratándoles como personas inmaduras, a las que se tiene que entretener con actividades repetitivas, sin significado, sin utilidad. Es otra de las imágenes emblemáticas de un modelo asistencial institucionalizador que hay que erradicar, el recortar y colorear, del que tanto se usa y abusa: las personas mayores coloreando láminas infantiles. Cualquier ocasión es buena para tenerles entretenidos en actividades más propias de niños y niñas que de personas adultas: la primavera, llenando las paredes de florecitas que los residentes han coloreado y recortado en su hora de “laborterapia”; el otoño, el invierno, el verano, cualquier “día internacional” de lo que sea, es excusa para tener a los residentes coloreando y recortando lacitos o dibujos.

18

Evitar las actividades repetitivas e infantilizadoras con las personas mayores, y la exposición de sus resultados decorando los centros, ya que es denigrante y contribuye a una imagen de las personas residentes como seres que han retornado, mental y físicamente, a una etapa en la que hay que tratarles como inmaduros.

Son actividades más propias de un centro infantil, de niños y niñas de muy corta edad, que de un centro para adultos. El aspecto de muchos centros residenciales de mayores ofrece una imagen más propia de un centro infantil. Porque sí ya de por sí resultan denigrantes esas tareas, más denigrante aún es exhibirlas como parte de la decoración del centro, exponerlas a que todos vean “las cosas que son capaces de hacer los abuelitos”; como si fueran niños y niñas, inmaduros, a los que hay que reconocer lo bien que hacen sus deberes. ¿Alguien puede desear, de verdad, ser tratado así en su edad adulta? Pues eso.

Hay muchas formas de ocupar el tiempo de las personas mayores en un centro residencial; y de desarrollar habilidades o motricidad fina, sin recurrir a esas prácticas infantilizadoras. Basta con seguir también en esto lo que indica la atención personalizada: conocer las experiencias, las aficiones y los gustos de cada persona y utilizarlo como referencia para organizar el plan de actividades. Una planificación que se elabore con esta perspectiva refuerza la motivación y la implicación, y es buena para el estado emocional del residente. Las actividades colectivas que no tienen en cuenta los diferentes gustos y aficiones de cada persona solo llevan a la desmotivación y la pérdida de identidad.

La vida cotidiana ofrece muchas oportunidades para la actividad de los y las residentes, con las que sentirse útiles colaborando en tareas del centro, no de manera formalizada, sino por su propia iniciativa: poner y quitar la mesa, colaborar en la limpieza o en la decoración, ordenar la ropa...



Un plan de actividades de vida cotidiana y de ocio y tiempo libre, diseñado en base a los gustos y aficiones de cada persona, permite implicar en su desarrollo no solo a los terapeutas o profesionales de la dinamización, sino a todo el personal del centro, ya que también sus aficiones y gustos pueden ser útiles: jardinería, huerto, labores, maquillaje, música, literatura, cine.... Para que este plan de actividades sea posible, las administraciones públicas y especialmente sus servicios de inspección, deben contemplar esta planificación de actividades personalizadas de vida cotidiana y de ocio y tiempo libre como evidencias de que se cumple la normativa en esta materia, y no exigir de manera exclusiva la planificación de actividades formalizadas y colectivas. Sin este cambio de mentalidad y de praxis, la atención centrada en la persona no es posible en este aspecto tan relevante.

7. COLABORACIÓN CON EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Las Administraciones Públicas competentes en materia de servicios sociales y de sanidad, tanto en el ámbito de la Administración General del Estado como en el de las Comunidades Autónomas han de velar porque las personas mayores que viven en residencias reciban una atención sanitaria en igualdad de condiciones de las que viven en sus casas. Respetar el derecho de ciudadanía pasa ineludiblemente por un reforzamiento de la atención social y sanitaria de carácter integral y continuada ofrecida por los sistemas sanitarios públicos autonómicos, independientemente de si los cuidados se llevan a cabo en el domicilio o en centros especializados, a diferencia del modelo aún vigente. Vivir en un centro residencial nunca debe privar a una persona, sean cuales sean su situación de salud o su situación de dependencia, de la atención sanitaria del Sistema Público correspondiente, por su condición de ciudadana.

19

Es irrenunciable el derecho de toda persona a recibir atenciones sanitarias a cargo del Sistema Público de Salud, sea cual sea su lugar de residencia. También en el caso de las personas mayores que viven en un centro residencial.

Considerando a cada persona como sujeto de derechos, hay que desterrar la discriminación asignada al código postal. En estos momentos según dónde se viva (en la propia vivienda o en un centro residencial) se tienen más o menos derechos como ciudadanos, en general para todos los sistemas de protección públicos y en especial para el acceso a los servicios sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria.

La discriminación por edad y por lugar de residencia ha sido uno de los aspectos que más se han puesto en evidencia en la reciente crisis sanitaria. Es intolerable, en contra de toda equidad, los planteamientos esgrimidos por algunas instituciones con propuestas de medicalizar los centros residenciales del sistema de servicios sociales. Supone retroceder más de un siglo, volviendo a reivindicar la INSTITUCIÓN TOTAL característica de la beneficencia.

También se ha puesto en evidencia durante la pandemia la falta de adecuación de los dispositivos sanitarios a las necesidades de las personas que residen en los centros, tanto en cantidad como en la calidad, habiéndose manifestado de forma clara la insuficiencia de los servicios sanitarios puestos a disposición de las personas más vulnerables, lo que aconseja una nueva planificación de los servicios sanitarios, incluyendo el acceso de estas personas a la cartera de servicios del sistema sanitario público, en especial la adaptación y flexibilización de la atención primaria de salud para que este acceso pueda ser efectivo.

Cuando las propuestas de “medicalizar” los centros residenciales proceden de organismos públicos que tienen como misión la defensa de los derechos de las personas vulnerables, es descorazonador y se comprenden, entonces, las dificultades enormes a las que se enfrentan quienes promueven los

derechos individuales de las personas mayores dependientes con modelos de atención centrados en lo importante para la persona. Nadie quiere vivir en un lugar lleno de batas blancas -por cierto, ¿no se podría pensar en quitar los uniformes del personal en los centros residenciales...?; no hay centro más medicalizado que un hospital, y sin embargo, no es el lugar más apropiado para vivir. Las personas mayores no merecen vivir en un centro que recuerde un servicio hospitalario de baja intensidad.

Esta discriminación en el acceso, en virtud de su lugar de residencia habitual en centros de servicios sociales, no acaba ahí, sino que en el coste plaza de la residencia se obliga a los y las residentes a copagar unos servicios sanitarios privados a los que por derecho de ciudadanía les corresponde disfrutar de forma gratuita de los servicios sanitarios públicos como el resto de la población.

Hay un agravante adicional en toda esta farsa reivindicando la calidad de atención, que es que este copago de estos servicios sanitarios impuestos normativamente recae en beneficio de los propios profesionales del sistema sanitario público que, ante la escasez de profesionales y la presión de los servicios de inspección, los centros contratan a los propios profesionales del sistema sanitario público de forma privada, para que presten sus servicios en los centros. En muchas ocasiones atendiendo a las mismas personas de la residencia que figuran en su cupo de atención primaria. En otras ocasiones es el médico o la médica de atención primaria quien firma las prescripciones que propone el profesional médico de la residencia sin conocer a las personas pacientes, ejerciendo un relativo control público sobre el consumo farmacéutico.

Frente a los intentos de “medicalizar” las residencias de mayores, consideramos que debe ser el sistema sanitario quien establezca mecanismos para garantizar la atención sanitaria (médica, enfermería, fisioterapia) en los centros residenciales. Y los centros residenciales deben facilitar la atención que los servicios públicos de salud tengan que ofrecer a sus residentes.

Este cambio de paradigma debe afectar tanto a la Atención Primaria como a la Atención Hospitalaria.

- a) Reforzando los servicios de enfermería, de atención médica, de fisioterapia, podología y terapia ocupacional de Atención Primaria para la prestación de los cuidados que precisen las personas que viven en residencias, así como de psicología desde salud mental.
- b) Mejorando la coordinación de la atención sanitaria primaria y hospitalaria con las residencias, con medidas como la atención hospitalaria domiciliaria en el propio centro residencial siempre que sea posible y que la persona (o sus familiares o tutores, en su caso), lo autoricen. Una medida que evitaría los graves deterioros tan frecuentes tras la estancia en un hospital de personas mayores con deterioro cognitivo, o de quienes tiene que pasar temporadas prolongadas en un hospital.

20

Apostamos por la atención hospitalaria domiciliaria en los centros residenciales, siempre que sea posible. En beneficio de las personas mayores, de sus familiares y también del propio sistema sanitario

Consideramos importante, para que todo esto se pueda llevar a cabo, la creación de órganos de coordinación entre los sistemas sanitarios y de servicios sociales, y establecer sistemas integrados de información, garantizando la calidad de las prestaciones y la definición de protocolos en caso de crisis sanitarias. La crisis sanitaria ha demostrado lo importante que es la interoperabilidad de los sistemas de información de los servicios

21

Crear órganos de coordinación entre servicios sociales y sanitarios para facilitar la asistencia en las residencias, y sistemas de información compartidos

sanitarios y sociales, la historia médica compartida con las residencias para que los profesionales de éstas puedan tener acceso restringido a la información sanitaria sobre las personas residentes para recabar e introducir información. Un camino por el que se debe seguir avanzando.

8. PLANTILLAS BIEN DOTADAS, CUALIFICADAS Y REMUNERADAS

Resulta obvio afirmar que los trabajadores y trabajadoras constituyen el elemento esencial en la prestación de cuidados y en la atención a las personas tanto en un centro residencial, como en el propio domicilio. Sin ellos y ellas no es posible asegurar la calidad de estos servicios.

La dotación suficiente de personal en los centros (ratios), su cualificación y, por supuesto, su remuneración, son cuestiones de primer orden en los centros residenciales.

Ahora bien, unas ratios elevadas de personal por residente y una remuneración digna de los y las trabajadores y trabajadoras, no garantizan por sí mismas un cambio de modelo. Son aspectos imprescindibles sea cual sea el modelo. También en el modelo actual es necesario incrementar las ratios de personal en muchos lugares (existen diferencias notables entre lo que establece la normativa de unas y otras Comunidades), y aumentar los salarios de manera substancial. No es cuestión de modelo, es cuestión de justicia y de reconocimiento de la importancia de la tarea que realizan los y las trabajadores y trabajadoras de residencias. Lo que la sociedad valora de una actividad profesional se puede medir por la forma como se remunera. Por eso, es fácil concluir que el cuidado de las personas mayores se valora poco, muy poco, en nuestra sociedad. Los discursos tan emotivos sobre “nuestros mayores” y la atención que merecen, no se corresponde con lo que pagamos a quienes se ocupan de atender sus necesidades básicas en situaciones de dependencia.

Ratios suficientes y condiciones laborales dignas no suponen un nuevo modelo residencial. Pero está muy claro que un modelo como el que proponemos necesita ratios adecuadas de personal, cualificación y salarios dignos.

Ratios suficientes

No es fácil proponer una ratio global del personal necesario en un centro residencial. Tan importante como la cifra global es su desglose. Apostamos por reforzar especialmente el personal de atención directa y, muy especialmente, de gerocultores o auxiliares de enfermería, ya que es el personal absolutamente insustituible. Ninguna modalidad organizativa del trabajo en un centro residencial puede ni debe hacerse reduciendo la presencialidad del personal de atención directa. Una buena organización de un centro residencial puede reducir la necesidad de personal en tareas de carácter administrativo o material, reduciendo con ello costes, pero nunca se puede ni se debe reducir costes en la atención directa.

No se debe imputar en esta ratio profesionales que presten servicios a los que la persona residente tiene derecho por su condición de ciudadanía. Nos referimos a personal sanitario, especialmente médicos, para prestaciones incluidas en el catálogo del Sistema Público de Salud. Su cómputo en la ratio exigible a un centro residencial, sería en detrimento del personal específico del centro, además de suponer, como ya hemos dicho, un copago por parte de las personas usuarias de las residencias de una atención sanitaria a la que tienen derecho como el resto de la población.



El Consejo Territorial de la Dependencia aprobó, en 2008, que ningún centro residencial estuviera por debajo de una ratio de 0,47. Es decir, una proporción de 47 trabajadores/as por cada 100 personas residentes. Actualmente son muchas las Comunidades que tienen establecidas ratios más elevadas, llegando alguna de ellas al 0,55, aunque otras todavía mantienen ratios muy bajas; lo habitual es que se establezcan diferencias entre los requisitos mínimos de autorización, y los que se exigen para la concertación de plazas. A expensas de los acuerdos que sobre esta materia se puedan alcanzar en el Consejo Territorial, consideramos que, de manera inmediata, y sin esperar a ningún cambio de modelo, ninguna Comunidad debería exigir una ratio inferior a 0,5, es decir, un/a trabajador/a por cada dos residentes.

22

De manera inmediata, todas las Comunidades tienen que exigir ratios mínimos de 0,50 en todos los centros residenciales.

A partir de esa ratio, y en función del contenido específico de los acuerdos sobre el modelo que se puedan adoptar, deberá ajustarse la ratio en términos más elevados, hasta un 0,6 en el plazo máximo de cinco años.

23

En el marco del acuerdo entre Comunidades en el Consejo Territorial, esta ratio deberá incrementarse hasta 0,60 en un plazo no superior a cinco años.

Hay que ser conscientes de que este incremento de ratio supone, inevitablemente, un incremento importante de los costes, ya que la plantilla representa ya casi un 60% del coste de una plaza residencial. El Consejo Territorial debe acordar el precio de concertación necesario para asumir este incremento de costes derivado del aumento de la ratio de personal, así como la cuantía de la prestación vinculada, ya que, de lo contrario, muchas personas que necesiten plaza residencial y que no dispongan de ella en un centro público o concertado, no podrán acceder al servicio residencial que necesiten. Un acuerdo sobre estos precios de concertación y de prestación vinculada en el Consejo Territorial es imprescindible para que se puedan llevar a cabo las ratios propuestas

24

El Consejo Territorial debe plantear un acuerdo sobre precios mínimos de concertación y de prestación vinculada para centro residencial, que contemple el aumento de costes derivado de los incrementos de ratios propuestos y del incremento salarial que se pacte.

Tan importante como definir una ratio general, es su desglose en los diferentes bloques profesionales:

- Auxiliares de enfermería / gerocultores/as
- equipos técnicos
- servicios generales.

En el nuevo modelo ha de ser el personal auxiliar de enfermería o gerocultor el que tenga el mayor peso en esta plantilla de los centros, de manera que este personal constituya el 50% y el 60% de la misma.

Salarios dignos

Ya lo hemos dicho: el incremento substancial de los sueldos de los y las trabajadores y trabajadoras no puede esperar a que se acuerde cómo debe ser el nuevo modelo residencial. Es cuestión de justicia y de respeto por la labor que realizan: el cuidado de las personas mayores en situaciones de dependencia. Es hacer realidad los discursos tan grandilocuentes sobre la importancia de “nuestros mayores” y del “cuidado de nuestros mayores”, compensando de manera adecuada a quienes realizan estas tareas.

Algunos sindicatos hablan de incrementos entre el 15% y el 17% en la actual negociación colectiva. Estamos absolutamente de acuerdo en que no es aceptable ninguna subida inferior al 15% y que debería acercarse, para ser justa, al 20%. Y hacerlo en un periodo que debe comenzar de inmediato y que no debería postponerse para su totalidad más de tres años. Sin este incremento salarial, todo el discurso sobre la importancia del cuidado de las personas mayores no deja de ser, en boca de las instituciones o responsables del sector, palabras vacías.

Tan importante como este reconocimiento salarial, es la estabilidad del empleo. En el sector de cuidados, la estabilidad laboral es algo más que un derecho laboral, es un requisito de calidad en la atención, por la importancia de los vínculos que se establecen entre trabajadores y residentes en el marco de una atención integral centrada en la persona. Desde esta perspectiva, una excesiva rotación de personal de cuidados, sin causa justificada, podría considerarse una forma de maltrato institucional de las personas mayores en un centro o en su domicilio.

25

Es imprescindible incrementar los salarios del sector entre un 15% y un 20% de manera inmediata.

Se trata de una medida de justicia que no debe esperar un nuevo modelo residencial para hacerse efectiva.

Cualificación y motivación

Una plantilla suficientemente dotada, bien remunerada, cualificada y motivada. Cualificación para los cuidados que hay que ofrecer, pero, sobre todo, cualificación para el buen trato a las personas. Ese es el reto permanente de formación y reciclaje de los y las trabajadores y trabajadoras en un centro residencial, nunca bajar la guardia en el buen trato, en la calidad, que es la clave del nuevo modelo. Sin calidez no puede existir calidad asistencial.

Para ser realistas, hay que tener en cuenta las dificultades que existen para encontrar profesionales de atención directa con la cualificación exigida, especialmente, aunque no solo, en zonas rurales. La necesidad de una cualificación acreditada choca con la situación real y puede convertirse, para algunos centros, en una barrera a veces infranqueable. Frente a esta situación, la alternativa pasa por sistemas ágiles de cualificación y acreditación profesional vinculadas al propio centro de trabajo. Una agilidad que no debe ser obstáculo para que tenga el nivel de calidad necesario. Las Administraciones deben establecer Procedimientos de acreditación de competencias permanentes, estableciendo mecanismos para que los centros residenciales puedan desarrollar procesos formativos en colaboración con centros de formación acreditados, que de forma permanente aseguren la cualificación profesional de personas cuidadoras cuando no exista oferta suficiente de personal acreditado con esta formación. En un sector en el que el empleo femenino supera ampliamente el 80%, y aún más entre los/as cuidadores/as, esta cualificación profesional ágil y vinculada al propio ejercicio de la actividad laboral, puede ser una extraordinaria oportunidad para favorecer la inclusión laboral de miles de mujeres.

26

Establecer procedimientos de acreditación de competencias ágiles para que los centros puedan formar a personas cuidadoras sin cualificación profesional acreditada, en coordinación con centros de formación acreditados, cuando no exista oferta suficiente de empleo de estas características.

En el caso de los equipos técnicos, son muchas las disciplinas del ámbito social y del sanitario que reivindican su presencia. Y, sin duda, todas las disciplinas pueden tener un papel en la atención residencial, siempre y cuando sean capaces de diseñar planes específicos de formación para ello; y



no siempre es así; a pesar de su importancia para el empleo, la formación académica de muchas disciplinas sanitarias y sociales no dedican a las personas mayores la atención que merecen.

Para lograr calidad y calidez, además de la formación y de las condiciones laborales del personal (bien remunerado y estable), hace falta un reciclaje permanente, y atender a la motivación de los y las trabajadores/as, con medidas que faciliten la conciliación, tan importantes en un sector con un porcentaje tan elevado de empleo femenino, con oportunidades para desarrollar la creatividad (aportando sus habilidades y aficiones a la dinámica del centro y a las actividades de la vida cotidiana) y con oportunidades de promoción y realización de carrera profesional.

Aunque resulte desagradable reconocerlo, en un colectivo de más de 300.000 trabajadores y trabajadoras, cabe la posibilidad de que existan, por desgracia, algunas personas desaprensivas, a las que no se les debe permitir trabajar con personas vulnerables, como son las personas mayores en situaciones de dependencia. De la misma manera que existe un registro para que quienes han sido condenados por comportamientos delictivos con menores no puedan trabajar en centros o servicios para este colectivo, es

necesario que, en el sector de cuidados para las personas mayores, domiciliarios, diurnos o residenciales, exista un registro de personas que hayan sido condenadas por abuso de ellos (malos tratos, trato denigrante, sustracciones o robos...). Es la forma de impedir que puedan ser contratados en centros o servicios que desconozcan su trayectoria, y pongan en riesgo a las personas mayores a su cuidado.

27

Creación de un registro de personas condenadas por abuso de personas mayores a las que cuidaban en su domicilio o en un centro de día o residencial.

9. CALIDAD, CALIDAD, CALIDAD

No todos los centros residenciales son iguales. Hay diferencias notables de calidad entre centros, en un sector heterogéneo en el que actúan directamente las Administraciones Públicas, entidades del tercer sector y empresas. Una competencia que puede ser motor de innovación y acicate para la mejora de la calidad.

Las Administraciones deben aprovechar esta diversidad de agentes en el sector para incentivar la innovación y la calidad. Pero debe hacerse de manera rigurosa, con criterios consensuados y con una evaluación a cargo de la propia administración.

Los resultados de la evaluación de calidad tendrían que ser referencia para establecer una escala de precios para la concertación de plazas o para la cuantía de la prestación vinculada. Sería una forma efectiva de reconocer y valorar el esfuerzo de innovación y mejora, para ofrecer servicios de calidad para las personas en situaciones de dependencia.

La mejora de la calidad tiene como reto desarrollar e implantar tecnologías que faciliten la labor de los centros residenciales, especialmente para mejorar el cuidado y la seguridad de los residentes, para su rehabilitación y también para reducir trabajos repetitivos para el personal (registros).

28

Establecer niveles consensuados de calidad en los centros residenciales, evaluados por la administración y que sean referencia para una escala de precios en las plazas de financiación pública

Hay que impulsar la colaboración de los centros residenciales con universidades y empresas para el desarrollo y la implantación de estas tecnologías, que constituyen, además un importante potencial para el desarrollo económico y la creación de empleo de calidad.

10. ¿UN FUTURO SIN CENTROS RESIDENCIALES?

Iniciábamos estas reflexiones diciendo que el nuevo modelo residencial comienza en casa. Queremos terminar afirmando que quizás, en un futuro no muy lejano, cuando se hable de un nuevo modelo residencial, ya no se hable de centros sino de servicios en el propio domicilio.

Sería el desenlace lógico de esta trayectoria que va desde modelos institucionalizadores (asistenciales, hospitalarios, masificados...) hacia centros de carácter hogareño y de atención personalizada. Las expectativas de las nuevas generaciones de personas mayores, la exigencia de una atención cada vez más personalizada, y los avances tecnológicos y organizativos, quizás permitan prestar los cuidados que necesite una persona en situación de dependencia en su propio hogar, sin necesidad de desarraigarlo e institucionalizarlo en un centro. Sea cual sea su grado de dependencia.

En esta evolución desde los centros residenciales a las atenciones en el domicilio, hay una idea clave: flexibilizar.

Flexibilizar las normas.

Las normas que regulen el diseño y funcionamiento de los centros residenciales tienen que ser flexibles para permitir que se experimenten nuevos modelos adaptados a las características del territorio o a las necesidades de la población destinataria. Sin flexibilidad normativa no es posible la evolución. Hay tres aspectos en los que la normativa tiene que expresar esta flexibilidad:

- a) Permitir el surgimiento de nuevos modelos. Con normas flexibles podrán aflorar nuevas experiencias en las que la proximidad, la atención personalizada y el carácter hogareño irán ganando espacio. Unas experiencias especialmente interesantes en medios rurales, donde el modelo residencial, incluso más evolucionado, no tiene posibilidades de éxito; las miniresidencias en cada localidad no son la alternativa residencial para los medios rurales con poca población. En cambio, se están mostrando muy eficaces algunas experiencias que parten de servicios múltiples, flexibles y adaptados a cada persona en su propio domicilio, y con el complemento de viviendas o apartamentos para quienes no disponen de una vivienda adecuada ni es viable su adecuación. El objetivo es que ninguna persona tenga que abandonar su localidad cuando más necesita las referencias y “el calor” de su gente y del entorno de toda su vida. Frente a la opción tradicional de llevar la persona a un centro para que pueda ser atendida, la alternativa de llevar al lugar de residencia de la persona todos los servicios y apoyos que necesite para seguir viviendo con dignidad.

En la actualidad, la rigidez de algunas normas está impidiendo o dificultando el surgimiento del nuevo modelo residencial: las unidades de convivencia que integren comedores y salas de estar, espacios para la convivencia familiar, el acceso garantizado a los espacios al aire libre de manera habitual para todos los residentes..., son algunas características importantes del nuevo modelo que la normativa de algunas Comunidades aun impide poner en marcha.



b) Favorecer que los centros residenciales sean servicios abiertos al entorno. Como ya hemos dicho, una de las primeras condiciones del nuevo modelo residencial es que sean centros abiertos al entorno, ofreciendo servicios a personas en situaciones de dependencia que siguen viviendo en sus domicilios; eso supondría una ruptura con la separación entre servicios domiciliarios y residenciales y, en esa complementariedad, quizás resida el embrión del modelo futuro de cuidados. Para hacerlo posible, hay que remover cualquier obstáculo en la normativa que lo impida

c) Flexibilizar el concepto de “persona usuaria” de los centros residenciales. Cuando una persona necesita atenciones en un centro residencial, no es por su edad sino por su situación de dependencia. Eso supone relativizar el concepto de “centros residenciales de mayores”, y la posibilidad de que puedan acceder a ellos, en determinadas circunstancias, personas en situaciones de dependencia que no cumplan el requisito de edad; algo que actualmente requiere de autorización excepcional en algunas Comunidades, y en otras resulta inviable. Sería el caso de personas con discapacidad intelectual al cuidado de uno de sus progenitores o familiares, cuando éste tenga que entrar en un centro residencial, evitando así romper de manera cruel e innecesaria una convivencia tan consolidada como la que se suele dar en estos casos. También sería el caso de personas con discapacidad física o intelectual que necesiten un centro residencial, cuando el centro específico para ellos les obligue a desarraigarse de su entorno.

29

Flexibilizar el requisito de edad para ser persona usuaria de un centro residencial “de mayores”

Por otra parte, la evolución de la esperanza de vida en la sociedad y los grandes cambios en el envejecimiento han hecho obsoleto la referencia de edad de 65 años para éste y otros servicios dirigidos a “personas mayores”. Las situaciones de dependencia en personas entre 65 y 75 años en España son muy similares a las del resto de población adulta de menos edad; y son muy pocas las personas de este intervalo de edad que viven en centros residenciales, siendo la media de edad de estos centros superior a los 80 años, y cada vez más avanzada. Una situación que ha cambiado profundamente en apenas dos o tres décadas, y que es previsible que siga evolucionando en las siguientes. Por eso carece de utilidad establecer de manera rigurosa una edad para poder ser persona usuaria de un centro residencial, y debe ser cada vez más el criterio de necesidad de alojamiento alternativo y de apoyos por situaciones de dependencia.

30

Elaborar nuevos ratios de edad para la valoración de las plazas residenciales necesarias y la consiguiente planificación, que se ajusten más a la realidad demográfica y necesidad de cuidados que los 65 años.

Así mismo, la planificación de los centros residenciales de personas mayores debería superar las ratios habitualmente utilizadas, de 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años, aunque sigan siendo referencias internacionales, y consensuar ratios de edad más ajustadas a la realidad (más próximas a esa franja de más de 75 años), para que la estimación de necesidad de plazas sea realista.



EPÍLOGO: LIDERAZGO PÚBLICO

Este cambio de modelo exige un liderazgo por parte de las Administraciones Públicas, conscientes de la diversidad de agentes que actúan en el sector: las propias administraciones, el tercer sector y las empresas. Centros con una dilatada experiencia, que fueron diseñados en otro contexto muy diferente al que se pretende alcanzar, y centros de nueva construcción que tienen que diseñarse con las referencias actualizadas del nuevo modelo.

El liderazgo por parte de las Administraciones debe comenzar acometiendo los **cambios normativos** propuestos, sin los cuales no será posible la evolución del sector hacia los nuevos modelos, o esta evolución estará plagada de obstáculos y se realizará, en alguna medida, en contra de las Administraciones o al margen de ellas.

También debe plasmarse en la **motivación, asesoramiento y formación de todos los agentes implicados**, para la puesta en marcha de los cambios necesarios. Todo cambio supone un importante estrés, especialmente para centros ya en funcionamiento y, por supuesto, también para el personal de las Administraciones.

Las **experiencias innovadoras** deben ser promovidas y apoyadas para orientar y liderar los cambios, siempre que estén bien fundamentadas. Pero la innovación exige también un seguimiento riguroso por parte de las Administraciones, para evaluar sus resultados.

Es necesario, también, **revisar los modelos de gestión privada de centros públicos**, ya que la gestión a corto plazo que establecen los concursos (entre 4 y 6 años) hacen inviable el cambio. Así pues, o se recupera la gestión pública de estos centros, para acometer los cambios físicos y de funcionamiento necesarios, o se articulan fórmulas de gestión privada con mayor alcance temporal y condiciones que permitan llevar a cabo esa transformación hacia el nuevo modelo.

Por último, y no menos importante, las Administraciones deben ser conscientes y asumir los costes que supone la implantación del nuevo modelo y la innovación, y **apoyar financieramente estos cambios**, asumiendo los incrementos consiguientes en los mecanismos de financiación (plazas propias, plazas concertadas y prestación vinculada). La calidad en los cuidados, por los que apuesta el nuevo modelo, tienen un coste, que para muchas personas y familias será imposible de asumir, sin el apoyo económico de la Administración, en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Es, por ello, momento de apostar decididamente por una financiación suficiente del Sistema; sin financiación suficiente, el nuevo modelo se quedará sólo en palabras. **ES LA HORA DE LA VERDAD.**



ANEXO 1

ESCALA PARA MEDIR LA EVOLUCIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES AL NUEVO MODELO



ESCALA PARA MEDIR LA EVOLUCIÓN DE LOS CENTROS RESIDENCIALES AL NUEVO MODELO

1	UBICACIÓN	10 puntos	
	Zona urbana con vida vecinal		5
	Accesibilidad a pie a comercio de proximidad y hostelería		3
	Servicios educativos, sanitarios, culturales o sociales accesibles a pie		2
	TOTAL		
2	ENTORNO	10 puntos	
	Presta servicios en el centro a no residentes		2
	Presta servicios externos a no residentes en sus domicilios		2
	Permite estancias temporales de manera habitual		2
	Consejo participación con residentes, familiares, trabajadores y administración		4
TOTAL			
3	HABITACIONES	10 puntos	
	75% individuales un punto. 1 más por cada punto de incremento		4
	Individuales: 14 m2 superficie 1 punto. 1 punto por cada 2,5 m2 de incremento		3
	Dobles: 20 m2 superficie 1 punto. 1 punto por cada dos m2 de incremento		2
	Posibilidad de personalizar su habitación con sus propios muebles		1
TOTAL			
4	UNIDADES DE CONVIVENCIA	10 puntos	
	Máximo 20 personas usuarias, un punto. Cada usuario menos, 0,5 puntos		6
	4 m2 por persona usuaria, 1 punto. Por cada 0,5 m2 más, 0,5 puntos		2
	Módulo de cocina operativo (frigorífico, poza, vitro, microondas)		1
	Accesible directamente a jardín, patio o terraza		1
TOTAL			
5	PROFESIONAL DE REFERENCIA	10 puntos	
	Profesional Ref. para 5 residentes 4 puntos. Cada residente menos, 1 punto		6
	Historia de Vida de uso generalizado y habitual		2
	Plan de actividades de ocio y tiempo libre personalizado		2
TOTAL			
6	CONVIVENCIA FAMILIAR	10 puntos	
	Posibilidad del familiar de acceder y estar en habitación del residente		1
	Posibilidad del familiar de acceder a cocina y lavandería		1
	Posibilidad de comer el familiar con el/la residente en el centro el día que desee		3
	Horarios de visitas solo limitado por las comidas o el descanso		2
Espacios para la convivencia familiar (comedores, apartamentos)		3	
TOTAL			
7	COLABORACION CON SANIDAD	10 puntos	
	Interoperatividad de datos de persona usuaria / paciente		4
	Hospitalización domiciliaria en residencia		4
	Actividades de asesoramiento y formación mutua		2
TOTAL			
8	ELIMINACIÓN DE SUJECCIONES	10 puntos	
	Programa de reducción de sujeciones con información de resultados		3
	Menos 5% sujeciones, 1 punto. Cada punto más de reducción, 1 punto		5
	Acreditación centro libre de sujeciones por entidad independiente		2
TOTAL			
9	PERSONAL	10 puntos	
	Por cada incremento de 0,05 en ratio, a partir de 0,55, un punto		8
	Evaluación de satisfacción de los trabajadores y publicación resultados		2
TOTAL			
10	INNOVACIÓN	10 puntos	
	Apoyos, terapias o tecnologías innovadoras		4
	Participación en investigaciones o estudios		3
	Digitalización de la gestión del centro y del plan de cuidados		3
TOTAL			



ANEXO 2

SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

1.- Personas mayores

Hemos elegido una serie de indicadores que dibujan de forma nítida la situación de una España envejecida y con una escasez de plazas residenciales cada vez más grave. Mientras la población mayor de 65 años crece exponencialmente el número de plazas residenciales lo hace de forma lenta y desigual entre Comunidades Autónomas.

Veamos los datos de población y algunos indicadores:

	Habitantes	>65 años*	% 65 y más años	% 80 y más años	Índice de envejecimiento	Tasa de Dependencia de > 64 años
TOTAL ESPAÑA	47.332.615	9.267.310	19,58	6,02	125,75	30,19
Andalucía	8.478.084	1.476.182	17,41	4,87	104,17	26,43
Aragón	1.330.333	289.133	21,73	7,44	145,47	34,32
Asturias (Princ de)	1.018.899	265.842	26,09	8,56	224,57	41,89
Balears (Illes)	1.210.725	193.324	15,97	4,30	102,19	23,34
Canarias	2.236.992	369.963	16,54	4,31	119,17	23,77
Cantabria	582.388	129.839	22,29	7,09	159,29	34,99
Castilla y León	2.401.307	612.679	25,51	9,28	201,03	41,29
Castilla-La Mancha	2.045.554	390.190	19,08	6,61	119,17	29,38
Cataluña	7.652.348	1.471.136	19,22	5,88	117,54	29,84
C. Valenciana	5.029.341	989.292	19,67	5,60	125,22	30,44
Extremadura	1.061.979	221.813	20,89	7,06	144,29	32,31
Galicia	2.702.592	687.446	25,44	8,65	202,17	41,04
Madrid (Com. de)	6.747.068	1.213.258	17,98	5,45	110,83	27,33
Murcia, Región de	1.504.869	239.158	15,89	4,63	87,86	24,07
Navarra (C.Foral de)	656.509	131.022	19,96	6,31	121,58	31,37
País Vasco	2.189.138	500.018	22,84	7,23	154,01	36,65
Rioja (La)	315.931	67.209	21,27	7,02	138,29	33,58
Ceuta	84.085	10.440	12,42	3,29	58,38	18,73
Melilla	84.473	9.366	11,09	2,94	44,56	17,32

Fuente de datos de población INE: Población a 1 de enero de 2020

<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1894&capsel=1900>

Fuente de datos de dependencia Estadística mensual de IMSERSO. 31 Diciembre 2020

<https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20201231.pdf>

Índice de envejecimiento N.º de mayores de 64 años por cada 100 menores de 16.

Fuente INE, Indicadores demográficos básicos

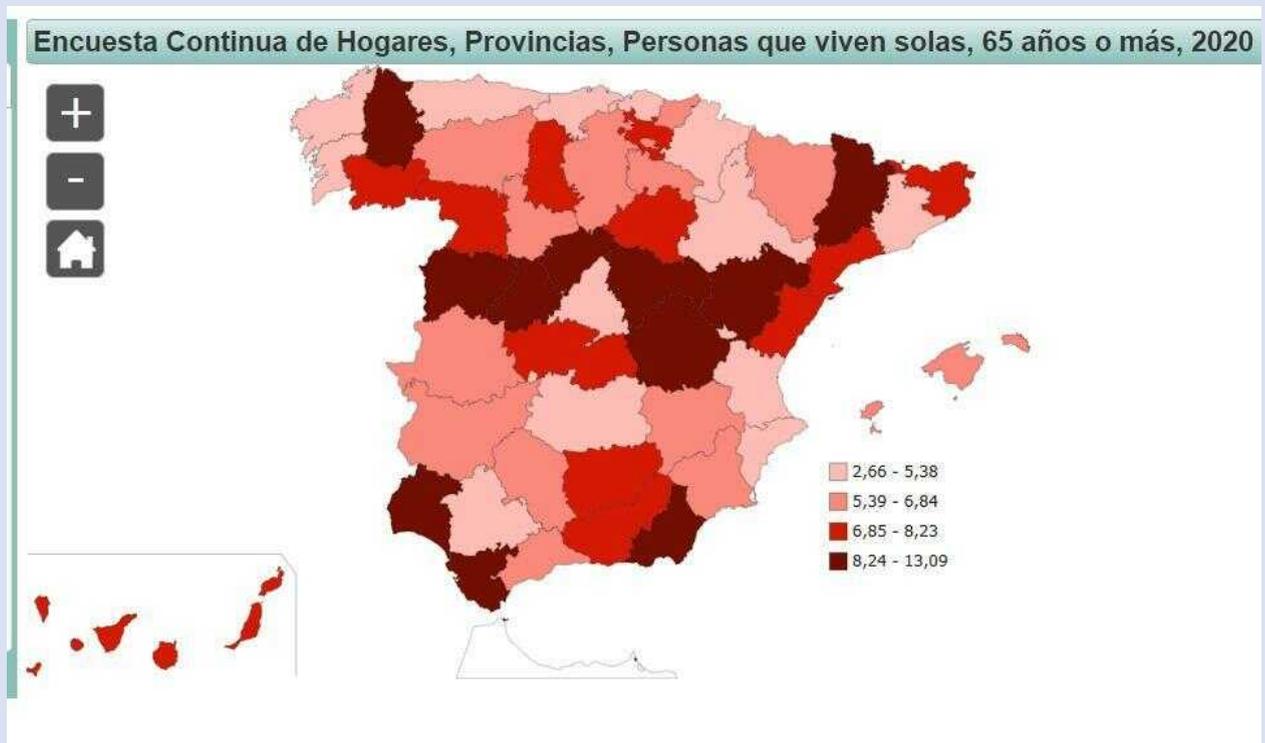
<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1452>

Tasa de dependencia de la población mayor de 64 años. Se define como el cociente entre la población mayor de 64 años entre la población de 16 a 64.

Fuente INE, Indicadores demográficos básicos

<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1455&L=0>

Una España que ofrece este aspecto



Fuente: INE Encuesta continua de hogares

<https://ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p274/serie/def/p03/l0/&file=03014.px#!tabs-mapa>



Fuente: INE Encuesta continua de hogares

https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf

En España había 4.849.900 personas viviendo solas en el año 2020. De esta cifra, 2.131.400 (un 43,6%) tenían 65 o más años

Fuente:

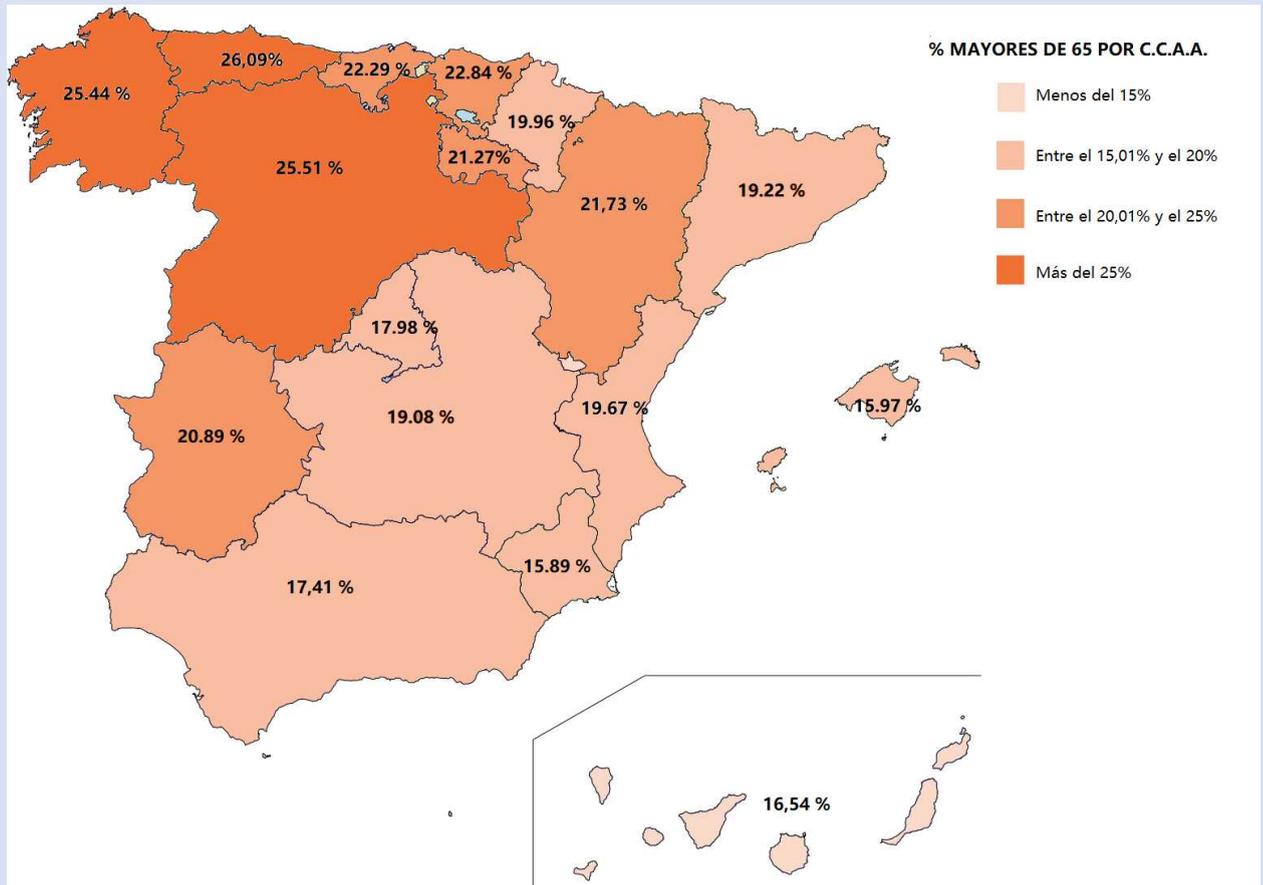
https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf

Frente a los datos de plazas residenciales

	Número de plazas			Nº CENTROS RESIDENCIALES		
	Total	Financ. Pública	Financ. Privada	Total	Públicos	Privados
TOTAL ESPAÑA	399.417	247.247	152.170	6.374	1.953	4.421
Andalucía	45.543	27.815	17.728	729	161	568
Aragón	19.318	11.228	8.090	293	78	215
Asturias (Principado de)	15.204	8.038	7.166	243	51	192
Baleares (Illes)	6.573	3.372	3.201	73	32	41
Canarias	9.994	4.152	5.842	203	73	130
Cantabria	6.444	4.511	1.933	67	13	54
Castilla y León	48.089	38.677	9.412	698	198	500
Castilla-La Mancha	28.695	21.507	7.188	528	309	219
Cataluña	65.379	46.110	19.269	1.184	184	1.000
Comunitat Valenciana	27.248	16.921	10.327	337	73	264
Extremadura	14.855	8.378	6.477	325	235	90
Galicia	21.704	8.331	13.373	376	84	292
Madrid (Comunidad de)	52.882	23.248	29.634	495	71	424
Murcia, Región de	5.395	3.982	1.413	76	13	63
Navarra (Com.Foral de)	6.664	3.632	3.032	89	42	47
País Vasco	21.765	15.316	6.449	621	325	296
Rioja (La)	3.235	1.711	1.524	32	9	23
Ceuta	199	188	11	3	1	2
Melilla	231	130	101	2	1	1

Fuente de datos de población Informe de mayores de IMSERSO. Informe anual 2019 https://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anuales/informe2019/index.htm

Y la imagen de España en población



La población de 65 y más años supondría el 26,5% del total en el año 2035.

Fuente:
https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf

Fuente de datos de población Informe de mayores de IMSERSO. Informe anual 2019
https://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/informes_anuales/informe2019/index.htm

Casi el 20% de la población española tiene más de 65 años.

2.- Los recursos residenciales

	Habitantes	>65 años*	% Plazas /mayores de 65 años	Nº PLAZAS RESIDENCIALES		
				Total	Plazas de financiación Pública	Plazas de financiación Privada
TOTAL ESPAÑA	47.332.615	9.267.310	4,31	399.417	247.247	152.170
Andalucía	8.478.084	1.476.182	3,09	45.543	27.815	17.728
Aragón	1.330.333	289.133	6,68	19.318	11.228	8.090
Asturias (Principado de)	1.018.899	265.842	5,72	15.204	8.038	7.166
Balears (Illes)	1.210.725	193.324	3,40	6.573	3.372	3.201
Canarias	2.236.992	369.963	2,70	9.994	4.152	5.842
Cantabria	582.388	129.839	4,96	6.444	4.511	1.933
Castilla y León	2.401.307	612.679	7,85	48.089	38.677	9.412
Castilla-La Mancha	2.045.554	390.190	7,35	28.695	21.507	7.188
Cataluña	7.652.348	1.471.136	4,44	65.379	46.110	19.269
Comunitat Valenciana	5.029.341	989.292	2,75	27.248	16.921	10.327
Extremadura	1.061.979	221.813	6,70	14.855	8.378	6.477
Galicia	2.702.592	687.446	3,16	21.704	8.331	13.373
Madrid (Comunidad de)	6.747.068	1.213.258	4,36	52.882	23.248	29.634
Murcia, Región de	1.504.869	239.158	2,26	5.395	3.982	1.413
Navarra (Com.Foral de)	656.509	131.022	5,09	6.664	3.632	3.032
País Vasco	2.189.138	500.018	4,35	21.765	15.316	6.449
Ríoja (La)	315.931	67.209	4,81	3.235	1.711	1.524
Ceuta	84.085	10.440	1,91	199		
Melilla	84.473	9.366	2,47	231	188	11

Fuente de datos de población INE: Población a 1 de enero de 2020

<https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1894&capsel=1900>

Fuente de datos de población “Los servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2019”

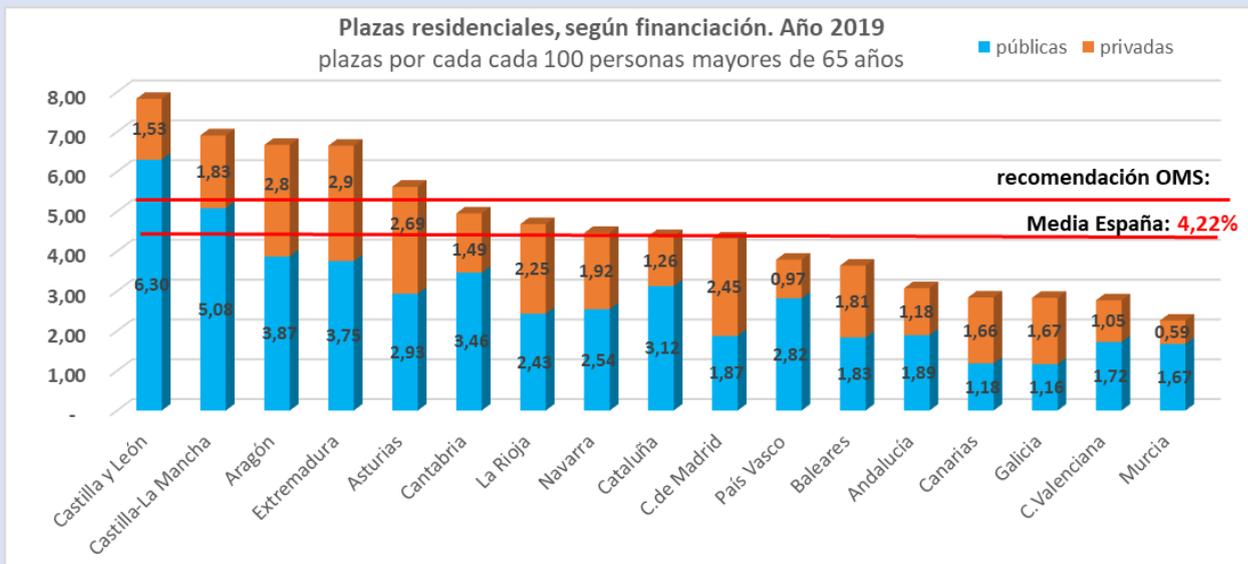
https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/inf_ssppmmesp2019.pdf

Hemos de tener en cuenta que actualmente el único camino para acceder a una plaza de Residencia pública es a través de la ley de dependencia. Sin embargo, las cifras nos muestran un panorama desalentador.

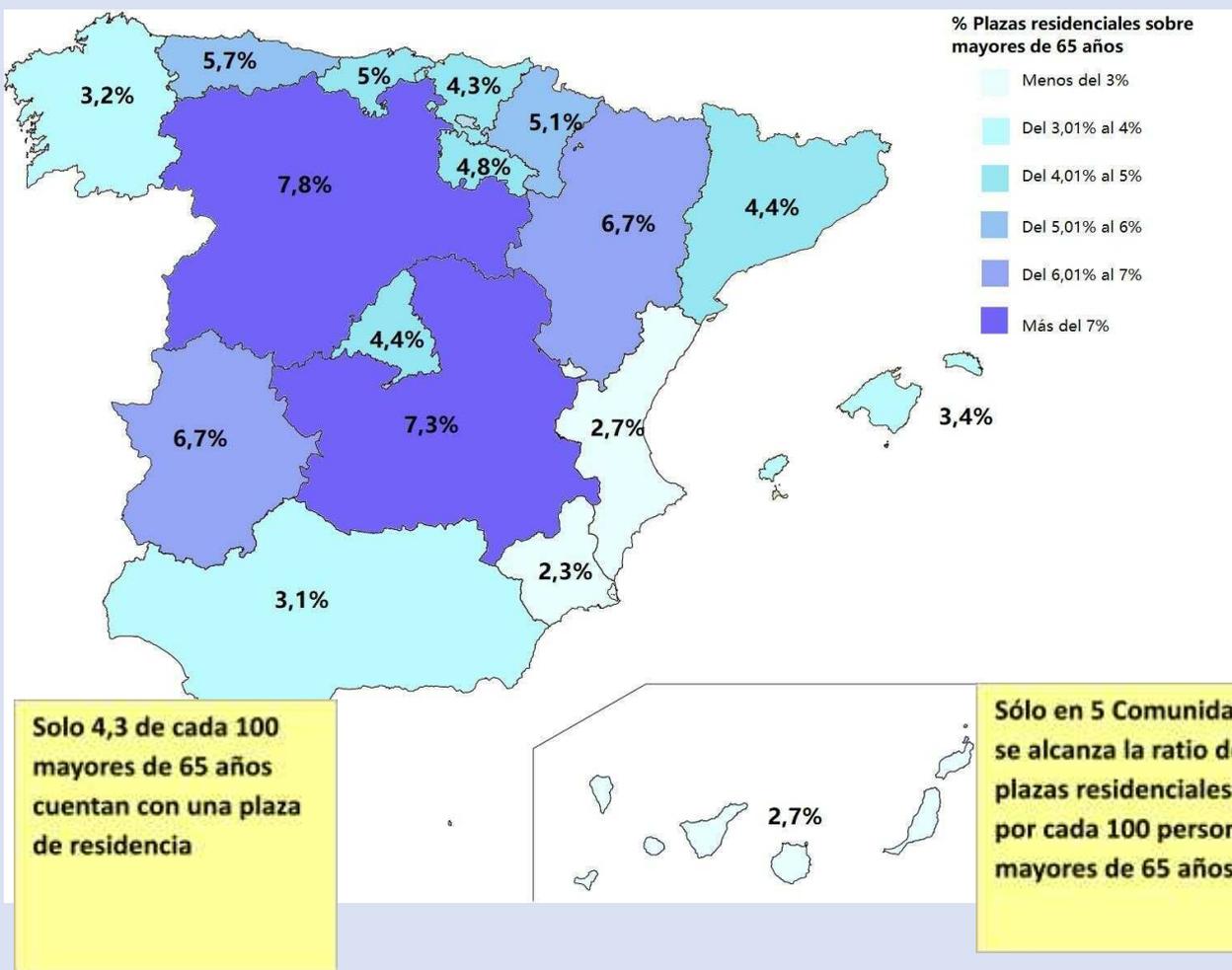
	Nº Dependientes reconocidos	Nº de PIA CONCEDIDO CON PLAZA RESIDENCIAL *	Nº de PIA CONCEDIDO CON PRESTACION ECONOMICA PARA CENTRO RESIDENCIAL *	TOTAL CENTRO POR DEPENDENCIA	% plazas con financiación de Dependencia
TOTAL ESPAÑA	1.356.473	156.437	73.840	230.277	58%
Andalucía	285.089	24.172	4.107	28.279	62%
Aragón	36.344	3.466	5.192	8.658	45%
Asturias (Principado de)	27.263	3.117	1.813	4.930	32%
Balears (Illes)	25.528	2.435	746	3.181	48%
Canarias	33.152	3.834	1.096	4.930	49%
Cantabria	21.022	4.763	0	4.763	74%
Castilla y León	105.708	8.186	17.685	25.871	54%
Castilla-La Mancha	64.772	10.724	5.802	16.526	58%
Cataluña	230.320	31.871	8.036	39.907	61%
Comunitat Valenciana	115.485	11.429	7.512	18.941	70%
Extremadura	34.750	3.921	1.802	5.723	39%
Galicia	67.467	7.941	4.729	12.670	58%
Madrid (Comunidad de)	161.936	20.268	12.176	32.444	61%
Murcia, Región de	40.012	4.485	545	5.030	93%
Navarra (Com.Foral de)	14.462	1.941	726	2.667	40%
País Vasco	79.315	12.165	1.204	13.369	61%
Rioja (La)	10.806	1.519	667	2.186	68%
Ceuta					
Melilla	3.042	200	2	202	47%

Fuente de datos de dependencia Estadística mensual de IMSERSO. 31 Diciembre 2020

<https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/estsisaad20201231.pdf>



España ofrece este aspecto

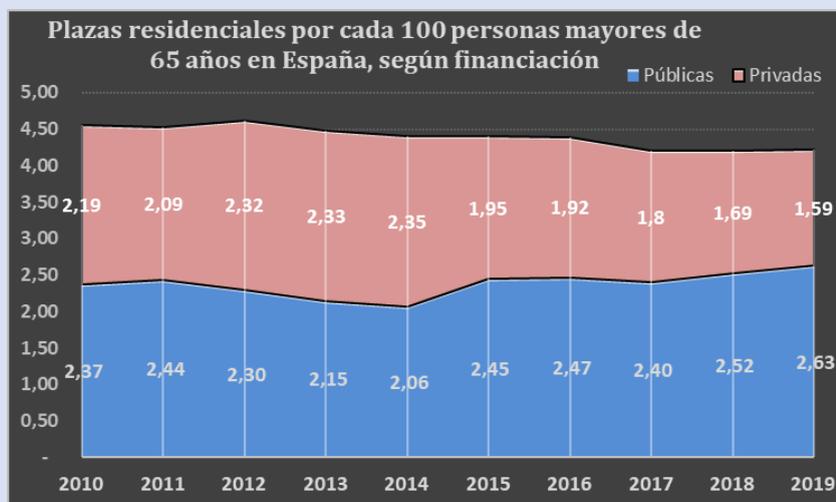


3.- Tipos de centros

Los datos en relación al tipo de Centros que la Red de residencias ofrece son muy escasos si nos ceñimos a las fuentes oficiales

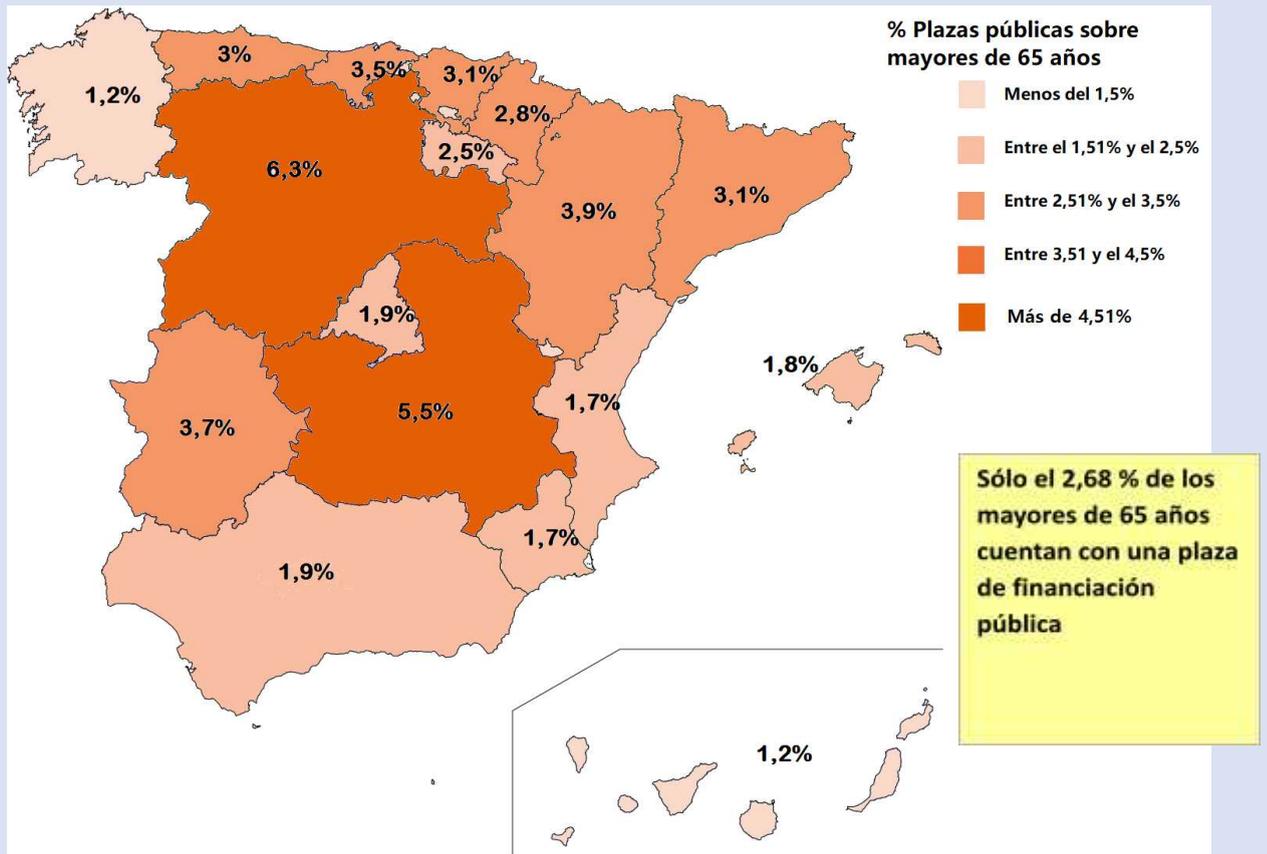
Comunidades Autónomas	Población 26 5 01/01/2020	Número de plazas					Índice de Cobertura		
		Total	Plazas de financiación Pública		Plazas de financiación Privada		Total	Plazas financiac. Pública	Plazas financiac. Privada
			Nº	%	Nº	%			
Andalucía	1.470.678	45.543	27.815	61,1%	17.728	38,9%	3,10	1,89	1,21
Aragón	288.651	19.318	11.228	58,1%	8.090	41,9%	6,69	3,89	2,80
Asturias, Principado de	266.562	15.204	8.038	52,9%	7.166	47,1%	5,70	3,02	2,69
Balears, Illes	183.131	6.573	3.372	51,3%	3.201	48,7%	3,59	1,84	1,75
Canarias	351.053	9.994	4.152	41,5%	5.842	58,5%	2,85	1,18	1,66
Cantabria	129.419	6.444	4.511	70,0%	1.933	30,0%	4,98	3,49	1,49
Castilla y León	613.598	48.089	38.677	80,4%	9.412	19,6%	7,84	6,30	1,53
Castilla-La Mancha	390.221	28.695	21.507	75,0%	7.188	25,0%	7,35	5,51	1,84
Cataluña	1.468.233	65.379	46.110	70,5%	19.269	29,5%	4,45	3,14	1,31
Comunitat Valenciana	981.553	27.248	16.921	62,1%	10.327	37,9%	2,78	1,72	1,05
Extremadura	223.226	14.855	8.378	56,4%	6.477	43,6%	6,65	3,75	2,90
Galicia	687.685	21.704	8.331	38,4%	13.373	61,6%	3,16	1,21	1,94
Madrid, Comunidad de	1.208.776	52.882	23.248	44,0%	29.634	56,0%	4,37	1,92	2,45
Murcia, Región de	237.934	5.395	3.982	73,8%	1.413	26,2%	2,27	1,67	0,59
Navarra, C. F. de	130.661	6.664	3.632	54,5%	3.032	45,5%	5,10	2,78	2,32
Pais Vasco	499.428	21.765	15.316	70,4%	6.449	29,6%	4,36	3,07	1,29
Araba/Álava	70.473	3.620	2.545	70,3%	1.075	29,7%	5,14	3,61	1,53
Bizkaia	265.752	12.282	7.570	61,6%	4.712	38,4%	4,62	2,85	1,77
Gipuzkoa	163.203	5.863	5.201	88,7%	662	11,3%	3,59	3,19	0,41
La Rioja	67.305	3.235	1.711	52,9%	1.524	47,1%	4,81	2,54	2,26
Ceuta	10.144	199	188	94,5%	11	5,5%	1,96	1,85	0,11
Melilla	9.206	231	130	56,3%	101	43,7%	2,51	1,41	1,10
España	9.217.464	399.417	247.247	61,9%	152.170	38,1%	4,33	2,68	1,65

Fuente del cuadro "Los servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2019". Pág 30 https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_sppmmesp2019.pdf



Para alcanzar la ratio mínima que marca la OMS del 5% faltan 70.000 plazas residenciales

ANEXO 2: SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS SERVICIOS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

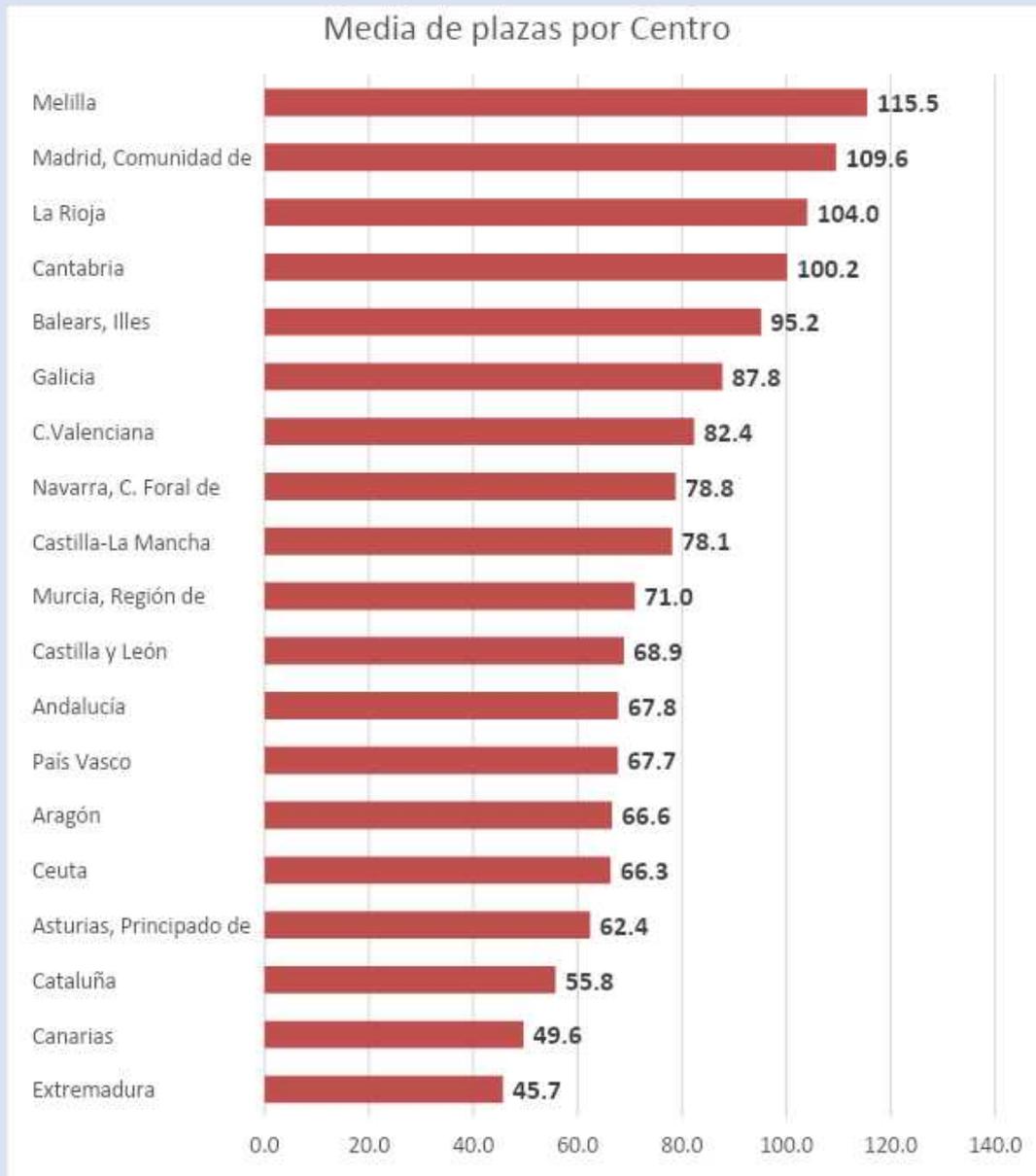


Elaboración propia con datos Informe de mayores de IMSERSO. Informe anual 2019

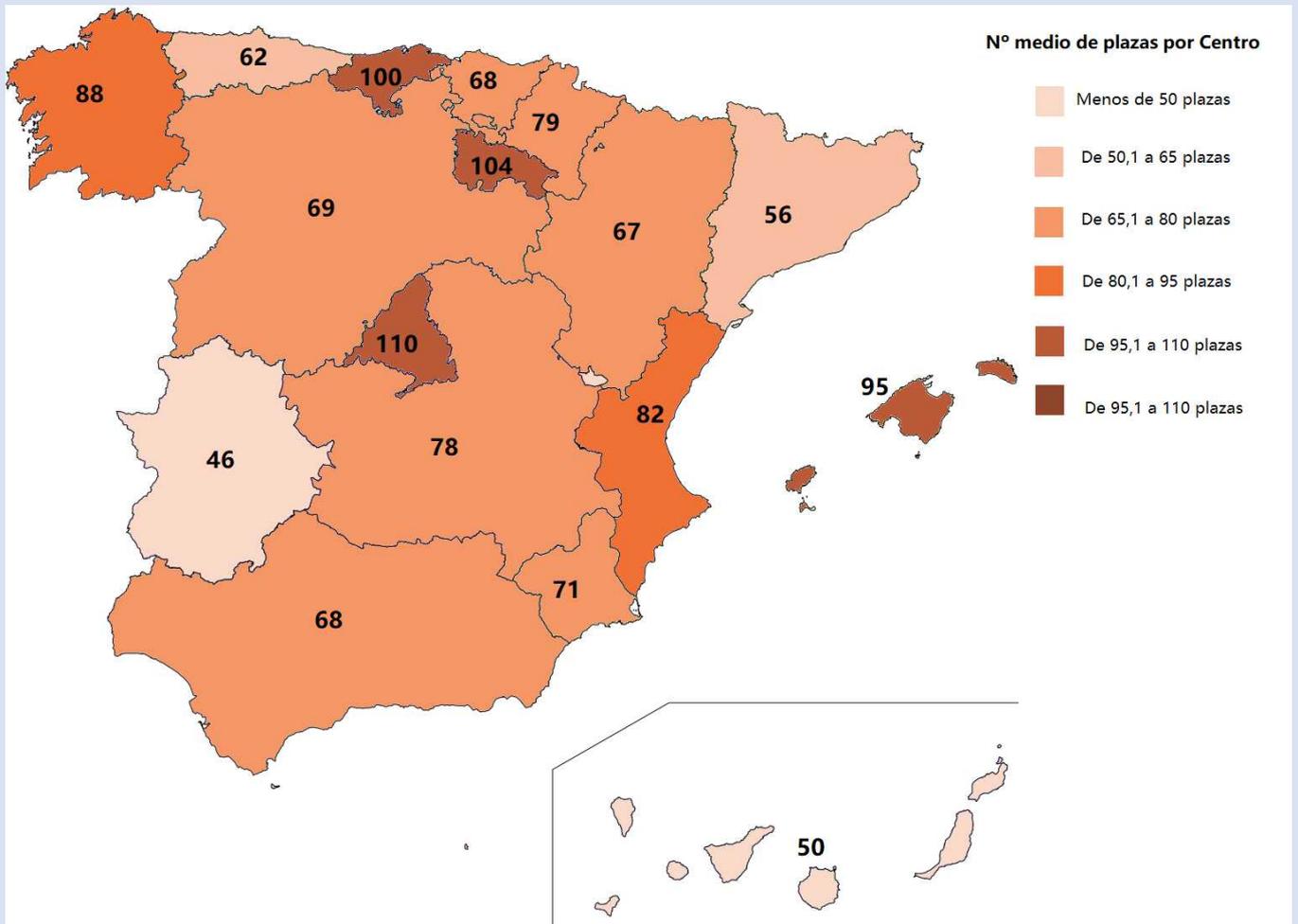
Comunidades Autónomas	Atención Residencial										
	Total	Públicos	Privados	Centros Residenciales				Viviendas para mayores			
				Nº de centros			Tamaño medio de los centros (Nº medio de plazas por centro)	Nº de centros			Tamaño medio de los centros (Nº medio de plazas por centro)
				Total	Públicos	Privados		Total	Públicos	Privados	
Andalucía	729	161	568	665	151	514	67,8	64	10	54	7,3
Aragón	293	78	215	289	75	214	66,6	4	3	1	17,0
Asturias, Principado de	243	51	192	240	48	192	62,4	3	3	0	75,0
Balears, Illes	73	32	41	68	28	40	95,2	5	4	1	20,2
Canarias	203	73	130	201	71	130	49,6	2	2	0	7,5
Cantabria	67	13	54	64	10	54	100,2	3	3	0	11,0
Castilla y León	698	198	500	698	198	500	68,9	0	0	0	-
Castilla-La Mancha	528	309	219	345	134	211	78,1	183	175	8	9,5
Cataluña	1.184	184	1.000	1.154	172	982	55,8	30	12	18	33,7
C.Valenciana	337	73	264	330	68	262	82,4	7	5	2	10,0
Extremadura	325	235	90	325	235	90	45,7	0	0	0	-
Galicia	376	84	292	222	57	165	87,8	154	27	127	14,4
Madrid, Comunidad de	495	71	424	476	63	413	109,6	19	8	11	38,2
Murcia, Región de	76	13	63	76	13	63	71,0	0	0	0	-
Navarra, C. Foral de	89	42	47	74	29	45	78,8	15	13	2	55,5
País Vasco	621	325	296	279	72	207	67,7	342	253	89	8,4
Araba/Álava	287	213	74	60	14	46	49,4	227	199	28	2,9
Bizkaia	220	38	182	154	33	121	69,5	66	5	61	23,8
Gipuzkoa	114	74	40	65	25	40	80,4	49	49	0	13,0
La Rioja	32	9	23	31	9	22	104,0	1	0	1	10,0
Ceuta	3	1	2	3	1	2	66,3	0	0	0	-
Melilla	2	1	1	2	1	1	115,5	0	0	0	-
España	6.374	1.953	4.421	5.542	1.435	4.107	70,2	832	518	314	12,5

Fuente del cuadro "Los servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2019". Pág 28

https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_sspmmesp2019.pdf



Elaboración propia con datos de Servicios sociales dirigidos a Personas mayores. Diciembre 2019
https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/inf_sspmmesp2019.pdf



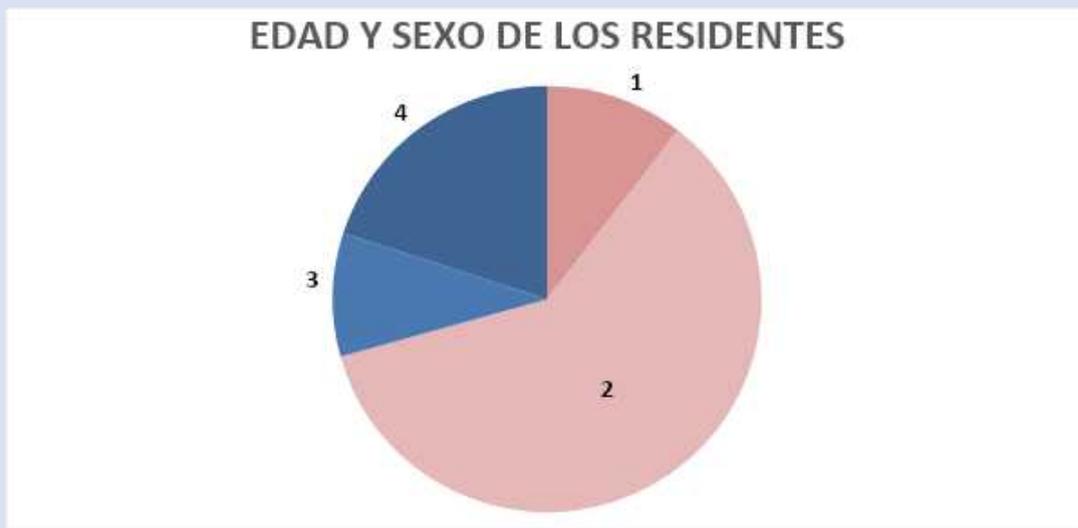
Elaboración propia con datos de Servicios sociales dirigidos a Personas mayores. Diciembre de 2019
https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/inf_sspmmesp2019.pdf

4.- Las Personas usuarias

Contamos tan solo con las variables ofrecidas por el IMSERSO en su Informe anual sobre los Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores

Comunidades Autónomas	Personas usuarias de 65 años o más					Personas usuarias de 65 a 79 años						Personas usuarias 80+						
	Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	% sobre total de 65 o más	Nº	%	Nº	%	Nº	% sobre total de 65 o más	Nº	%	Nº	%	
Andalucía**	21.919	6.458	29,5%	15.461	70,5%	6.376	29,1%	3.007	47,2%	3.369	52,8%	15.543	70,9%	3.451	22,2%	12.092	77,8%	
Aragón*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Asturias, Prin	5.987	1.724	28,8%	4.263	71,2%	1.455	24,3%	684	47,0%	771	53,0%	4.532	75,7%	1.040	22,9%	3.492	77,1%	
Balears, Illes	5.334	1.704	31,9%	3.630	68,1%	1.935	36,3%	682	35,2%	1.253	64,8%	3.399	63,7%	1.022	30,1%	2.377	69,9%	
Canarias*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cantabria**	4.401	1.473	33,5%	2.928	66,5%	954	21,7%	349	36,6%	605	63,4%	3.447	78,3%	1.124	32,6%	2.323	67,4%	
Castilla y León	42.501	12.811	30,1%	29.690	69,9%	6.992	16,5%	3.473	49,7%	3.519	50,3%	35.509	83,5%	9.338	26,3%	26.171	73,7%	
Castilla-La Ma	28.428	9.989	35,1%	18.439	64,9%	6.864	24,1%	3.478	50,7%	3.386	49,3%	21.564	75,9%	6.511	30,2%	15.053	69,8%	
Cataluña	44.746	11.043	24,7%	33.703	75,3%	6.310	14,1%	2.759	43,7%	3.551	56,3%	38.436	85,9%	8.284	21,6%	30.152	78,4%	
Comunitat Va	16.657	4.967	29,8%	11.690	70,2%	4.881	29,3%	2.300	47,1%	2.581	52,9%	11.776	70,7%	2.667	22,6%	9.109	77,4%	
Extremadura*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Galicia*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Madrid, Comu	52.830	15.187	28,7%	37.643	71,3%	8.362	15,8%	3.946	47,2%	4.416	52,8%	44.468	84,2%	11.241	25,3%	33.227	74,7%	
Murcia, Regió	5.395	1.586	29,4%	3.809	70,6%	1.182	21,9%	610	51,6%	572	48,4%	4.213	78,1%	976	23,2%	3.237	76,8%	
Navarra, C. Fo	5.339	1.724	32,3%	3.615	67,7%	1.118	20,9%	556	49,7%	562	50,3%	4.221	79,1%	1.168	27,7%	3.053	72,3%	
País Vasco	14.819	4.153	28,0%	10.666	72,0%	2.802	18,9%	1.383	49,4%	1.419	50,6%	12.017	81,1%	2.770	23,1%	9.247	76,9%	
Araba/Álava	3.537	1.071	30,3%	2.466	69,7%	673	19,0%	345	51,3%	328	48,7%	2.864	81,0%	726	25,3%	2.138	74,7%	
Bizkaia**	6.789	1.811	26,8%	4.958	73,2%	1.233	18,2%	585	47,4%	648	52,6%	5.538	81,8%	1.226	22,1%	4.310	77,9%	
Gipuzkoa**	4.513	1.271	28,2%	3.242	71,8%	896	19,9%	453	50,6%	443	49,4%	3.617	80,1%	818	22,6%	2.799	77,4%	
La Rioja**	1.926	654	34,0%	1.272	66,0%	398	20,7%	210	52,8%	188	47,2%	1.528	79,3%	444	29,1%	1.084	70,9%	
Ceuta	199	55	27,6%	144	72,4%	54	27,1%	20	37,0%	34	63,0%	145	72,9%	35	24,1%	110	75,9%	
Melilla	227	54	23,8%	173	76,2%	48	21,1%	21	43,8%	27	56,3%	179	78,9%	33	18,4%	146	81,6%	
España	250.708	73.582	29,3%	177.126	70,7%	49.731	19,8%	23.478	47,2%	26.253	52,8%	200.977	80,2%	50.104	24,9%	150.873	75,1%	

Podemos observar que el perfil mayoritario es el de una mujer mayor de 80 años, casi el 75% de los usuarios pertenecen a este sector



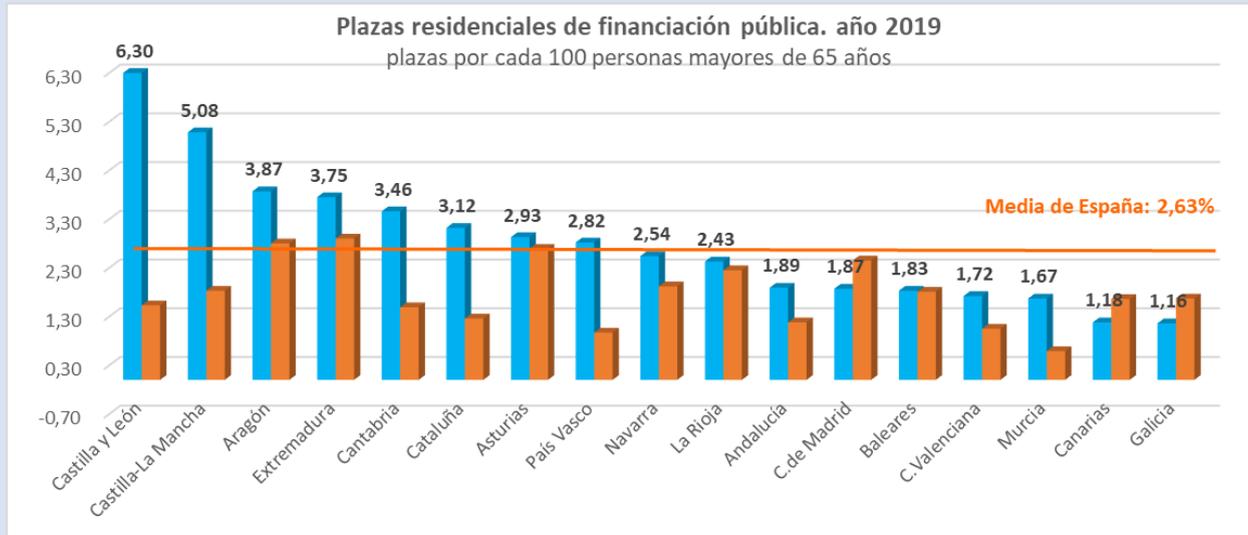
MUJERES		HOMBRES	
de 65 a 79 años	más de 80	de 65 a 79 años	más de 80 años
26.253	150.873	23.478	50.104

Elaboración propia con datos del Informe "Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2019

5.- Evolución histórica



Aunque entre 2010 y 2019 el número de mayores de 65 años se ha incrementado en más de 1 Millón de personas (1.119.907), el número de plazas residenciales se ha incrementado solo en en 20.226 plazas



Elaboración propia con datos del Informe "Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2019

6.- Financiación

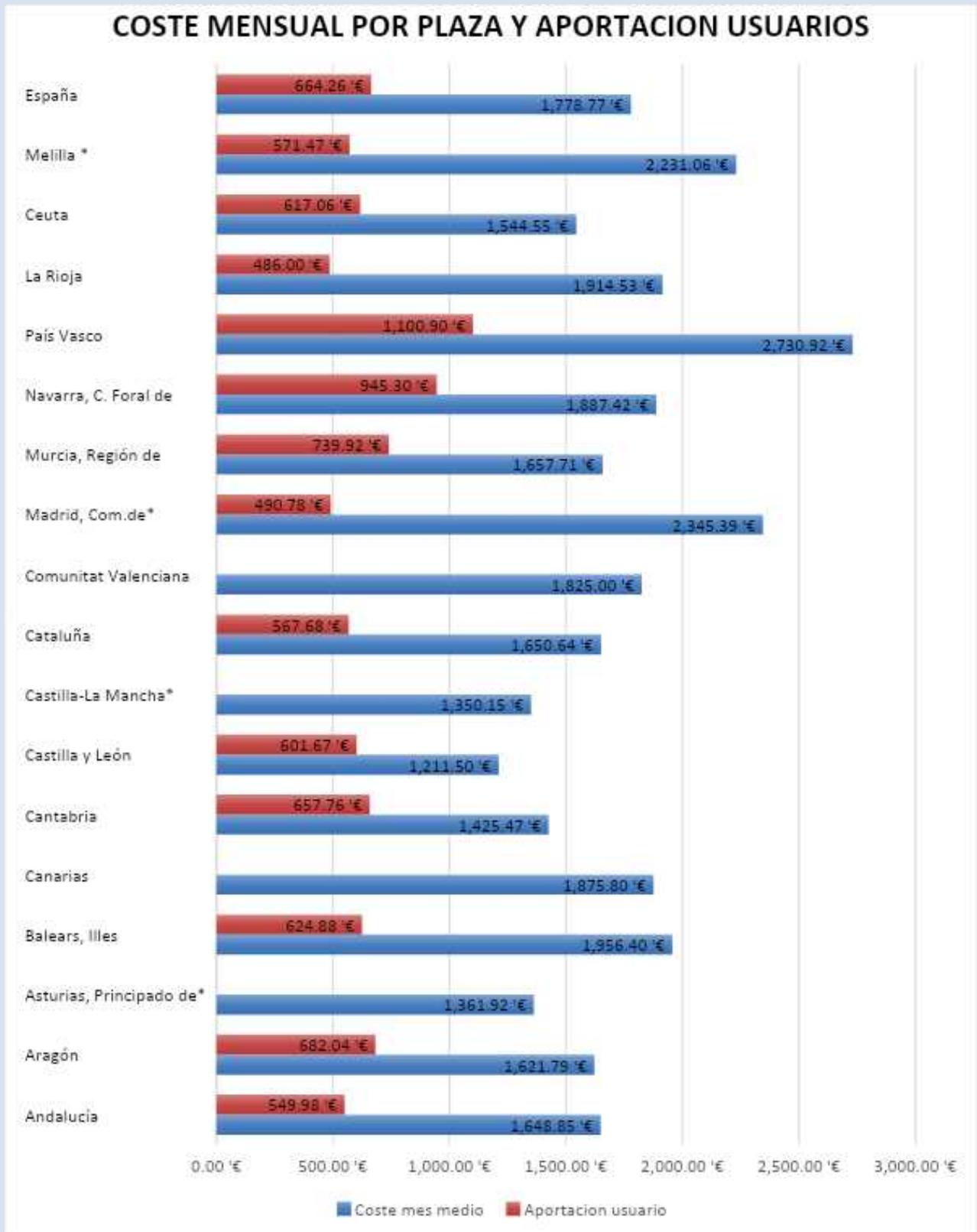
EL PRECIO DEL SERVICIO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES

Comunidades Autónomas	Precio de concertación anual		
	Precio €/año/p. usuario	Aportación promedio del usuario/a	
		€/año/Usuario	% sobre el precio
Andalucía	19.786,21 €	6.599,77 €	33,4%
Aragón	19.461,52 €	8.184,52 €	42,1%
Asturias, Principado de*	16.342,99 €	-	-
Balears, Illes	23.476,82 €	7.498,51 €	31,9%
Canarias	22.509,55 €	-	-
Cantabria	17.105,69 €	7.893,08 €	46,1%
Castilla y León	14.537,95 €	7.220,07 €	49,7%
Castilla-La Mancha*	16.201,82 €	-	-
Cataluña	19.807,63 €	6.812,14 €	34,4%
Comunitat Valenciana	21.900,00 €	-	-
Extremadura**	-	-	-
Galicia**	-	-	-
Madrid, Com.de*	28.144,72 €	5.889,31 €	20,9%
Murcia, Región de	19.892,50 €	8.879,00 €	44,6%
Navarra, C. Foral de	22.649,09 €	11.343,59 €	50,1%
País Vasco	32.771,03 €	13.210,76 €	40,3%
La Rioja	22.974,30 €	5.832,00 €	25,4%
Ceuta	18.534,60 €	7.404,66 €	40,0%
Melilla *	26.772,75 €	6.857,64 €	25,6%
España	21.345,24 €	7.971,16 €	37,3%

* Madrid y Melilla no presentan datos del precio de concertación. Estimamos misma cantidad que precio público anual **No presentan ningún dato



El coste medio concertado por plaza Residencial en España es de 21.345 €/año que supone 1.779 €/mes.

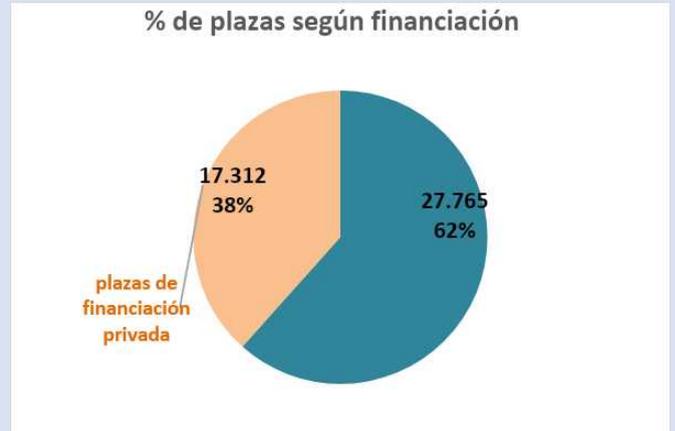
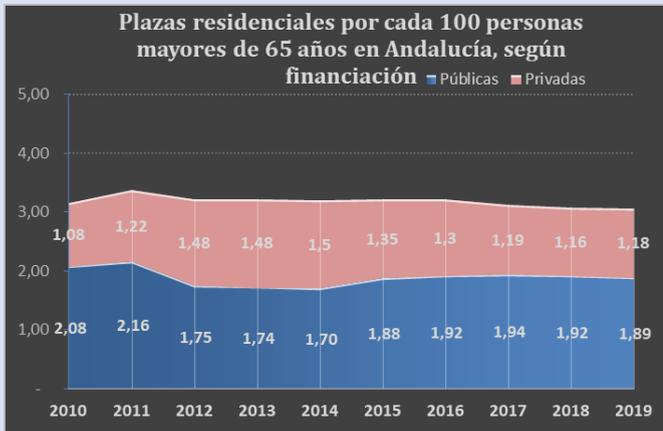


Elaboración propia con datos del Informe "Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2019"

* Nota, las CCAA que no aparecen en la gráfica no han aportado datos, del mismo modo que aquellas en las que no se refleja la aportación de los usuarios.

7.- Datos por Comunidades Autónomas

ANDALUCÍA



Andalucía tiene un déficit de 28.457 plazas residenciales para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años

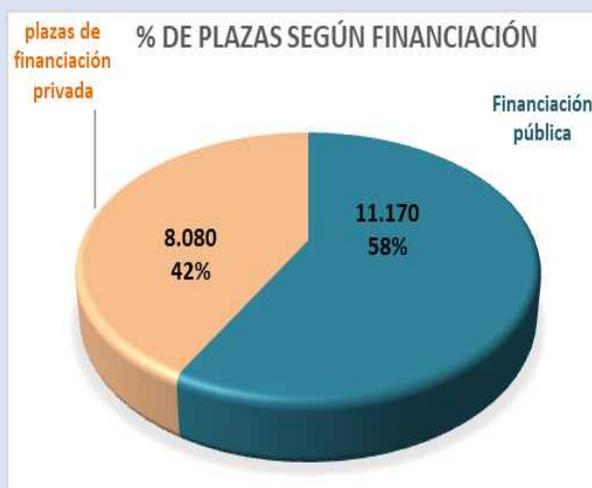
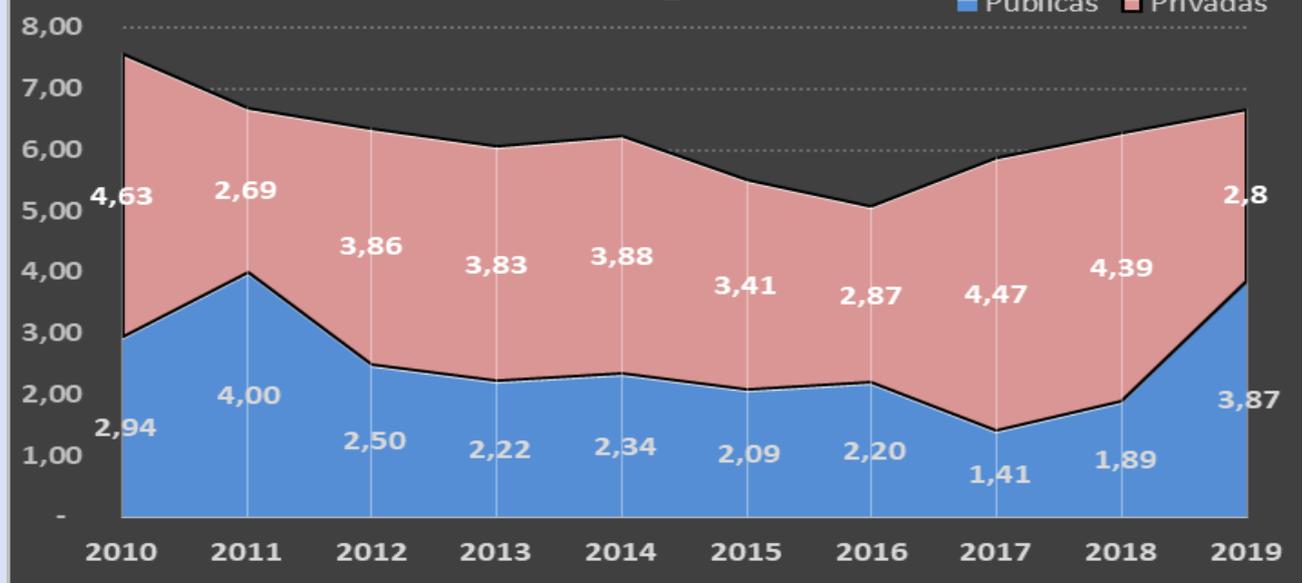
ARAGÓN

Número de plazas residenciales para personas mayores en ARAGÓN (públicas y privadas)

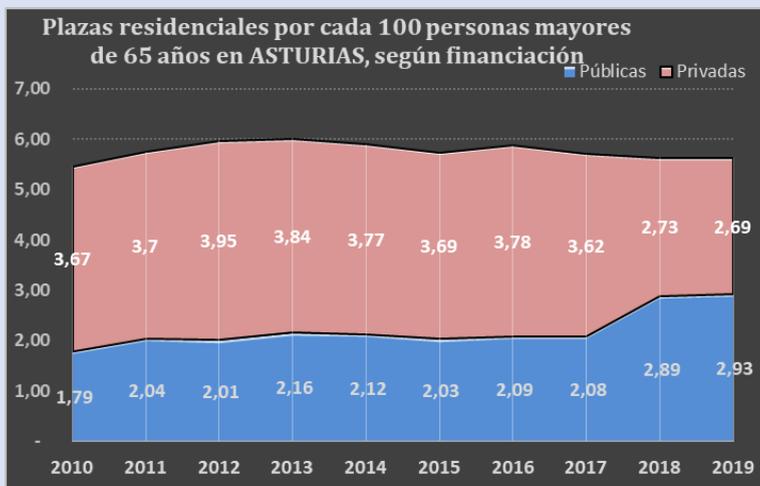


Aragón supera en 4.817 plazas la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años. Además ha pasado de contar únicamente con un 24% de plazas de financiación pública a contar con un 58%.

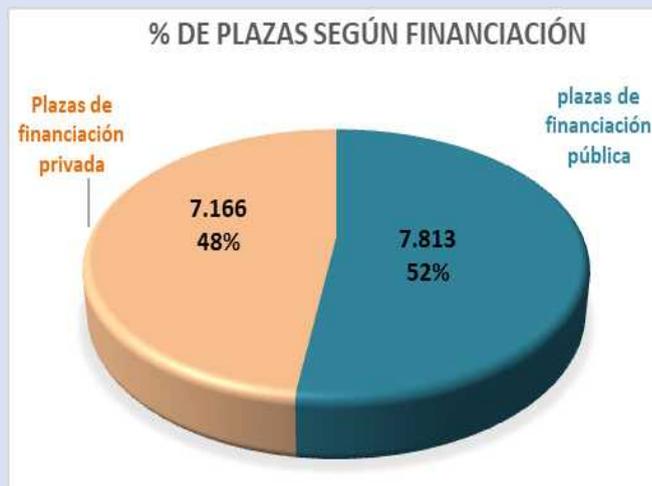
Plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años en ARAGÓN, según financiación



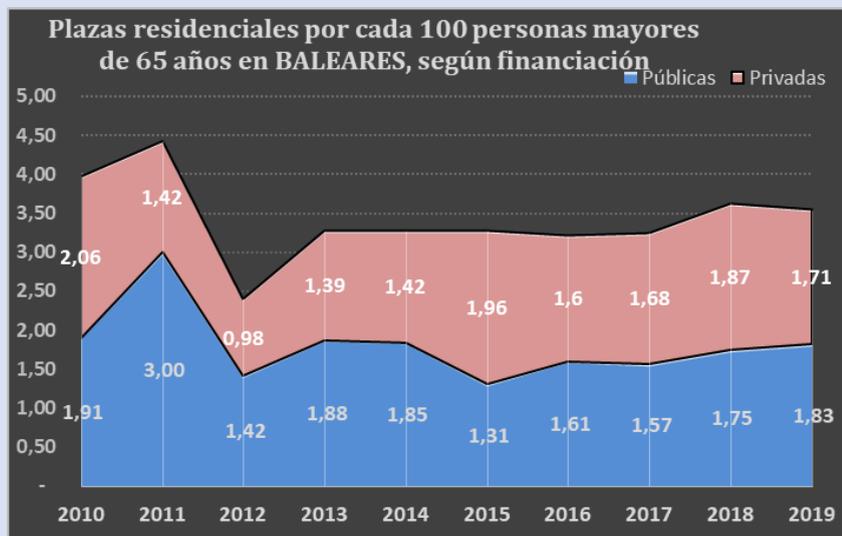
ASTURIAS



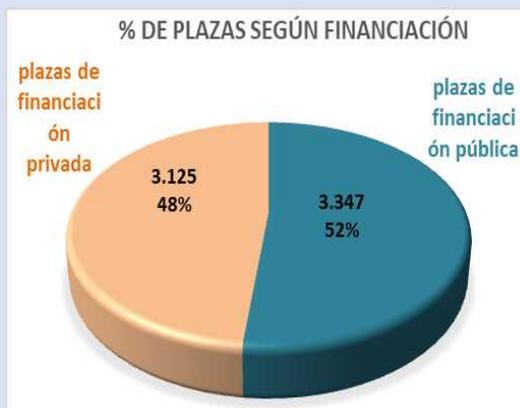
Asturias supera en 1.651 plazas la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años. No obstante, sólo la mitad de esas plazas tienen financiación pública



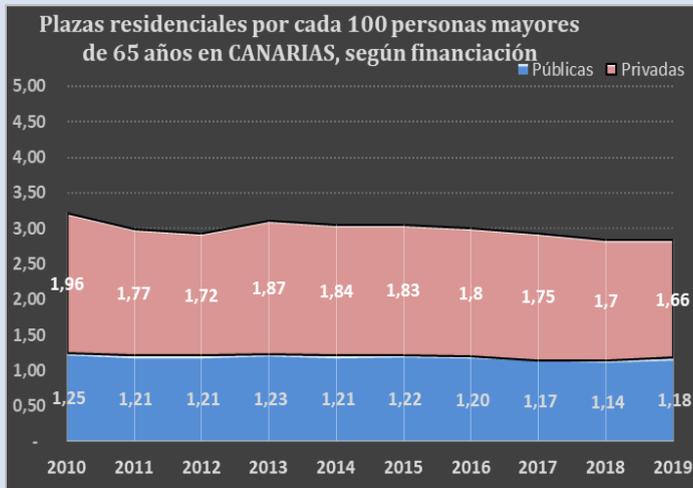
BALEARES



Baleares tiene un **déficit de 2.685 plazas residenciales** para alcanzar el ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años. Es una de las dos únicas comunidades autónomas que no ha aumentado sus plazas residenciales



CANARIAS

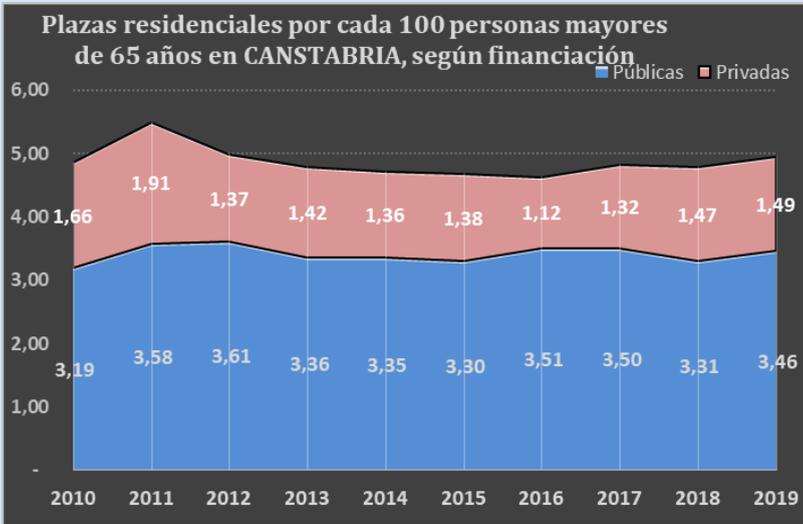


Canarias tiene un **déficit de 7.573 plazas residenciales** para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.

Además, sólo el 40% de sus plazas residenciales tienen financiación pública



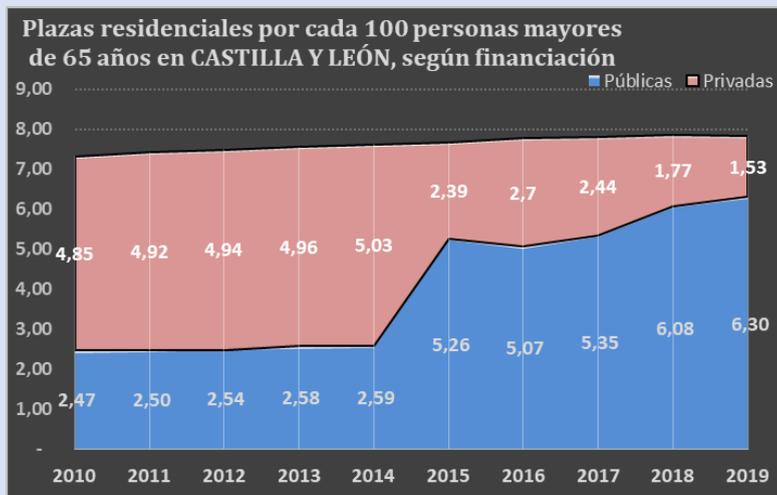
CANTABRIA



Cantabria tiene un **déficit de sólo 60 plazas residenciales** para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años. Cantabria logra contar con más plazas residenciales que en ningún otro momento de la serie histórica. El 70% de sus plazas son de financiación pública.



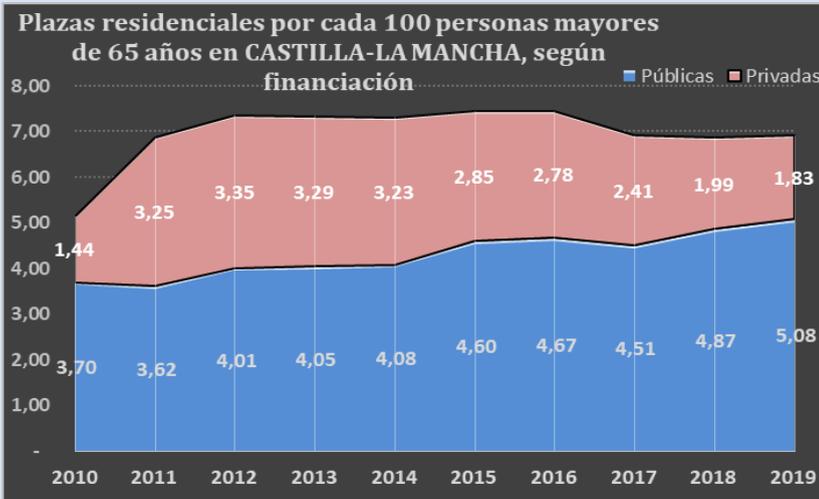
CASTILLA Y LEÓN



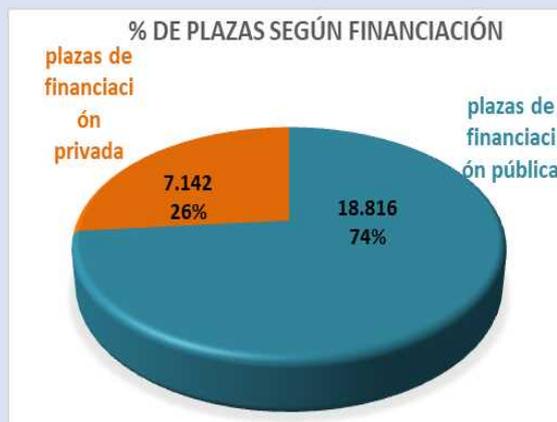
Castilla y León **supera en 17.409 plazas** la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.
 Es la comunidad con más plazas de financiación pública con un 80%.



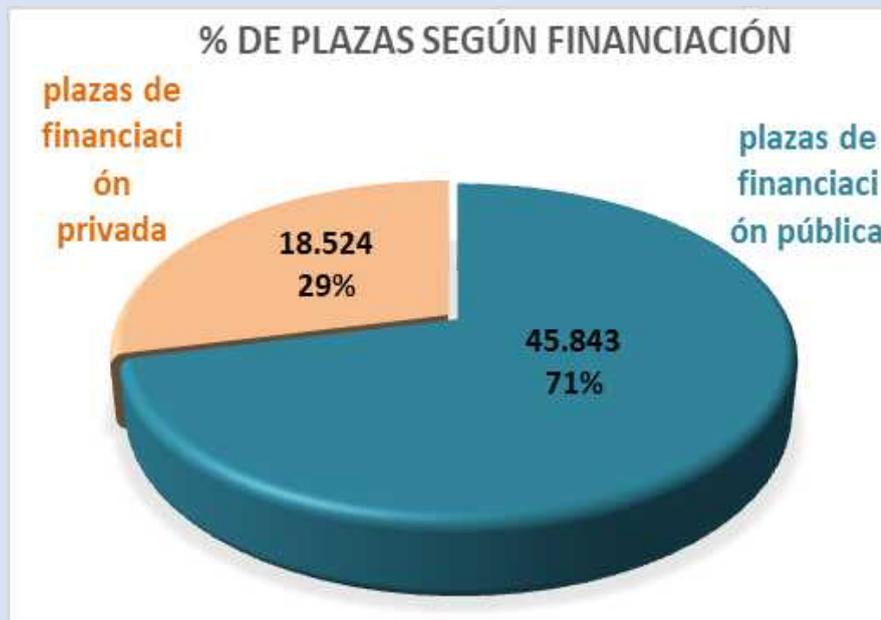
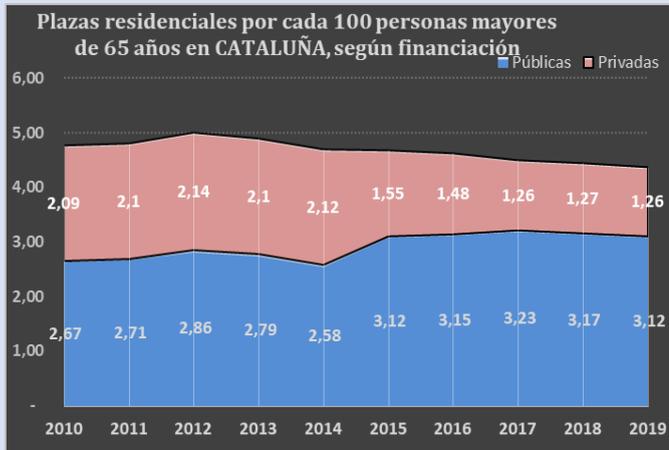
CASTILLA – LA MANCHA



Castilla – La Mancha supera en 7.446 plazas la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años. Casi tres de cada cuatro plazas son de financiación pública



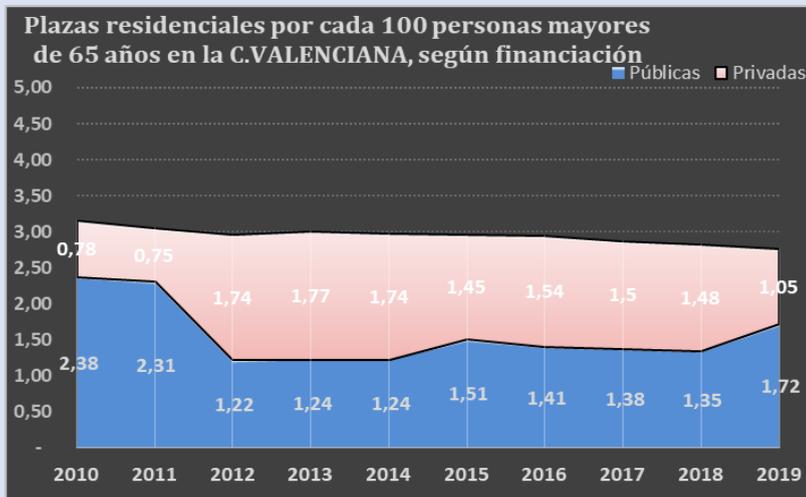
CATALUÑA



Cataluña tiene un **déficit de 9.045 plazas residenciales** para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.

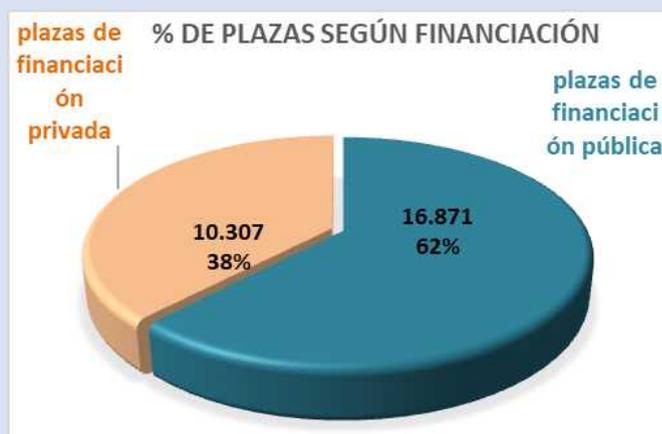
7 de cada 10 plazas residenciales en Cataluña son de financiación pública

COMUNIDAD VALENCIANA

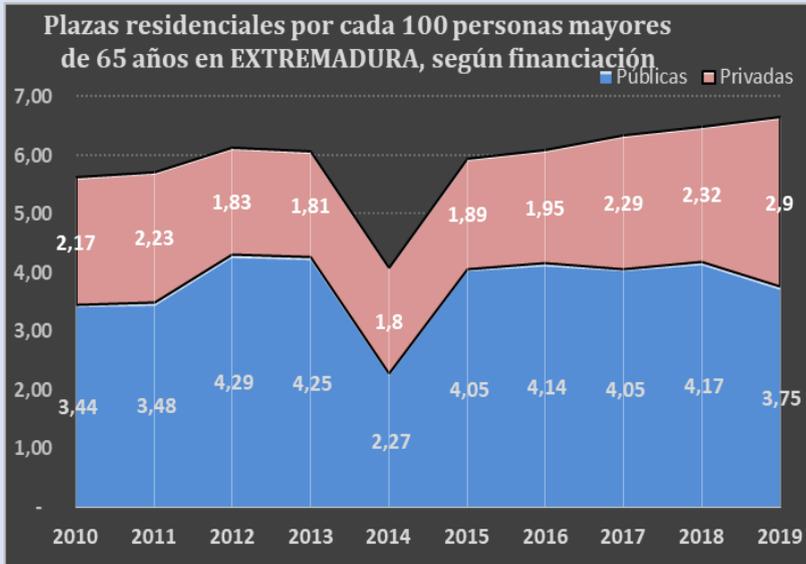


La Comunidad Valenciana tiene un **déficit de 21.900 plazas residenciales** para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.

Aumenta en más de 14 puntos las plazas residenciales de financiación pública respecto del total de plazas residenciales

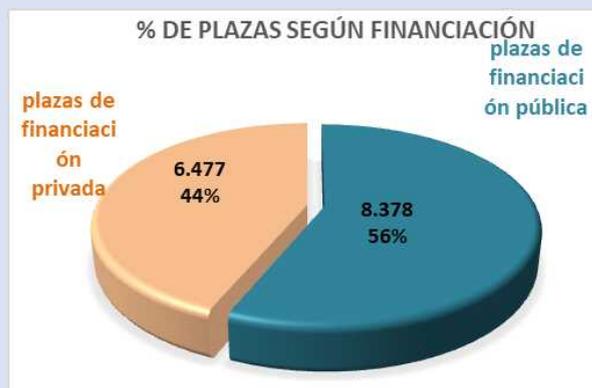


EXTREMADURA

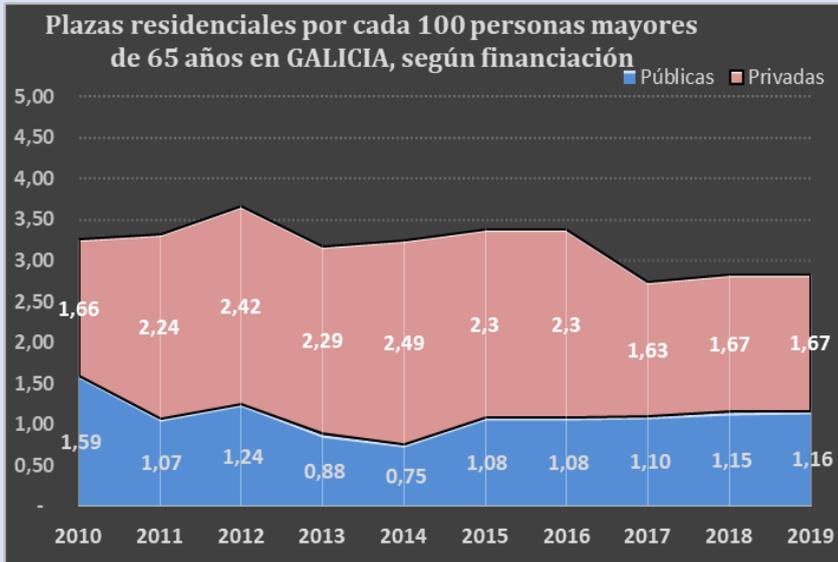


Extremadura **supera en 3.694 plazas** la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.

Un 56% de las plazas son de financiación pública, se ha producido un importante retroceso del porcentaje de plazas públicas en favor de las plazas privadas



GALICIA

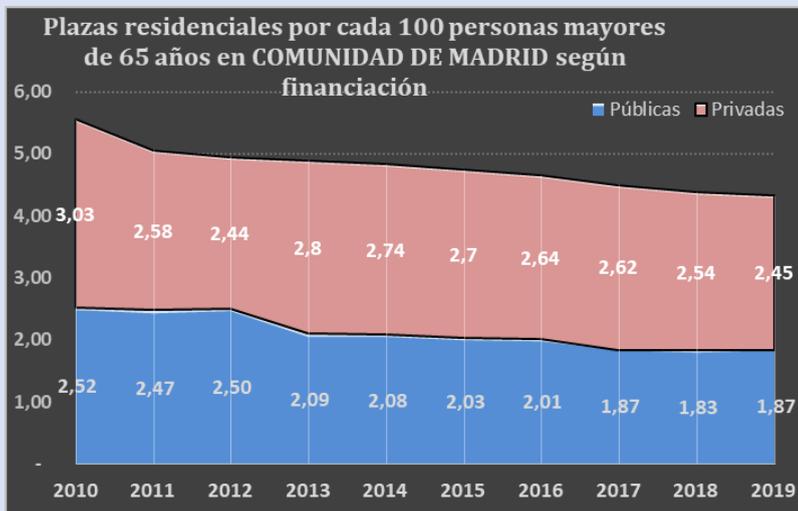


Galicia tiene un **déficit de 14.902 plazas residenciales** para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.

Solo 4 de cada 10 plazas son de financiación pública

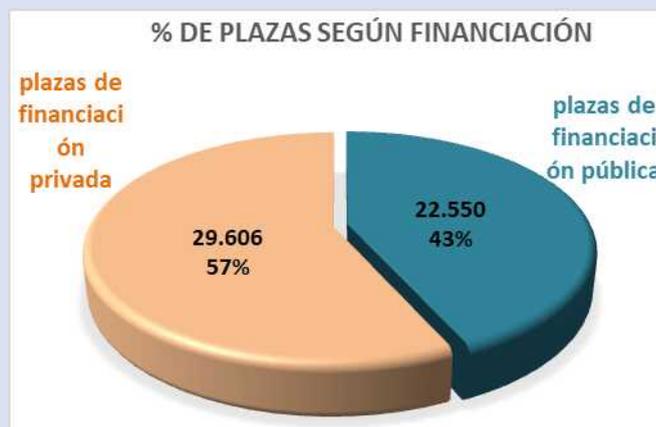


COMUNIDAD DE MADRID

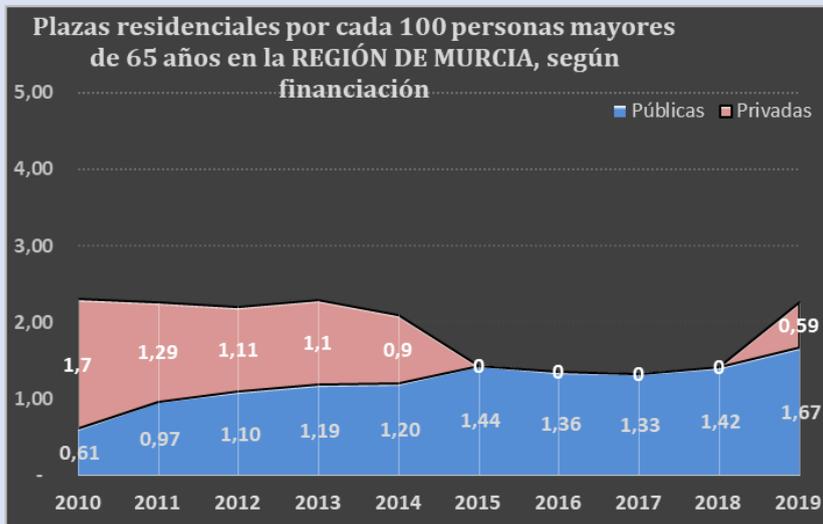


La Comunidad de Madrid tiene un **déficit de 8.283 plazas residenciales** para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.

Solo 4 de cada 10 plazas son de financiación pública



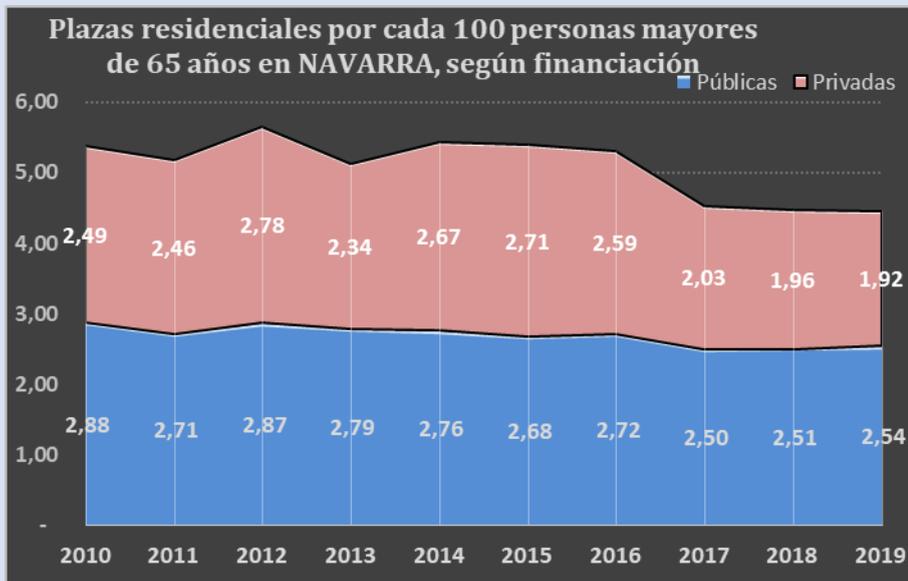
REGIÓN DE MURCIA



La Región de Murcia tiene un **déficit de 6.502** ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.
Casi 3 de cada 4 plazas residenciales son de financiación pública



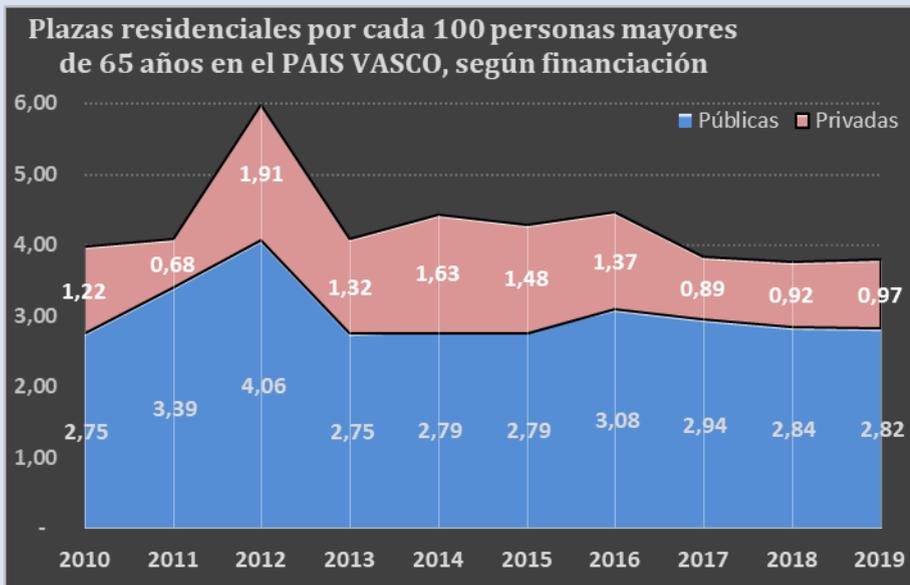
NAVARRA



Navarra tiene un **déficit de 702 plazas residenciales** para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años. El 57% de las plazas son de financiación pública

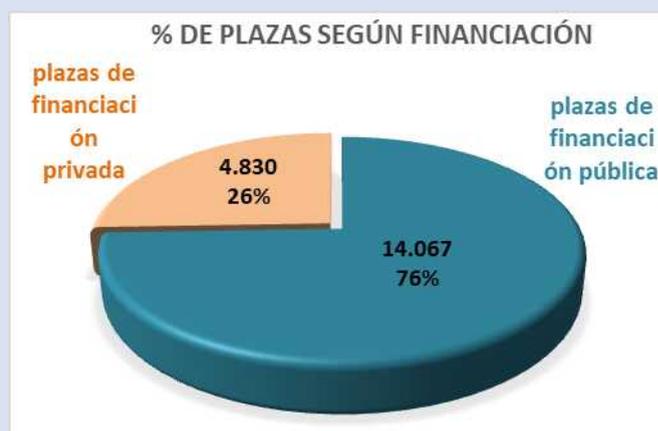


PAÍS VASCO

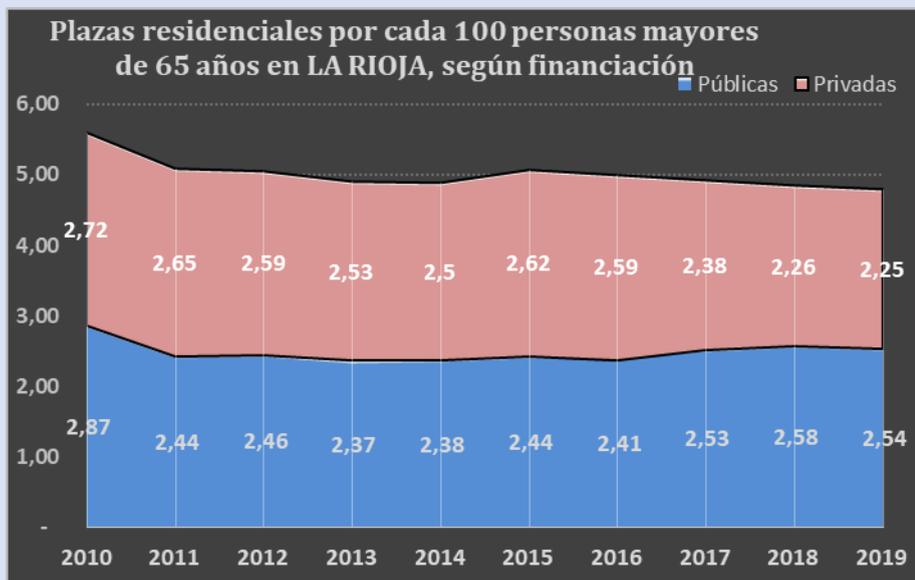


El País Vasco tiene un **déficit de 6.074 plazas residenciales** para alcanzar la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.

Tres de cada cuatro plazas residenciales en el País Vasco son de financiación pública



LA RIOJA



La Rioja tiene un déficit de **140 plazas** la ratio de 5 por cada 100 personas mayores de 65 años.

Poco más de la mitad de las plazas son de financiación pública



2021

<https://directoressociales.com> | info@directoressociales.com
ASOCIACIÓN DE DIRECTORAS Y GERENTES DE SERVICIOS SOCIALES DE ESPAÑA
©2021



ASOCIACIÓN ESTATAL DE
DIRECTORES Y GERENTES EN
SERVICIOS SOCIALES