

INNOVACIONES EN RESIDENCIAS

PARA PERSONAS
EN SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

Diseño arquitectónico
y modelo de atención



COORDINADORA Y EDITORA DE LA PUBLICACIÓN:
PILAR RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

TRADUCCIÓN DE LOS TEXTOS EN INGLÉS:
ASTRID LINDSTROM Y GLORIA VILALTA

MAQUETACIÓN Y EDICIÓN:
FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

DISEÑO:
LOS ÁNGELES D.C.

TAMBIÉN HAN COLABORADO:
ANA ARTACHO
PENÉLOPE CASTEJÓN
ANA GARCÍA MENDOZA

OCTUBRE DE 2012

INNOVACIONES EN RESIDENCIAS

PARA PERSONAS
EN SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA

INNOVACIONES EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

7 Presentación

Pilar Rodríguez y Juan Sitges.

9 Crónica de las Jornadas

Loles Díaz Aledo, periodista especializada en gerontología.

PRIMERA PARTE.- AVANCES EN DISEÑO ARQUITECTÓNICO Y MODELOS DE ATENCIÓN EN EUROPA Y EE.UU.

41 La relación entre el diseño arquitectónico y el bienestar subjetivo.

Mary-Ann Knudstrup, Associate Professor, Departamento de Arquitectura, Diseño y Tecnología, Universidad de Aalborg, Dinamarca.

57 El juego de las generaciones: una nueva era de la vivienda para personas mayores.

Jeremy Porteus, Director de Housing LIN. Inglaterra.

73 Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: el caso alemán.

Miguel Montero. Sociólogo. Berlín.

87 El modelo nórdico: evoluciones en el cuidado y el espacio para las situaciones de dependencia en la vejez en Suecia, con cierta relevancia para Dinamarca y Noruega. Jonas E. Andersson, arquitecto, assistant profesor de la Escuela de Arquitectura, Instituto Real de Tecnología. Estocolmo. Suecia.

109 Valor del entorno físico y de las relaciones humanas para vivir bien en una residencia, a pesar del Alzheimer.

Marie-Jo Martínez Guisset. Fundación Médéric Alzheimer – París – Francia.

115 Cambios en las nursing-homes estadounidenses para garantizar la dignidad de la persona.

Karen C. Schoeneman, Subdirectora de la División de Residencias Asistidas, Centros y Servicios de Medicare y Medicaid. Departamento de Salud y Servicios a las Personas de EE.UU.

123 Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva.

Víctor Regnier, FAIA, Profesor de arquitectura y gerontología. Escuela de Arquitectura, Universidad de California del Sur, Los Ángeles, EE.UU.

SEGUNDA PARTE.- INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

INICIATIVAS DESDE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

- 157** El Proyecto Etxean Ondo, promovido por el Gobierno Vasco.
Miren Amilibia, Directora de Alta Inspección de Servicios Sociales.
- 167** Tendencias de futuro en la atención residencial de personas mayores de la C.A. de Castilla y León.
Jesús Fuertes Zurita, Gerente de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.
- 175** Alojamientos para personas con discapacidad en Álava.
Francisco Javier Leturia Arrazola. Subdirector Área personas con Discapacidad del Instituto Foral de Bienestar Social.

INICIATIVAS Y APORTACIONES DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

- 187** Planificación centrada en la persona (PCP) en residencias de personas mayores. La experiencia de Caser Residencial.
Pablo González, Director de Calidad y Procesos y María Ruiz Cejudo, Directora de la Residencia Caser de Arturo Soria.
- 193** Avances en diseño y modelo de atención centrada en la persona. La Residencia de San Camilo (Madrid).
José Ignacio Santaolalla, Presidente de la Federación Lares (Federación de residencias y servicios de atención a los mayores -sector solidario-).

- 197** Humanizar el cuidado a los mayores en centros residenciales.
José Carlos Bermejo, Director del Centro de Humanización de la Salud.

INICIATIVAS PROMOVIDAS POR LAS PROPIAS PERSONAS DESTINATARIAS

- 211** Modelos de apoyo para una vida independiente. Una propuesta desde las personas con discapacidad.
Miguel Ángel García Oca, Presidente de PREDIF, ASPAYM-Madrid.
- 223** Residencial Santa Clara de Málaga. Una iniciativa de las personas mayores.
Aurora Moreno González, Presidenta de la Sociedad Cooperativa Andaluza "Los Milagros".

LA VOZ DE LAS PERSONAS MAYORES

- 229** La opinión y los deseos de las personas mayores.
Luis Martín Pindado, Presidente de la UDP y Vicepresidente del Consejo Estatal de Personas Mayores.
- 235** La residencia en la que nos gustaría vivir.
Mercè Mas Quintana y M^a Carme Arqués Grau, Fatec.

APÉNDICE

- 245** Coste efectividad, economías de escala y tamaño de los centros residenciales para personas mayores y con discapacidad.
Centro de Documentación y Estudios SIIS.

INNOVACIONES EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Pilar Rodríguez Rodríguez (Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal) y Juan Sitges Breiter (Director de la Fundación Caser para la Dependencia).

El conocido fenómeno del envejecimiento de la población tendrá, como anuncian todas las proyecciones demográficas, un llamativo crecimiento en España. Este hecho, junto a la necesidad de respetar los nuevos derechos sociales promulgados y ajustar la oferta de servicios a los deseos de sus potenciales destinatarios, obliga a los poderes públicos, a los proveedores de servicios y al conjunto de la sociedad a reflexionar sobre la oferta que tenemos y tratar de adaptarla a las nuevas demandas. Para ello, conocer las diferentes soluciones y tendencias internacionales en este campo y contrastarlas con las nuestras parece un paso previo antes de planificar los cambios que convenga emprender.

Bien conocidos son, por recurrentes, los resultados de encuestas y estudios cualitativos sobre los deseos y expectativas de la ciudadanía acerca de los lugares donde desean recibir cuidados y atención en caso de necesitarlos: la casa, el propio entorno y, en su defecto, un

lugar (residencia, apartamentos o viviendas con servicios) donde poder recibir atención profesional cualificada y, al tiempo, recibir los apoyos precisos para proseguir el proyecto vital sin que se resienta la percepción de control de la propia vida. Esto atañe, sin duda, al modelo de atención que, verdaderamente, debería estar centrada en la persona, y que también requiere que el diseño arquitectónico de los centros y el ambiente interior y exterior promuevan bienestar y la sensación de que se vive en un hogar propio.

Conocer, reflexionar y debatir las innovaciones existentes en este campo de la atención en centros para personas en situación de dependencia fue el objetivo de nuestras dos Fundaciones al diseñar el contenido de las *Jornadas Internacionales Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: Diseño arquitectónico y modelo de atención*, que se celebraron los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2011. Los numerosos participantes de las mismas pudieron encontrar un espacio de encuentro y reflexión en el que se mostraron una variedad de experiencias de fuera y de dentro de España relacionadas con el diseño y los modelos de atención residencial que se están proponiendo como idóneos por un doble motivo. Por una parte, porque ofrecen a las personas que requieren apoyos por su situación de dependencia entornos adecuados y atención de calidad sin menoscabo de principios como la salvaguarda de su autonomía personal. Por otra parte, porque los costes del modelo de atención integral y centrada en la persona resultan asequibles y sostenibles en el tiempo.

Creemos que con el desarrollo de aquel Encuentro pudimos contribuir al debate abierto

presentación

desde hace años en la mayor parte de los países de nuestro entorno y que también ha comenzado a abrirse en España, sobre los diseños arquitectónicos, los ambientes y los modelos de atención.

¿Cómo hacer viables los principios de dignidad, autonomía, derechos, cuando las personas viven en alojamientos de larga estancia por su necesidad de recibir apoyos y cuidados permanentes?; ¿qué criterios arquitectónicos y de diseño se requieren para ofrecer ambientes que favorezcan el control del espacio y de la propia vida?; ¿son asumibles los costes de alojamientos “hogareños” donde se aseguran cuidados de calidad?; ¿cómo avanzar en el modelo de atención integral y centrada en la persona partiendo de los equipamientos existentes? Estas fueron, en esencia, las cuestiones a responder.

Teniendo en cuenta la riqueza y la calidad de las intervenciones que se presentaron y debatieron en las Jornadas, la diversidad de su procedencia, tanto territorial como cultural, así como que el enfoque de las ponencias tiene un alcance multidisciplinar, hemos creído que podía ser de utilidad reunir en una publicación sus contenidos para diseminarlos con el mayor alcance posible.

A los textos de los ponentes antecede una crónica que resume en pocas páginas lo acontecido en esos dos días de encuentro y denso debate. El relato ha sido elaborado por Loles Díaz Aledo, reconocida periodista especializada en gerontología. Y teniendo en cuenta el enorme y lógico interés existente en el sector por la cuestión de los costes, se ha incorporado, al final de la publicación, un capítulo elaborado por el Centro de Documentación y Estudios SIIS sobre los resultados de una amplia revisión

bibliográfica que han desarrollado relacionada con el coste efectividad, economías de escala y tamaño de los centros.

Queremos dejar explícito nuestro reconocimiento a cuantos han permitido que este deseo de nuestras dos Fundaciones haya podido hacerse realidad. Sabemos bien que no es lo mismo presentar una ponencia que escribir un texto para su publicación, lo que requiere de un esfuerzo mucho mayor. Gracias a todos, pues, por el trabajo y la dedicación de tiempo puestos a disposición del objetivo común de hacer llegar a los diversos estamentos y agentes interesados estos contenidos.

Si con su difusión contribuimos a incrementar el conocimiento sobre la diversidad de cuestiones que se precisa tener en cuenta en el ámbito de los alojamientos para afrontar el futuro de los cuidados de larga duración de manera innovadora y basada en evidencia científica, habremos visto cumplidos los fines que nos propusimos al decidir la edición de estos materiales.

INNOVACIONES EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Crónica de las Jornadas *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: diseño arquitectónico y modelo de atención.*

Loles Díaz Aledo
Relatora

INTRODUCCIÓN

El miércoles 30 de noviembre de 2011 el salón del Palacio de Congresos de Madrid estaba a reborar desde muy primera hora de la mañana. Las Jornadas Internacionales organizadas por la **Fundación Caser para la dependencia** y la **Fundación Pilares para la autonomía personal** habían conseguido despertar un gran interés.

El asunto a debatir “Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: diseño arquitectónico y modelo de atención” atrajo a un público interesado y plural formado por arquitectos, trabajadores sociales, asociaciones de personas mayores, responsables de políticas públicas, médicos, estudiantes, asociaciones de personas con discapacidad, expertos en políticas sociales y de vivienda, proveedores de servicios, entidades del Tercer Sector, etc.

Cuando las Jornadas fueron avanzando cumpliendo el apretado programa previsto y los asistentes continuaron fielmente en sus asientos ya no cupo ninguna duda: se había acertado en tema y ponentes. O dicho de otra forma: hay necesidad de saber e interés por conocer cómo se están haciendo las cosas en otros países y de intercambiar opiniones y conocer de primera mano

experiencias y realidades del nuestro. Estas primeras Jornadas Internacionales, oportunas y bien planteadas, contaron con la participación de todos los estamentos, profesionales y personas que tienen que ver con el cuidado y la atención y, seguramente por eso, aportaron respuestas.

Esta es, al menos, la opinión de esta relatora que tampoco se movió de su silla en los dos días, no sólo para poder dar noticia fiel de lo ocurrido, sino por el interés y atractivo de cuanto allí se trataba.

PRIMERA JORNADA: DERECHOS, EVIDENCIA CIENTÍFICA Y EXPECTATIVAS

Pilar Rodríguez y **Juan Sitges** fueron los primeros en intervenir para dar la bienvenida, agradecer a todos su asistencia y centrar los *Objetivos de las Jornadas: reflexionar y debatir juntos sobre nuestro modelo de residencia*, que ha evolucionado pero que tiene que hacerlo mucho más. Reflexionar y debatir sobre innovación arquitectónica y sobre el modelo de atención a las personas, dentro de un marco fundamental y permanente: Los valores. Por eso, la primera conferencia estuvo a cargo de **Adela Cortina**.

EL FUNDAMENTO ÉTICO

Marije Goikoetxea fue la encargada de hacer la presentación de Adela Cortina, cuya intervención consideró más que oportuna en el pórtico de las Jornadas, para poner fundamento ético a los cambios que, sin duda, se irán proponiendo a lo largo de las mismas.

La conferenciante empezó refiriéndose a las revoluciones silenciosas, que son las más importantes porque transforman la realidad desde dentro, citando como más destacadas las que han tenido lugar en el seno de la familia a partir de la incorporación de la mujer al trabajo y la llamada “revolución gris”, consecuencia del envejecimiento de la población.

Siguió haciendo algunas consideraciones sobre la edad biológica, cronológica y social, para entrar a continuación en lo sustancial de su intervención: *lo que nos constituye como seres humanos es hacer nuestra propia vida*.

ÉTICA, AUTONOMÍA, VALOR Y DIGNIDAD

Estas cuatro palabras sirvieron a **Adela Cortina** de hilo conductor de su intervención hasta llegar a concluir que *toda persona es capaz de aportar hasta el fin de su vida*.

Ética es una palabra de origen griego que significa carácter, algo que nos hemos de ir forjando a lo largo de la vida. La ética de cada persona es hacerse a sí misma. Hoy sabemos que la forja del carácter sigue hasta el final de la vida.

Podemos ser sujetos agentes de nuestra vida o decidir convertirnos en pacientes. Nuestras decisiones crean hábitos, una especie de segunda naturaleza, que nos predispone a actuar de una u otra manera y esa es nuestra responsabilidad.

Autonomía, palabra con múltiples significados entre los que eligió éste: capacidad de construir la propia vida.

Alguien autónomo es capaz de moverse, relacionarse y formar su propio juicio y éstas son precisamente las bases de una vida con calidad. Cuando estas capacidades disminuyen se considera que se pierde autonomía.

Ser autónomo es tener la madurez psicológica necesaria para poder tomar las propias decisiones. Lo contrario es ser heterónimo, es decir, depender de otros, que toman esas decisiones en lugar de la otra persona sin consultarle.

Valor y dignidad. Los seres humanos son fines en sí mismos, valen por sí mismos y no para otra cosa. No hay que confundir valor y precio. Mercancía es aquello que tiene precio. Los seres humanos no tienen precio sino dignidad y ésta pertenece al orden ético de los valores. Todos, desde el nacimiento hasta el final de la vida, somos igual de valiosos. Por eso, *una persona mayor no es alguien que ha dejado de valer porque es valiosa por sí misma.*

En la actualidad, esta idea de dignidad se pone en relación con la de diálogo, porque nadie puede construir su autonomía personal en solitario sino junto a los demás, en relación con los otros. Con el vínculo del reconocimiento recíproco vamos haciendo conjuntamente nuestra vida. Si los demás nos aceptan, nuestra autoestima crece. Si nos excluyen, baja.

Las personas nos servimos unas de otras y debemos prestarnos servicios con las propias capacidades hasta el final porque, en una u otra medida, todos podemos hacerlo incluso si hemos perdido, o ha disminuido, alguna de las capacidades que teníamos. No permitir u obstaculizar esa aportación, además de otras consideraciones, nos empobrece a todos. Y, en el caso concreto de personas mayores, impide que aporten la experiencia del pasado que nos sirve para construir el futuro.

Empoderar a las personas mayores, poniendo los medios necesarios para que puedan llevar adelante sus proyectos, supone crear entornos que las tengan en cuenta. Entornos en los que no estén, ni se sientan, excluidas. Es un deber de justicia crear los entornos adecuados a cada persona, que es única e irreplicable, para que lleve adelante sus planes de vida. Tenga la edad que tenga.

INAUGURACIÓN OFICIAL

En la inauguración oficial de las Jornadas, que tuvo lugar tras la conferencia de Adela Cortina, Pilar Rodríguez defendió el modelo de atención integral y centrada en la persona, que es el que propugna e impulsa la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Este modelo supone, por una parte, reconocer la complejidad de los casos de dependencia y la necesidad de realizar un enfoque integral en las intervenciones. Y, por otra parte, supone valorar y respetar las preferencias y estilos de vida individuales y, en consonancia con ellos, ofrecer una atención personalizada. E invitó a buscar respuestas a preguntas como *¿Dónde queremos vivir si necesitamos que nos cuiden? ¿Cómo queremos que nos atiendan llegado el momento? ¿Qué costes comporta una u otra forma de cuidado? ¿Podremos pagarlo?* Preguntas importantes para avanzar pisando el suelo.

Para Juan Sítges la celebración de estas jornadas responde a una necesidad clara: *“Hoy sabemos que cada vez harán falta más residencias, pero es importante analizar el momento actual para, desde ahí, organizar su evolución más adecuada”*. Destacó el interés que desde la Fundación Caser se tiene en potenciar la búsqueda por parte de todos los agentes (Administraciones, sociedad civil y empresas) para encontrar soluciones efectivas y que realmente respondan a las necesidades de las personas dependientes y sus familiares. El propósito de estas jornadas es ser un lugar de encuentro y de debate que nos ayude a mejorar las actuaciones, esfuerzos y proyectos que emprendamos o que ya tengamos entre manos.

La intervención de **Isabel María Martínez Lozano**, que participaba en uno de sus últimos actos institucionales, aportó un asunto importante a tener en cuenta: la necesidad de poner de acuerdo la oferta y la demanda, porque *“tal vez haya un desajuste entre el deseo y la demanda de las personas mayores en situación de dependencia y la oferta que se les hace”*. Y dejó claro que lo que requieren es un apoyo adecuado a su nivel de dependencia, pero respetando su autonomía, y no otra cosa.

¿Cómo deben evolucionar los modelos para seguir prestando servicios de calidad? La pregunta quedó en el aire pero dio algunas pistas de por donde debería ir la respuesta: el bienestar de las personas en situación de dependencia está muy relacionado con su entorno. Su opción predilecta es vivir en su casa y, cuando no sea posible, en un entorno residencial que se parezca a su casa. Es decir un lugar sencillo, abarcable y *“donde puedan ejercer las capacidades que conserven”*.

La evolución de la atención siempre ha ido de la mano de la innovación. Hoy se privilegia apartamentos accesibles con tecnología adecuada y atención socio sanitaria individual que evite los traslados. Pero hay que añadir a esto el criterio de sostenibilidad, mejorar todo lo que represente calidad de vida y cuanto sirva para retrasar, en lo posible, la dependencia. Y aún mas, a estas alturas del siglo XXI tenemos que ir a modelos residenciales que permitan la convivencia de personas de distintas generaciones.

COMIENZA EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS

Avanza la mañana siguiendo el programa previsto. Es necesario hacer una pausa para, con un café, ir guardando en la mente lo ya escuchado, e intercambiar saludos, opiniones y comentarios entre los asistentes.

Pronto volvemos a la sala porque va a comenzar la primera mesa de intercambio de experiencias, cuyo título es “Avances conceptuales y de diseño arquitectónico basados en la evidencia científica”.

Mercé Pérez Salanova presentadora y moderadora de esta primera mesa, nos pone en situación. Vamos a saber cómo se articula, en la práctica, la innovación, el conocimiento y la experiencia con la aportación de expertos de distintas disciplinas venidos de Dinamarca, Alemania, Reino Unido y Estados Unidos. Y, como metodología, propone escuchar a dos expertos, abrir luego un turno de preguntas, dar la palabra a los otros dos ponentes y cerrar la mesa de nuevo con intervenciones del público.

Mary-Ann Knudstrup, de Dinamarca, es la primera en intervenir. Y lo hace afirmando que *hay una relación directa entre el diseño arquitectónico y el bienestar subjetivo*, idea que se repetirá muchas veces durante las Jornadas. Para hacer esta afirmación se basa en un estudio multidisciplinar que tuvo en cuenta opiniones de profesionales, arquitectos, responsables de servicios y las propias personas que viven ahora o podrán vivir en el futuro en una residencia. Su objetivo era saber qué tipo de residencia quieren los usuarios de hoy o los que mañana requerirán un alojamiento con apoyo. La investigación dejó muy clara la respuesta: *aquella que les permita vivir de la forma más parecida a como lo hacían antes de tener que abandonar su casa*, en la misma zona en la que han vivido hasta entonces, o en una próxima y que disponga de medios de transporte cercanos.

Respecto al tipo de vivienda hubo general acuerdo entre los sujetos investigados acerca de que estos alojamientos dispongan de privacidad y espacio, lo que se traduce en una serie de metros cuadrados por persona, flexibilidad en la distribución, vistas al exterior y terrazas o balcones accesibles que permitan disfrutar del aire libre.

Pasó revista a continuación a otros interesantes estudios realizados con anterioridad y relacionados con el asunto que aquí nos ocupa, repaso que resultó altamente interesante y clarificador. Sirvió, por ejemplo, para descubrir que hay pequeñas soluciones que pasan por preguntarse siempre las preguntas- qué se puede hacer para aprovechar todo lo posible recursos que no siempre cuestan dinero. O que no cuestan más que otros. Si la luz, la cantidad de luz, es importante especialmente para personas con demencia o depresión, construir buscando aprovecharla al máximo es una buena idea.

Puesta a sacar una conclusión de la intervención de Mary-Ann Knudstrup, sería que *hay que contar con las opiniones de los usuarios, y también de los profesionales y expertos, para construir utilizando todos aquellos elementos arquitectónicos que producen bienestar*. Porque en la toma de decisiones sobre cómo deben ser estos alojamientos, intervienen políticos, arquitectos, ingenieros y, naturalmente los dueños del edificio, que lo hacen en función, sobre todo, de los costes de producción. Pero *no se podrá garantizar el bienestar hasta que no se llegue a una toma de decisiones práctica y funcional, que incluya la participación en todo el proceso de los expertos, de los profesionales de los centros y, sobre todo, de las personas mayores o con discapacidad que van a ser sus destinatarios*.

Miguel Montero tomó la palabra a continuación para compartir con los asistentes la experiencia alemana. En este país la atención domiciliaria a personas que necesitan cuidados, sea ésta prestada por familiares o por profesionales, ha sido lo más frecuente pero, en la actualidad, va creciendo el número de residencias y de personas atendidas en ellas y decreciendo los cuidados prestados en el hogar.

Como en otros países, en Alemania el modelo de atención en las residencias ha ido evolucionando pasando del “modelo asilo” al “modelo hospital” que, a su vez, dio paso al “modelo residencia” para llegar, en los años 90, al “modelo familiar” que ahora está evolucionando hacia “comunidades vivenciales”. Los cambios nunca son bruscos, por ello hoy es posible encontrar centros que responden al modelo residencia, junto a otros que corresponderían al familiar o ya al convivencial.

Esta evolución ha supuesto la aplicación de nuevos planteamientos arquitectónicos y de funcionamiento, como por ejemplo abrir las residencias al entorno o, más recientemente, tratar de responder al reto que plantea la demencia utilizando todo lo posible la luz y los colores, diseñando cuidadosamente los espacios, ya sean zonas comunes, al aire libre o destinadas al trabajo biográfico, los sistemas de cierre, la adaptación de pasillos, etc.

Anualmente las residencias deben someterse a una evaluación abierta de la calidad de la atención que prestan. Las notas de cada centro pueden ser consultadas por familiares y usuarios.

Y finalmente destacó que Alemania ha pasado de una normativa muy centralizada a otra descentralizada, pues la competencia en esta materia fue transferida en 2006 a los gobiernos federales. Por eso, hay normas generales relativas a la accesibilidad de las viviendas y centros, junto a reglamentos federales sobre requisitos en materia de edificación o personal. Normas vinculantes, como la Constitución y la Ley de igualdad de las personas con discapacidad, y no vinculantes, como la Carta de los derechos de las personas en situación de dependencia. En definitiva, una situación con cierta complejidad.

TIEMPO PARA PREGUNTAR

Siguiendo la metodología propuesta por la moderadora para el mejor desarrollo y aprovechamiento de esta mesa de experiencias, se abre un turno de palabra y asistimos a un interesante coloquio.

P.- ¿Quién hace la evaluación de las residencias en Alemania?

Miguel Montero.- Los seguros médicos de dependencia, es decir lo que en España corresponde al Sistema Nacional de Salud, que son de ámbito estatal. Las evaluaciones de los gobiernos regionales han pasado a segundo plano

P.- ¿En qué medida un diseño arquitectónico que no está coordinado con las recomendaciones provenientes del conocimiento en los ámbitos social y de salud puede ser útil?

Mary-AnnKnudstrup.- La idea es, precisamente, facilitar la coordinación entre el mundo de la arquitectura y las evaluaciones relacionadas con el bienestar social pero, aunque se avanza, todavía queda mucho camino por recorrer. Habría que estudiar cómo se podría hacer llegar ese conocimiento que aporta la investigación a los arquitectos para que diseñaran teniéndola en cuenta, pero no es fácil.

P.- ¿Qué tipo de residencias asistidas debería haber para dar respuesta a la creciente necesidad de cuidados?

Mary-AnnKnudstrup.- En Dinamarca la investigación a la que me he referido incluye información y opinión sobre, y desde, las personas con necesidades especiales de movilidad, por ejemplo. Su participación nos ayudará para construir mejor.

En el caso de personas con demencia hay cosas que se podrían modificar fácilmente, por ejemplo con colores. Si todo es blanco hay personas que no encuentran la puerta de salida. Pintar de negro el suelo, delante de una puerta, impedirá que la traspasen si, por razones de seguridad, es mejor que no lo hagan. Pero todo esto es algo sobre lo que se sigue investigando.

P.- ¿Qué métodos se utilizaron en Dinamarca para la participación de las personas mayores en el diseño de residencias?

Mary-AnnKnudstrup.- Participan los mayores de los Consejos de los Municipios donde están planificándose alojamientos para personas mayores. La mayor dificultad para mantener viva su participación en estas consultas radica en que el proceso hasta llegar a la construcción completa de las viviendas dura mucho tiempo, a veces más de tres años, y es necesario que participen durante todo el proceso para que no se olviden o marginen sus aportaciones.

Miguel Montero.- Pero hay que tener en cuenta que el cambio conceptual hacia un nuevo modelo de atención no termina con la reforma arquitectónica. Requiere un reciclaje continuo de los profesionales, porque tienen que romper las fronteras profesionales. Esto no funciona si el personal no está motivado.

P.- ¿Cómo se acogió en Alemania la transferencia de competencias y las experiencias de cambio de modelo?

Miguel. Montero.- Al principio hubo reticencias por si lo que se pretendía era una reducción de costes a base de menos trabajadores especializados, pero esto no ha ocurrido.

P.- ¿Qué porcentaje hay de cooperativas o de mayores agrupados para hacer sus propias residencias?

Miguel Montero.- En el ámbito de las viviendas de nuevo modelo, especialmente las de tipo intergeneracional, hay algunas cooperativas, pero en el gran sector residencial no tienen ningún papel.

DE NUEVO LOS EXPERTOS

Finalizado el tiempo dedicado a debatir con los dos miembros de la mesa que ya han intervenido, la moderadora cede la palabra a **Jeremy Porteus** del Reino Unido, quien dibuja un cuadro común a otros países: el deseo es vivir en la propia casa e irse a otro lugar sólo si es inevitable y lo más tarde posible.

La realidad es que en el Reino Unido la mayoría de las mujeres a los 82 años y los hombres a los 84, dejan su casa y van a alojamientos especiales. Existe en este país un número muy importante de viviendas "tuteladas" que fueron construidas sin criterios de accesibilidad y sin tener previsto un sistema de cuidados permanentes que ahora, cuando muchas personas han desarrollado una situación de dependencia, hay que adaptar.

El 90% de las personas mayores viven en casas de su propiedad y recibir los cuidados y atenciones necesarios en ella no sólo es la opción preferida sino que es la más barata, incluso si hay que mejorar o adaptar muchos de esos hogares. Por ello, ha existido un fuerte compromiso del Gobierno para que las viviendas nuevas se diseñen teniendo en cuenta criterios de accesibilidad, de modo que se favorezca que puedan continuar viviendo en ellas cuando precisan cuidados permanentes, preservando así la máxima independencia de las personas.

También se han creado comisiones de estudio sobre cómo hacer frente a la situación a un coste menor. Para ello, los expertos se han preguntado, por ejemplo, cuánto cuesta ofrecer cuidados paliativos en el domicilio al final de la vida, cómo se puede ayudar a las personas mayores a vivir

mejor en sus propias casas con cuidados las 24 horas del día y los siete días de la semana, qué servicios de teleasistencia y otros apoyos tecnológicos son necesarios, etc.

Con todo ello, por el momento, el modelo *predominante en el Reino Unido se centra más en el concepto de permanecer en la vivienda propia* que es lo que quiere la mayoría, *contando con apoyos* y comprando los servicios que se necesitan. Y es por esta razón por lo que se concede tanta importancia a la tipología de viviendas que se ofrecen a las personas mayores, que deben reunir las características precisas para que puedan continuar viviendo en ellas aunque requieran de cuidados de gran intensidad.

¿Y POR QUÉ NO?

Esta pregunta podría resumir el método utilizado por **Karen C. Schoenemann**, de Estados Unidos, para conseguir que las cosas evolucionen sorteando casi en el límite muchas normas. Con esta pregunta y con el apoyo del Movimiento “Cambio de cultura en las nursing home” del que es fundadora persigue un objetivo irrenunciable: garantizar la dignidad de las personas mayores que viven en residencias.

Para empezar aportó algunos datos de la realidad de su país que quizá nos es más desconocida. En EE.UU. hay 15.700 residencias para mayores. El 67% pertenecen a empresas con ánimo de lucro, el 6% son propiedad del gobierno y los estados y el resto pertenece a entidades sin ánimo de lucro. Por término medio tienen alrededor de 100 camas y lo normal es que dispongan de habitaciones para dos personas.

Y dicho esto, pasó enseguida a poner ejemplos sobre el modo de actuar para avanzar en el cambio de modelo.

Muchas residencias a la hora de ofrecer la comida, por ejemplo, piensan como si se tratara de hospitales: todo está predeterminado. Se sirve un menú y ya está. Pero el movimiento “Cambio de Cultura” pregunta: *¿Y por qué no se puede elegir?* Parece baladí pero es un asunto importante pues *se trata de cómo relacionar y equilibrar los derechos, las preferencias y la calidad de la atención y los cuidados que se prestan* y que están encorsetados en distintas normativas y códigos, a veces muy antiguos, contra los que hay que luchar. Porque *los planes de cuidados responden más a las necesidades de quienes dictan las normas que a las de los usuarios.*

¿Para qué tenemos residencias, para tener una fila a las 7 de la mañana porque esa es la hora del desayuno o para facilitar una vida mejor? ¿Por qué no podemos ejercer nuestras preferencias como hacemos en casa?

A estas preguntas los profesionales responden que porque con poco personal no se puede atender particularidades. Pero, insiste Karen, si esos profesionales en lugar de rotar continuamente

para evitar que se creen lazos afectivos con las personas residentes, permanecen tiempo en el mismo lugar, si conocen a las personas a las que asisten, es más fácil y posible atender sus necesidades.

Gracias al Movimiento "Cambio de cultura", el año 2009 se lograron algunos cambios normativos que significan mejoras en la calidad de vida. Los residentes ahora pueden elegir sus horarios dentro de unos márgenes, decidir si prefieren tomar un baño o una ducha, ser atendidas necesidades especiales como disponer de un armario con barra baja o espejos bajos, o que durante las 24 horas del día sea posible recibir visitas.

La mayoría de los muchos "noes" que se dicen en las residencias: esto no es posible, esto no se puede hacer..., no resisten la pregunta ¿y por qué no?

Por eso, las barreras que impiden llevar a cabo innovaciones van desapareciendo. *Hay que considerar las posibilidades y necesidades de cada persona, y no vulnerar sus derechos ni su dignidad.*

Ya en el tiempo de coloquio, Mary-Ann Knudstrup aportó otro dato para la reflexión: *"En Dinamarca también hemos hablado del tamaño de los centros porque si son demasiado pequeños, también puede ser un problema para algunas personas mayores".*

Nos sorprendió esta constatación de nuestro estudio porque lo que conocemos y está generalmente admitido es que los centros demasiado grandes son despersonalizadores, fríos y exigen una forma de vida alejada del deseo mayoritario que tienen las personas de sentirse como en casa. Pero quizá no habíamos pensado en que, al margen de valoraciones de tipo económico, hay que considerar que centros demasiado pequeños, con pocas personas y sin posibilidad de compartir y relacionarse con otras pueden limitar también una vida plena y autónoma.

Y con esa nueva idea en la cabeza, nos fuimos a comer.

HABLEMOS DE ESPAÑA

Puntualmente, y con nutrida asistencia, empezó la mesa redonda prevista para la tarde de este primer día de las Jornadas, su título: "Expectativas sobre el cuidado de las personas en situación de dependencia en España según resultados de distintas investigaciones" no dejaba lugar a dudas. Tocaba hablar de nosotros.

La moderadora, **Ana Artacho**, avanza que vamos a tener acceso a un rico panel de experiencias y comienza con una cita del conocido cocinero Ferrán Adriá: *"Hay que salir, compartir con otros, saber qué quieren"*. Cita que, en su opinión, viene como anillo al dedo para el trabajo de esta tarde.

A **Cristina Rodríguez Porrero** se le ha encargado hablar del diseño para todos y la ayuda que éste puede prestar a las personas con enfermedad de Alzheimer. Y empieza con una afirmación rotunda, el Ceapat, centro que dirige, trabaja para conseguir la accesibilidad universal, para que se diseñe pensando en todas las personas y para que haya productos de apoyo para todas las situaciones, incluidas las personas con Alzheimer. Recuerda que, precisamente 2011 es el Año Internacional del Alzheimer, pero que, además, la Ley de promoción de la autonomía personal y de atención a personas en situación de dependencia, la declaración de 2012 como Año Europeo del envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional, y la publicación del libro blanco del envejecimiento activo presentan nuevas exigencias para la atención adecuada de estas personas.

DISEÑO PARA TODOS

El concepto de diseño para todos nació en los años 90 en EE.UU., concretamente en Carolina del Norte. Y, como se trata de hablar a partir del resultado de investigaciones realizadas, se refiere a la titulada "Diseño para la demencia" (Universal Design Handbook, 2001) que puso de manifiesto que *el diseño puede ayudar mucho y reducir la necesidad de nuevos aprendizajes aprovechando el uso de imágenes familiares y favoreciendo la privacidad*.

Con entusiasmo nos convenció de las excelencias del diseño universal porque puede ayudar a resolver muchas situaciones, no sólo de personas con demencia sino de grupos diferentes, porque dirige su mirada a la persona y busca respuestas para favorecer la orientación, la seguridad, la privacidad, el control, la continuidad del contacto social o las mejores fórmulas para dar continuidad a lo vivido. *"Está claro que tenemos que tender hacia esto"*.

Y termina con una frase de Bárbara Chandler *"Ser diseñador es ser un agente del cambio"*.

"Cómo humanizar el cuidado en los centros residenciales", éste era el cometido encomendado a **José Carlos Bermejo**. Para abordarlo se apoyó en un estudio realizado en 2006 que buscó respuestas a la pregunta ¿Qué cree la gente que es humanizar?

El asunto nos llevó a casi el comienzo del encuentro, a la intervención de Adela Cortina, porque nos colocó ante cuestiones éticas de gran importancia.

"Hay que hablar de humanizar porque el problema ético fundamental es la deshumanización".

Y es necesario hablar también de cambio porque, a veces, los centros en los que viven personas en situación de dependencia tienen normas de funcionamiento que las deshumanizan al impedirles hacer su propia vida, ser protagonistas de ella en la medida de sus posibilidades.

Cambios que pasan por la competencia profesional que se debe exigir a quienes trabajan en ellos, y que es *la suma de técnica, relaciones, control emocional, ética, espiritualidad y cultura*.

Todas estas componentes hacen la competencia profesional. Humanizar pasa mucho por estas competencias y también por el corazón.

Prestar una atención integral centrada en la persona supone atención física, corporal, pero también atención intelectual, emotiva, social y espiritual. Sólo si atiende a todo esto se puede considerar que se está prestando una atención integral a la persona.

Dos horas y media es el tiempo de que dispone esta mesa. No es mucho cuando en ella están seis personas con mucho que contar y ganas de compartir. El reloj avanza deprisa así que, rápidamente, la moderadora da la palabra a **Antonio Flores**, autor de un estudio que aporta interesante información sobre cómo percibe la sociedad española la atención que se presta a la dependencia.

El estudio ha permitido saber que en el 27% de las familias españolas hay una persona en situación de dependencia y que el 72% de éstas tienen más de 65 años. De ellas, el 65% son mujeres y el 35% hombres. O el grado de conocimiento que tiene la población en general de los servicios y ayudas que hay para atender a quienes precisan cuidados y el uso que de ellos están haciendo las familias afectadas.

En la actualidad, y siempre según este estudio de la Fundación Caser, el 15% de las personas en situación de dependencia vive en una residencia, un 14% acude a un centro de día y el 37% está en su casa pero con ayuda externa.

Como, según todas las predicciones, el número de personas en situación de dependencia irá aumentando en los próximos años, el estudio incluyó preguntas concretas sobre el incremento o no, en un futuro próximo, del alojamiento en residencias. Según los datos obtenidos se puede decir que en España, *la primera opción es también quedarse en casa*. El 34% de las personas que necesitan cuidados, se niegan a ir a una residencia, pero es que el 58% de los familiares tiene reparos ante esta opción y también, en un 54% de los casos, hay problemas económicos que hacen inviable el ingreso en un centro.

Con toda claridad los datos de este estudio muestran que, *en los últimos años, las familias son conscientes de la envergadura del problema de atención a las personas en situación de dependencia*.

Tras el aluvión de datos, importantes y necesarios para hacer un dibujo completo de cuál es la realidad y la viabilidad de las expectativas sobre el cuidado de las personas en situación de dependencia en España, corresponde intervenir a **Mercé Mas**.

LA RESIDENCIA EN LA QUE NOS GUSTARÍA VIVIR

Han pasado ya muchas horas desde que Pilar Rodríguez, en la inauguración oficial, lanzó a la sala estas preguntas: ¿Dónde queremos vivir? ¿Cómo queremos que nos cuiden llegado el momento en que sea necesario? Y ahora llega la respuesta en la intervención de una mujer mayor activa. **Mercé Mas** presenta un trabajo que está llevando a cabo la Federación de asociaciones de personas mayores de Cataluña que se llama, precisamente, “La residencia en la que nos gustaría vivir”.

“Nos gustaría vivir donde vivimos ahora, pero somos conscientes de que puede llegar un momento en que no sea posible y necesitemos una residencia. Por eso, queremos saber en cuáles podremos vivir porque se respetarán nuestros derechos. Y en qué otras nos tratarán bien, tendremos lo necesario, pero no seremos artífices de nuestra propia vida”.

El estudio que están realizando busca resultados útiles y prácticos para las familias y las personas mayores. Consiste en que personas mayores visiten residencias de las que ya tienen buenas referencias, sabiendo en qué deben fijarse para lo que disponen de un listado de puntos básicos. Al finalizar la visita deben tener respuesta para las preguntas de esa lista: En este Centro ¿Se considera al residente como persona única, ciudadana de pleno derecho? ¿Se trata a las personas a partir de sus capacidades y no de sus limitaciones? ¿Se facilita la participación de las familias de los residentes? ¿Hay profesionales cualificados participando en la organización del centro? ¿Está adaptado a distintas circunstancias, incluyendo la atención al final de la vida? ¿El ambiente arquitectónico y ambiental es amigable con la edad? ¿Da soporte a la autonomía e independencia de las personas? ¿La residencia es una casa más del barrio? ¿Se participa en las fiestas, hay actividades intergeneracionales o servicios abiertos a toda la comunidad?

La selección parece muy adecuada. Un centro que pueda responder “Sí” a estas preguntas que abarcan aspectos diversos, pero esenciales, sería esa residencia en la que muchos querríamos vivir llegado el momento de no poder continuar en nuestra casa.

La conclusión de Mercé tras las visitas realizadas es que queda mucho por hacer. La atención centrada en la persona no es una realidad en la mayoría de las residencias y, por tanto, el trato que reciben los usuarios les resta autonomía.

“Hay quien considera que lo importante es que haya médico las 24 horas. Nosotros creemos que debemos difundir nuestro rechazo a las residencias que no atiendan todas nuestras necesidades y deseos”.

La intervención de Mercé Mas ha dejado en el aire la ternura y la emoción de quien exige su derecho a una vida plena y compartida hasta el final, y la serenidad de la experiencia vital. Y en este contexto, interviene **Maite Sancho**, de la Fundación INGEMA, para hablar de “housing” palabra que inmediatamente sitúa y que encaja perfectamente en el ambiente en que nos

encontramos. Se trata de hablar de diseño hogareño, de -otra vez- la atención centrada en la persona y de la incorporación de lo terapéutico a lo cotidiano. Todo esto supone *considerar la autonomía, la libertad y vivir con un proyecto propio como un valor social*.

Y, como el resto de los miembros de la mesa, se refiere a una investigación llevada a cabo con grupos de personas de distintos perfiles. Se trata de una investigación cualitativa basada en entrevistas en profundidad a investigadores y profesores universitarios vinculados a la gerontología, personal sanitario, proveedores de servicios, arquitectos y diseñadores, voluntarios y asociaciones de familiares.

Conocer dimensiones tan importantes como el significado emocional de la casa, el entorno y las redes sociales como forma de abordar algo que, con palabras mucho más frías, los expertos llaman vinculación y desvinculación, era el primer objetivo. Pero se buscaba también un segundo igualmente importante: encontrar nuevas estrategias en la búsqueda de alternativas para envejecer.

Con ironía Maite Sancho define el resultado obtenido como *“un discurso esquizoide. Las personas entrevistadas afirman que lo que ofrecen las residencias está muy bien, pero... sus familiares mayores están en casa. Lo que quiere decir, que algo hay que cambiar para que esto cambie”*.

La casa es el espacio de los afectos, de la memoria, la gestación de la familia y, en España es, además, un valor patrimonial transferible. Si no se puede estar en casa, donde estemos queremos estar como en casa. Y hoy no es así. La residencia es, muchas veces, un lugar de desubicación, en donde se prestan servicios homogéneos a necesidades diferentes. Y, con mucha frecuencia, promueve más la dependencia que la autonomía.

Y de nuevo deja en el aire preguntas: ¿Va a ser posible la permanencia en casa? ¿Cómo se van a resolver los problemas de accesibilidad? ¿Va a ser sostenible?

“Las salidas de futuro plantean problemas y el dilema es cómo abrir el itinerario de cambio, pero hay que abrirlo”.

Finalmente, interviene **Javier Quintás**. Y lo hace proyectando un vídeo sobre el trabajo llevado a cabo durante cuatro meses en la Residencia Lamorous de San Sebastián, de la que es Director.

La experiencia, implantar un modelo de atención centrado en las personas en un módulo de la residencia en el que se atiende a personas con deterioro cognitivo y físico, ha superado las expectativas. Pocos confiaban en que estas personas fueran capaces de realizar tareas que, sin embargo, han desempeñado bien y, además, hacerlo ha sido muy beneficioso para ellas. Allí estaban: planchando su ropa, preparando una comida... algo que han hecho en su casa siempre, toda la vida. Y que ahora han podido volver a hacer. Y se mostraban felices.

El proceso no ha sido fácil, señala Javier Quintás y ha exigido mucho a las trabajadoras del centro hoy seriamente comprometidas con el proyecto. Los familiares, por su parte, comentan que encuentran a sus allegados ingresados en el centro, más vivos y más felices.

Y, a la vista del resultado, van a seguir cambiando el modelo en la residencia.

“Es cuestión de ir dando pequeños pasos y creer firmemente en que se puede mejorar”.

La tarde va avanzando pero, pese a las horas transcurridas, los asistentes continúan en la sala con interés y ganas de intervenir y preguntar, como se pudo comprobar enseguida en el coloquio que siguió a la mesa y que, quizá por la fuerza de las imágenes que acabábamos de ver, se centró sobre todo en esta experiencia del País Vasco y, a través de ella, en el cómo. Cómo se puede hacer. Cómo se puede vencer resistencias e inercias de todo tipo.

P.- ¿Cuál fue el método adoptado para hacer los cambios vistos en el vídeo?

Javier Quintás.- Trabajar en varias direcciones:

- formación a profesionales en este nuevo modelo
- crear grupos de trabajo sobre diferentes áreas
- trabajar con los comités de empresa de los centros
- llevar a cabo un análisis de las competencias profesionales
- seleccionar personal adecuado para la experiencia

Un miembro de la Federación de mayores de Asturias comenta que también ellos han conseguido muchas cosas en las residencias que gestionan, pero que las personas que viven en ellas no han entrado en la cocina, como sí hacen en el video que acabamos de ver, porque la normativa lo prohíbe.

Y como ya se dijo con anterioridad, recuerden la pregunta ¿Y por qué no? de la norteamericana Karen C. Schoeneman, se repite que la solución hay que buscarla sorteando las dificultades, a veces rozando los límites, recurriendo, por ejemplo, a hacer los cambios en el marco de experiencias piloto. Porque el diseño experimental permite sortear algunas normas. Es un proceso de acción- participación-buena práctica- sostenibilidad.

P.- ¿Cómo convencer a las residencias actuales, sobre todo de iniciativa privada, para que cambien a este modelo?

En la respuesta intervienen varias personas de la mesa que van apuntando distintas ideas: Tiene que haber apoyo económico para los cambios grandes, pero hay cosas que no cuestan dinero. El modelo tiene que ver sobre todo con la manera de hacer las cosas pero lo fundamental es

comprometerse con el cambio y dar valor a las y los profesionales que trabajan en los centros, porque son quienes pueden hacer posible el cambio.

P.- ¿El modelo es trasladable a centros de personas que están en el final de la vida?

Javier Quintás.- Se está estudiando y no parece que suponga grandes diferencias con el nuevo modelo. Es, sobre todo, una revolución de los papeles profesionales.

Un participante se refiere a la fuerza de los prejuicios: a las familias les da seguridad que haya médico 24 horas y consideran que eso es prioritario. En cambio, no conceden importancia a muchas otras cosas de las que hemos venido hablando y que son lo que marcan la diferencia con un modelo centrado realmente en las necesidades de las personas.

Con muchas ideas en la cabeza y el convencimiento de que las cosas tienen que cambiar. Pensando que necesitamos un modelo que sirva hasta el final de la vida, para distintas situaciones, sostenible y basado en cada persona, en toda persona, en sus necesidades concretas, sin perder de vista su dignidad ni su libertad, nos disponemos a abandonar la sala. Mientras, en animados corrillos, se continúa debatiendo, o haciendo más y más preguntas a los expertos que durante toda la jornada han permanecido en la sala.

Mañana será otro día. Y empezará temprano, porque el programa previsto es intenso como el de hoy.

SEGUNDA JORNADA: ALGUNAS RESPUESTAS

Con puntualidad y la sala muy concurrida desde primera hora de la mañana, comienza la segunda jornada. Si ayer conocimos estudios, investigaciones, experiencias y nos hicimos muchas preguntas, hoy la propuesta es ir encontrando y compartiendo algunas respuestas. Y que el avance nos anime a continuar el camino.

En primer lugar, nos anuncia Juan Sitges, presentador y moderador, que pronunciará una conferencia **Víctor Regnier** a quien dará réplica **José Antonio Camuñas**. Y habrá tiempo luego para un debate con los asistentes, pues no hay que olvidar que el objetivo de las Jornadas es, recorda, debatir y reflexionar juntos sobre el modelo de residencia que tenemos y hacia dónde debemos ir para mejorar la atención y los cuidados que reciben las personas que viven en esos centros.

En el programa la conferencia de Víctor Regnier figura con el título "Consideraciones críticas en el proyecto de viviendas y establecimientos para el cuidado de personas mayores con discapacidades físicas y deterioros cognitivos" pero, en sus primeras palabras tras los saludos y agradecimientos de rigor, lo dice de forma más concreta y resumida: va a hablar de la arquitectura y su relación con el bienestar siguiendo las ideas básicas que, en su opinión, llevan al éxito a algunos

de los alojamientos y viviendas para personas muy mayores o con discapacidad. Ideas recogidas con más detalle en su libro "Desing for Assisted Living". Y empieza a enunciar y comentar hasta sesenta de las cien ideas básicas que contiene el libro citado, al tiempo que, para cada una de ellas, muestra uno o más centros que la aplican o la tienen incorporada a su diseño.

Elegir un lugar cercano en todos los órdenes a quienes van a ocupar esa vivienda, en el barrio en que estaban antes y formando parte de él, con árboles y espacios exteriores, con ventanas y balcones a la calle son algunas de esas ideas que coinciden plenamente con lo dicho ya ayer por otros ponentes.

Su lista continúa señalando la importancia de que el edificio donde esté la vivienda para personas mayores, tenga más usos. Que cuente, por ejemplo, con un comedor al que pueda acceder cualquier persona, o con una guardería, porque las guarderías para niños y las viviendas para mayores son muy compatibles. Y la necesidad de cuidar el aspecto exterior, puesto que por él se juzga la calidad de un edificio.

"Es fundamental que el edificio tenga un aspecto amistoso, que invite a acercarse y eso puede lograrlo el diseño".

Particularmente interesante resulta el recorrido por diversos edificios en los que se ha tenido muy en cuenta la naturaleza como medio de proporcionar bienestar. Desde pensar en la orientación a diversas horas del día, según los países y sus características geográficas y climatológicas, para aprovechar mejor las horas de luz, el sol o la sombra... a cómo usar el valor terapéutico que puede tener el jardín, especialmente en el caso de personas con demencia.

Se trata de utilizar el atractivo que tiene la vida natural: escuchar el canto de los pájaros, ver ardillas o mariposas que anima mucho a las personas mayores, usar el agua como relajante mediante algo tan sencillo como un pequeño estanque o favorecer la convivencia con mascotas.

"Construimos viviendas para personas mayores, para facilitar que sigan teniendo amistades y, si se trata de centros de larga estancia, tenemos además que animarlas a moverse, a caminar".

Habla de que las viviendas tienen que favorecer el encuentro con otros y, al mismo tiempo, defender la intimidad de cada persona para que pueda escoger cuándo quiere una cosa y cuando la otra. De recurrir para conseguirlo a espacios grandes que se convierten, cuando es preciso, en varios pequeños, y viceversa. De diseñar un espacio tan atractivo que todos quieran estar allí, lo que facilitará las relaciones y otro íntimo para cuando se busque encuentros más personales o estar en soledad. De jugar con las perspectivas y con la luz. De usar puertas o paredes transparentes que permitan ver, antes de entrar en un lugar, quién está en él o qué se está haciendo y decidir con quién se quiere estar o no. De cuidar los pasillos que ofrecen tantas posibilidades de relación. De preguntarse, al diseñar una vivienda para personas mayores, qué se puede hacer

para fomentar que sus familias quieran ir, especialmente los nietos, y crear un espacio para ellos. De la importancia que tiene que las personas traigan sus objetos personales y los tengan en sus habitaciones o en vitrinas en diversos lugares de la vivienda. Incluso en el caso de personas con demencia que ya no los reconocen, porque sirven para que, en alguna manera, compartan su vida con los demás.

Se expresa de forma muy rápida porque es mucho lo que quiere contar. Todo cuanto dice parece de una lógica irrefutable y sirve para que cuando una persona llega a la residencia, a la que va a ser su vivienda el resto de su vida, se sienta bien. Parecen de sentido común pero, frecuentemente, no se piensa en estas cosas.

Estar bien atendido, señala de nuevo con el asentimiento silencioso de la sala, no significa recibir demasiados cuidados porque si se hace por una persona lo que ella puede hacer por sí misma, se le quita independencia y autonomía. Y lo dice mientras muestra un edificio en Róterdam en el que viven 180 personas en apartamentos individuales que estarán allí hasta el final de su vida y en los que se van aumentando los servicios a medida que cada persona los necesita.

“Y esta es la idea en la que hay que trabajar. La felicidad y la calidad de vida tiene que ver con todo esto. Por eso, deben cuidarse todos los detalles”.

Cuentan quienes conocen más el método de trabajo de Víctor Regnier que ha recorrido, y sigue haciéndolo, casi todos los países del mundo, incluyendo el nuestro, visitando viviendas para mayores. Armado con su cuaderno, va tomando nota de cuanto ve y cuanto percibe, (algo similar a lo que nos ha contado Mercé Mas de su método de trabajo en la búsqueda del lugar donde quieren vivir) y que, al finalizar la visita, hace un resumen de todo aquello que podría y debería mejorarse por el bienestar de las personas que viven allí. Cambios para atender sus necesidades y evitar el sometimiento a normas que, en la práctica, suponen imposiciones y carencias innecesarias. *Cambios que buscan preservar la dignidad, autonomía, participación y felicidad de las personas, tengan las necesidades de cuidados que tengan.*

En la réplica, **José Antonio Camuñas Solís** se refiere a una tendencia actual que consiste en dejar de lado las características que debe tener un edificio atendiendo a las necesidades de sus usuarios, para dejar una impronta personal. Y presenta los puntos que, en su opinión, no pueden olvidarse a la hora de construir un edificio destinado a servir de vivienda para personas mayores. Entre ellos, favorecer su independencia, crear un ambiente grato o diseñar pensando en que sirva para toda la vida, coincidiendo en lo dicho por otras personas con anterioridad, y con Víctor Regnier en particular.

Y terminada su intervención, de nuevo tiempo para el debate y la participación de los asistentes.

P.- ¿Qué capacidad económica tienen las personas que van a residencias citadas, como en el

caso de Róterdam? ¿Qué ayudas pueden recibir del estado para poder vivir en ellas?

Víctor Regnier.- Las residencias de la Europa del Norte son gratuitas, en la parte que se refiere a la atención, aunque pagan por el alquiler y la manutención. Como aportan mucho mediante impuestos a lo largo de la vida, pueden tener éstos y otros servicios. Son caras de gestionar y también es caro adecuar el edificio si no reúne las condiciones necesarias desde el principio. Las privadas de EE.UU. son muy caras. En este país la solución pasa por disponer de un seguro privado.

P.- En el caso del edificio de Róterdam ¿De dónde vienen los cuidadores o están en el propio edificio?

Víctor Regnier.- Vale la pena visitar el edificio "Humanitas" construido por una empresa privada sin ánimo de lucro. Los cuidados se dan a domicilio y en él viven muchas parejas. Sugiere como interesante visitarlo a través de Google.

Interviene Jeremy Porteus con algunas informaciones sobre cómo son las cosas en el Reino Unido. Allí se paga en función de los metros cuadrados que tenga la vivienda, pero hay además un menú de servicios igualmente de pago. En promedio, cuidados y servicios suponen un pago de unas 200 libras semanales. El objetivo es que el alojamiento se pueda ajustar al paso del tiempo y a las necesidades de las personas.

En animados corrillos nos disponemos a tomar un café. Me desplazo entre ellos escuchando:

- *"Nos falta mucho para poder estar al nivel que nos están contando".*
- *"Yo creo que no, que aquí ya hemos evolucionado mucho".*
- *"Pero no hay dinero, quién se va a plantear hoy cambios con la que está cayendo".*
- *"Hay cosas que cuestan poco y resuelven mucho".*
- *"Lo mejor es hacerlo bien desde el principio aunque eso suponga algo más de dinero, pero qué empresa privada se lo plantea".*
- *"¡Qué interesante todo!".*
- *" Me gustaría que hubiera más tiempo para el debate".*

Se acaba el descanso. Los cuatro miembros de la siguiente mesa que nos va a dar la oportunidad de conocer "La realidad y tendencias de futuro en el modelo de atención residencial en Europa" ya ocupan su sitio junto a Pilar Rodríguez que va a ejercer de presentadora y moderadora.

EL MODELO NÓRDICO

El arquitecto sueco **Jonas E. Andersson**, según reza el programa, debe contar la evolución en el cuidado y espacio para las personas que precisan atención continuada en Suecia, poniéndola en relación con la que se presta, en igual situación, en Dinamarca y Noruega. En su intervención

amplía el campo y se refiere también a Finlandia e Islandia.

En el modelo nórdico, y especialmente en el sueco, los servicios sociales se pagan con impuestos. Finlandia es, en el conjunto de estos países, el que tiene un nivel más bajo de cuidados para personas mayores, e Islandia el más alto.

Para afrontar el envejecimiento hay dos opciones: prolongar la vida en el hogar, para lo que se cuenta con subsidios si es necesario acomodar la vivienda a nuevas necesidades del usuario, o ingresar en una residencia que ya dispone de todo lo necesario para ir progresivamente atendiendo las necesidades que vayan presentándose en el proceso de envejecimiento de cada persona.

“Para los nórdicos, el hogar tiene gran valor y una imagen poética. Y nos importa mucho la luz. Los elementos arquitectónicos pueden hacer que te sientas como en casa, aunque no lo estés”.

De los modelos de residencia existentes mencionados ayer, en Suecia coexisten el “modelo hotel” que supone una arquitectura muy agradable, con jardines, que es el elegido por personas de alto standing y el modelo de residencia de cuidados, en el que la atención es más importante que la arquitectura. En este caso, suelen ser edificios grandes, con casi 100 apartamentos y en los que el uso flexible es problemático.

Ahora se está rediseñando todo con una mayor variedad para mayores con y sin dependencia. Para ello ha habido varios concursos de ideas e incluso se ha hecho uno específico para diseñar viviendas que puedan acoger a personas en situación de dependencia junto a otras sin ella, y para personas de todas las edades, de diversas edades.

En los países nórdicos hace tiempo que se pasó de entornos institucionales a alojamiento con apariencia de hogar.

PASAMOS A FRANCIA

Marie Jo Guisset interviene para hablar del valor del entorno físico y de las relaciones humanas para vivir bien en una residencia a pesar del Alzheimer.

El enfoque suena original, acostumbrados como estamos a dar por hecho que, en el caso de quienes tienen Alzheimer, prácticamente lo único que hay que hacer es dejar que los días vayan pasando dejando tras de sí un deterioro inevitable. Y resulta que no. Que se debe y se puede buscar una vida digna y rica también en este supuesto. Porque, como ya dijo en su último libro “La identidad reencontrada”: *“la identidad nunca se pierde pero la institucionalización la amenaza”.*

La residencia debe estar preparada para facilitar la relación de personas con distintos grados

de salud, evitar la exclusión de quienes “molestan” y preservar su autonomía y movilidad. Y, en el caso de las personas con Alzheimer, incluso para dar solución adecuada a situaciones conflictivas y difíciles, como las que pueden presentarse por la noche. Frecuentemente se recurre a la medicación para resolverlas, pero hoy se buscan otras soluciones verdaderamente imaginativas como habilitar jardines nocturnos con luz para que puedan caminar sin molestar a los demás, llevar a cabo rituales para dormirse o hacerles una visita cuando ya están acostadas, porque una presencia acogedora les puede dar seguridad.

Se detuvo también en la necesidad de buscar formas de mantener los vínculos entre la persona con Alzheimer que vive en una residencia y su familia, porque es un asunto de enorme importancia. Y en cómo se está investigando, y sobre todo experimentando, la ayuda que puede prestar también en esto facilitar un entorno natural donde pueda producirse el encuentro familiar. Disfrutar juntos el jardín, habilitar espacios que faciliten la presencia de los niños, celebrar comidas familiares en el centro... Sea como sea, *hay que favorecer la permanencia de los vínculos porque la persona con demencia recupera su papel en el círculo familiar, y sus discapacidades pasan a ocupar un segundo plano.*

“No hay enfermos de Alzheimer, sino personas con Alzheimer que viven su enfermedad de modo singular”.

La segunda parte de este panel de experiencias está reservado a España y concretamente a presentar experiencias desde la gestión de las Administraciones Públicas.

Francisco Javier Leturia presenta los alojamientos para personas con discapacidad de que disponen en Álava y cuya existencia y funcionamiento responde a un objetivo básico: garantizar la mejor calidad de vida y los derechos de las personas con necesidades funcionales diversas en igualdad de condiciones con el resto de los ciudadanos, y fomentar la auto organización de las personas con discapacidad, colaborando con sus asociaciones para el desarrollo de actividades.

De su intervención se van desprendiendo ideas y conceptos fundamentales: *potenciar la autonomía y respetar la diferencia de las personas con discapacidad para promover una sociedad inclusiva desde los valores. Porque la persona está en el centro de todo no sólo de la dependencia o discapacidad.*

Incorporar la diversidad supone una organización más compleja de los centros, pues hay que combinar la autodeterminación, la seguridad y los derechos, mediante la prestación de servicios personales en entornos adaptados, pero ofreciendo únicamente aquellos apoyos que sean necesarios. Y es precisamente ésta concepción la que está haciendo que los centros evolucionen, dejen de estar concebidos para personas con discapacidad intelectual, física, etc. para pasar a ser centros en los que las ayudas y apoyos están en función de lo que precisan quienes viven en ellos.

Queda aún camino por recorrer, por eso en el Instituto Foral de Álava se plantean avanzar en este modelo centrado en la persona, responder a nuevas necesidades, redefinir los centros grandes, mejorar el equilibrio territorial y apoyar la vida independiente de las personas con discapacidad con políticas incluyentes y la ayuda de las nuevas tecnologías.

Antes de terminar deja en el aire otro asunto de gran interés: el envejecimiento de las personas con discapacidad que se contempla hoy desde una presencia excesiva de lo geriátrico y que, con un enfoque más integrador, permitiría avanzar mucho más.

Por su parte **Jesús Fuertes**, gerente de Servicios Sociales de Castilla y León, se centra en las tendencias de futuro en la atención residencial de personas mayores en situación de dependencia en esa Comunidad Autónoma, en la que llevan más de un año diseñando un nuevo modelo de atención en las residencias porque el actual no responde a las demandas de los mayores de hoy, que prefieren vivir en hogares más pequeños y sentir que su vida continúa teniendo sentido.

Pretenden también cambiar la idea de que la residencia es el último lugar posible para vivir, porque crea sensación de pérdida en los usuarios y de cierta culpabilidad en sus familiares. Y sobre todo porque la persona mayor y su proyecto de vida tiene que ser el eje del modelo.

Este cambio supone modificar los centros actuales tanto arquitectónicamente como en los aspectos organizativos. Concebir el centro como un hogar, no como un hotel o un hospital, supone crear unidades de convivencia con usuarios y personal profesional permanente. Llevarlo a cabo pasa por tener en cuenta la opinión y deseos de los usuarios, promover su capacidad de tomar decisiones y por reflexionar sobre los perfiles profesionales necesarios.

La referencia a los profesionales de los centros, a los cambios necesarios en la organización de su trabajo, ha sido frecuente en las Jornadas y se ha llegado a decir que sin su colaboración no será posible cambiar el modelo de atención.

En el camino de cambio en que están ha sido necesario también llegar a algunos acuerdos en materia socio sanitaria mediante los que se proponen, por una parte, crear unidades de convalecencia de media y larga estancia, y, por otra parte, convenir que la atención de quienes vivan en residencias de menos de 50 plazas serán atendidos por personal del sistema de salud. Y se espera que esto pueda servir para centros más grandes un poco más adelante.

Como el proceso no ha terminado, se plantean si es necesario o no crear unidades específicas, por ejemplo, para personas con trastornos de conducta. Lo que sí consideran decisivo es la necesidad de formación en el nuevo modelo a los profesionales sanitarios y de servicios sociales, así como crear la figura del coordinador personal.

“Ahora una persona es atendida por varios profesionales diferentes. Lo que interesa es crear la

figura del coordinador personal que se ocupe de las necesidades y plan de vida de cada persona. Este coordinador personal trabaja en una unidad de 12 personas, pero asume la coordinación de cuatro personas como máximo. Los profesionales son un equipo de atención directa y como tal tiene que constituirse”.

Del modelo nórdico a las tendencias de futuro en Castilla y León, pasando por el derecho a vivir bien a pesar del Alzheimer y el respeto a la diferencia de las personas con discapacidad. Este es el recorrido que hemos hecho durante las dos últimas horas. Los miembros de la mesa han expuesto ideas interesantes, que motivan la reflexión y nuevas preguntas:

P.- ¿Qué participación tienen los mayores en los concursos de los que habló Jonas E. Andersson, para expresar sus necesidades?

Jonas E. Andersson.- Participaron a través de los consejos municipales de mayores y estuvieron presentes, incluso, como miembros del jurado.

P.- Si las residencias de menos de 50 plazas no son viables, ¿cómo van a ser las más pequeñas?

Jesús Fuertes.- Cinco unidades independientes no son lo mismo que una residencia dividida en cinco unidades. Las primeras son más caras. Y éstas no son igual que los pisos tutelados. Hablamos de personas altamente dependientes.

Por otra parte, no tienen nada que ver las unidades de media estancia con las de larga estancia, donde las personas van a vivir. La coordinación sociosanitaria es un tema complejo. Los centros de menos de 50 plazas no tendrán obligación de contar con médico, porque esto lo asumirán los servicios públicos de salud. En residencias mayores se delega parte de esa atención en coordinación con el sistema público de salud y, a veces, va más allá de lo que este sistema ofrece. En Castilla y León hemos optado por un modelo de evolución, no de revolución.

Jonás E. Andersson.- En Suecia tratamos de introducir el concepto de que cuando vamos envejeciendo, como en cualquier otro momento de la vida, podemos tener una enfermedad pero seguimos siendo personas autónomas y con proyecto de vida. Estamos preparándonos para una sociedad que va envejeciendo es decir, que va “madurando” y madurar es crecer. Nos gusta verlo así. Pero el proceso de planificación sueco no es suficientemente eficiente. Nos cuesta mucho planificar, somos también más de evolución que de revolución, quizá por eso, tres de los cinco países nórdicos son todavía monarquías.

LA OPINIÓN DE LOS DESTINATARIOS

Y, a todo esto, ¿qué piensan las personas a quienes afecta directamente lo que aquí se está planteando? Vamos a saberlo enseguida porque está prevista su participación en la mesa redonda

que con el título: "Los deseos de las personas. Perspectiva de las organizaciones representativas de las personas mayores y de las personas con discapacidad" comienza inmediatamente coordinada por **Gonzalo Berzosa**.

Luis Martín Pindado expone la opinión de las personas mayores. Para empezar, apoya con datos algo muy repetido estos dos días:

El 87'3% de los mayores españoles, quiere seguir viviendo en su casa mientras sea posible. Que lo sea o no depende en buena parte de cada uno.

"Si queremos vivir en casa trabajemos en esa dirección previniendo la dependencia".

Y repasa algunas de las tareas que toda persona, en función de la responsabilidad que le incumbe en su propio envejecimiento, no puede descuidar: hacer ejercicio físico y mental, alimentarse saludablemente, fomentar y mantener las relaciones sociales y, sobre todo, cambiar la idea de jubilación eligiendo trabajar en algo que produzca satisfacción. Es decir, buscar una ocupación provechosa del tiempo.

La opción preferida es ser atendidos en casa. Sería bueno que se pudiera elegir a la persona cuidadora. En todo caso, es necesario formar a familiares y profesionales cuidadores. Crear entornos adecuados para evitar accidentes mediante acciones como el plan de adaptación de viviendas de personas mayores, porque medidas así pueden evitar, o al menos retrasar, la dependencia. La Domótica será cada vez más una opción útil, pero siempre será necesaria la ayuda de personas voluntarias y la creación de redes vecinales.

"La mayoría llegaremos al final de nuestra vida siendo autónomos, pero, si llega el momento en que vivir solos en casa no es posible, entonces tendremos que decidir de modo sensato".

La opinión de las personas con discapacidad que expone **Miguel Angel García Oca** es clara y concisa: quieren modelos de apoyo para una vida independiente.

El 8,5% de la población española, es decir 3.850.000 personas con discapacidad necesitan algún tipo de ayuda. El planteamiento general es que "hay que hacerles las cosas a las personas con discapacidad", el suyo es "hay que ayudar, por ejemplo al lesionado medular, a enfrentar la situación y conseguir que vuelva, en lo posible, a su vida anterior".

Ante las dos soluciones de que disponen, insistentemente repetidas en estos dos días: ir a un centro residencial o llevar una vida independiente, considera que cada persona debe poder elegir.

Para poder hacerlo es preciso que haya centros de rehabilitación que faciliten a cada persona llegar al máximo de sus posibilidades. Centros de día entendidos no como lugares de destino,

sino como centros de recursos. Y residencias para vivir “como en casa”, para quienes prefieran esa opción.

Contar con todo esto es difícil porque la libertad de las personas requiere bastante personal, a pesar de que hoy la tecnología ayuda e incluso proporciona independencia en determinadas situaciones.

Hacer posible que quienes lo prefieran puedan llevar una vida independiente resulta más barato que la residencia. Supone que cada persona cuente con un asistente personal todos los días del año y durante un número de horas variable en función de su proyecto de vida.

El objetivo es la persona, sus necesidades y deseos. Y el modo de poder facilitarle el acceso a una vida lo más independiente posible pasa por aplicar los recursos más adecuados para lo que se quiere hacer.

INNOVACIÓN, PALABRA CLAVE

Llegados a este punto, casi todo está dicho. Pero vamos a asistir a un nuevo panel de experiencias. Se trata de poner el broche de oro con realidades.

Muchas de las ideas que se han ido exponiendo son ya una realidad porque, aunque nos quede mucho camino por recorrer, se han producido avances tanto en el diseño como en el modelo de atención centrada en la persona.

Ana Artacho sustituye a Antonio Balbotin en la tarea de presentar y moderar las intervenciones de las cinco personas que participarán en el panel y como en su intervención anterior en otra mesa empieza con una frase en esta ocasión de Einstein: “La creatividad nace de la angustia” y la innovación, añade, quizá de la necesidad de cambios que mejoren. Innovación es la palabra clave en esta última parte de las Jornadas.

Ayer se preguntó a Javier Quintás, Director de la Residencia Lamorous de San Sebastián, si habían seguido algún modelo para llevar a cabo los cambios y transformaciones que nos presentó en un vídeo y respondió que sí citando a la cooperativa “Los Milagros” como fuente de inspiración. Pues bien, aquí está la Presidenta de la Sociedad Cooperativa Andaluza “Los Milagros”, **Aurora Moreno** para contarnos cómo un grupo de personas decidieron preparar su futuro creando una residencia. Y cómo nació Residencial Santa Clara, no fruto de un milagro, sino del trabajo de muchas personas a lo largo de varios años.

Su aventura empezó en 1970 cuando un grupo de personas decidió autogestionar su futuro, romper la idea de los “asilos” que a nadie gustaba y encontrar una solución que evitara convertirse, andando el tiempo, en carga para su familia, pero conjurando, al mismo tiempo, el peligro de la soledad. Buscaban la continuidad de su entorno y de sus afectos. Y lo consiguieron.

Hoy cuentan con setenta y seis apartamentos de los que treinta y dos son vivienda habitual y el resto lo ocupan los usuarios cuando quieren. Disponen de una serie de servicios y cada cual paga los que utiliza. Estos servicios se van intensificando según se incrementa el grado de dependencia de la persona.

Los requisitos para entrar a formar parte de la cooperativa son tener más de 50 años y menos de 70 y estar bien de salud, pero cuando las personas requieren atención y cuidados se les presta en su apartamento y nadie se ve obligado a irse a una residencia. El precio, 6.000 euros. Y entre sus normas de funcionamiento hay una que llama la atención: Pueden ir hijos y nietos, pero los hijos no pueden dejar a los niños con los abuelos y marcharse.

Esta interesante realidad representa en el panel las innovaciones promovidas por las propias personas usuarias. Si hemos de creer lo visto en el vídeo que se ha proyectado, esto se parece mucho al paraíso

Los proveedores de servicios tienen también un espacio en este panel. Espacio que se reparten tres ponentes:

José Ignacio Santaolalla habla desde LARES, Federación que aglutina a diecisiete asociaciones autonómicas que gestionan setecientas residencias y centros de día en los que atienden a 50.000 personas mayores, casi todas en situación de dependencia, en los que trabajan 25.000 profesionales y unos 10.000 voluntarios.

Tras este vistazo general, se refiere al Centro San Camilo de Madrid. En su origen siguió el modelo hospitalario, pero ha ido evolucionando, innovando y, en la actualidad la primera planta está dedicada a prestar cuidados paliativos. Los enfermos terminales tienen una estancia media de 26 días y los familiares que pasan allí largas horas disponen de instalaciones especiales y confortables para ellos.

Otra planta se ha convertido en residencia asistida en la que el 63% son personas con deficiencia cognitiva, y también hay un centro de día. Además, han creado una fundación para la asistencia a domicilio.

Cuentan también con muchos espacios al aire libre, agradablemente decorados, donde las personas pueden elegir lugares pequeños y recogidos para estar en solitario o con algún allegado, o bien en espacios grandes para encontrarse con otros.

Pablo González y **Maria Ruiz Cejudo**, ambos de Caser Residencial, insisten en la planificación centrada en la persona, algo que tiene dificultades porque cada una es diferente, pero que es importante superarlas pues el objetivo lo merece. Objetivo que consiste en dar coherencia en el continuum biográfico de las personas, promoviendo su autonomía, aumentando las oportunidades

de implicarse en actividades y relaciones, desarrollando las fortalezas que conserve cada persona y favoreciendo que se creen amistades que reduzcan el aislamiento social.

Pablo González retoma lo dicho por Adela Cortina, e insiste en que las personas, por el hecho de vivir en un centro, no pueden perder el control de su vida pasando a ser meros espectadores de ella. Cambiar su casa por una residencia no debe llevar a un estado de insatisfacción, abandono personal o depresión y, sin embargo, esto en la actualidad no es infrecuente.

Conseguirlo supone entender que la vejez no es algo contra lo que hay que luchar, sino una etapa más que hay que aceptar. Desde los centros hay que darles el acompañamiento adecuado para que sigan siendo útiles.

Supone también tener presente que cada residente tiene, debe tener, su propio proyecto vital y que el trato en la residencia no puede ser ni intervencionista ni paternalista. Es necesario pasar a una relación basada en el respeto, la colaboración y la confianza.

Y todo esto exige cambios profundos de mentalidad en las organizaciones, en los profesionales, en los usuarios y en los familiares. Cambios para que los servicios y los recursos giren en torno a la calidad de vida. Cambios para que la planificación se haga desde la persona, sus capacidades y deseos, no desde el sistema.

La verdad es que suena bien todo esto. Pero ¿ha pasado de la teoría a la realidad?

María Ruiz Cejudo, responde a esta pregunta en su intervención: en la residencia Caser de Arturo Soria, en Madrid, llevan un año aplicando este modelo.

Para ello, han formado a sus profesionales y han creado un grupo de apoyo a cada residente para ayudarlo a planificar su futuro con objetivos concretos y cómo conseguirlos, y también se ha dotado a cada usuario de una persona de referencia.

Se han puesto en marcha las actuaciones y actividades necesarias y finalmente se hizo la evaluación de los resultados obtenidos.

Evaluación que ha permitido saber que, tras los cambios efectuados, el equipo profesional está muy motivado, especialmente las auxiliares de enfermería. Los residentes se sienten mejor, más útiles y los familiares notan que han mejorado y como consecuencia ellos también están más contentos.

De la intervención de María Ruiz, nos quedamos con algo que remarcó como fundamental: *es necesario redefinir conceptos básicos como atención personalizada y calidad de vida. Y tener claro que la planificación centrada en la persona no termina nunca.*

Nos falta conocer qué avances se han logrado en el diseño y en el modelo de atención centrada en la persona, es decir, de qué realidades podemos hablar ya, desde el ámbito de la administración. Ese es el motivo de la presencia en la mesa de **Miren Amilibia Urzelai** que va a compartir con todos nosotros los pormenores del proyecto “Etxean ondo”, vivir bien en casa o como en casa. Es una experiencia piloto que parte del deseo de las personas de vivir en su casa y, si no es posible, como en casa y de que, en cualquiera de las dos opciones deben recibir una atención integral centrada en sus preferencias y necesidades.

En esta iniciativa, que supone pasar de un modelo centrado en la prestación de servicios a otro centrado en la persona, viva ésta en casa o en una residencia, está implicado todo el marco institucional de la comunidad autónoma, es decir, el Gobierno Vasco, las tres Diputaciones Forales y 261 ayuntamientos.

Por el momento, “Etxean ondo” es un proyecto piloto que se está llevando a cabo, en la modalidad de vivir en casa, en cinco municipios. Se trata de lograr que la persona pueda permanecer el mayor tiempo posible en su casa y en su entorno, pero en condiciones de calidad de vida, recibiendo los apoyos que requiere de manera integral y continuada y respetando sus preferencias y estilo de vida. Se está aplicando la metodología de gestión de casos y la coordinación sociosanitaria.

Por otra parte, se están estudiando los nuevos perfiles profesionales que requiere el modelo, sus costes y efectividad, así como la adecuación o necesidad de modificación de la normativa vigente.

Por lo que respecta a la segunda opción, vivir en residencias pero como en casa, se están probando las mejores prácticas siguiendo el modelo centrado en la persona y ya se observan mejoras en los residentes. Por ejemplo, en que tienen una actitud más activa, manifiestan más libremente sus acuerdos o desacuerdos, sus deseos, o proponen cambios en las actividades cotidianas.

Y LLEGAMOS AL FINAL

Tras éste último panel de experiencias llega el momento de la clausura. Los organizadores muestran su satisfacción porque se han conseguido los objetivos deseados.

Para Pilar Rodríguez las Jornadas han servido para comprobar que la realidad de nuestro país ya es diferente, que hay muchas personas, incluidas las administraciones públicas, que están trabajando en esto. Que todos, en definitiva, estamos por un cambio de modelo. En ese proceso de cambio puede ser útil disponer de una red de buenas prácticas e invitó a todos a participar en la que la Fundación Pilares para la Autonomía Personal va a poner en marcha próximamente, disponiendo un sitio web específico para alojarla.

Por su parte, Juan Sitges felicitó a todos los participantes y anunció que, tras el éxito obtenido, habrá unas II Jornadas el próximo año.

Y **Miguel Ángel García Martín**, clausuró oficialmente el encuentro.

Reconoció que la ley de atención a la dependencia ha sido un punto de inflexión importante y que en el diseño y modelo de atención hay que salvaguardar siempre la dignidad de las personas y conseguir que abandonar el propio hogar para vivir en una residencia, tenga el menor impacto posible en sus vidas.

Finalmente, destacó que a la hora de equipar los centros para mayores es preciso considerar que calidad y calidez son perfectamente compatibles, como lo son conseguir ambientes funcionales e íntimos, o entornos seguros y estéticos. Que es preciso conjugar bien la atención profesional en un ambiente personalizado, con el respeto a la intimidad y a la individualidad.

“El envejecimiento es un hecho imparable y hay que responder a las nuevas necesidades”.

Ya en la calle, momento de despedidas y expresión del deseo de próximos encuentros. Caras de satisfacción, las Jornadas no han defraudado a nadie, pero también rostros pensativos. Intuyo que, quien más quien menos, se pregunta cómo llevar a su realidad concreta lo escuchado. Y más aún, cómo incorporarlo a su propia vida personal. Porque llegará el momento en que pasaremos de ser expertos, profesionales, proveedores, familiares o representantes de organizaciones preocupados por el buen trato, la correcta atención de las necesidades y deseos de las personas mayores, a ser todos nosotros esas personas mayores.

Y por ello, quizá, deberíamos ir buscando respuesta a tantas preguntas como aquí se han ido formulando en estos dos intensos días: ¿Cómo queremos vivir? ¿Dónde? ¿Cómo queremos ser atendidos llegado el momento en que necesitemos ayuda? ¿Podremos pagarlo?

Y empezar a preparar y a prepararnos para ese momento.

PRIMERA PARTE: AVANCES EN DISEÑO ARQUITECTÓNICO Y MODELOS DE ATENCIÓN
EN EUROPA Y EE.UU.

INNOVACIONES EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

primera parte:

Avances en diseño arquitectónico y modelos de atención en Europa y EE.UU.

1. Evidencias científicas sobre las relaciones entre el diseño arquitectónico y el bienestar subjetivo.
2. El juego de las generaciones: una nueva era de la vivienda para personas mayores.
3. Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: el caso alemán.
4. El modelo nórdico: evoluciones en el cuidado y el espacio para las situaciones de dependencia en la vejez en Suecia, con cierta relevancia para Dinamarca y Noruega.
5. Valor del entorno físico y de las relaciones humanas para vivir bien en una residencia, a pesar del Alzheimer.
6. Cambios en las nursing-homes estadounidenses para garantizar la dignidad de la persona.
7. Consideraciones críticas para el diseño de viviendas asistidas para personas mayores con fragilidad física o cognitiva.

PRIMERA PARTE: AVANCES EN DISEÑO ARQUITECTÓNICO Y MODELOS DE ATENCIÓN
EN EUROPA Y EE.UU.

LA RELACIÓN ENTRE EL DISEÑO ARQUITECTÓNICO Y EL BIENESTAR SUBJETIVO.

MARY-ANN KNUDSTRUP

Associate Professor. Departamento de Arquitectura, Diseño y Tecnología,
Universidad de Aalborg, Dinamarca.

RESUMEN

El entorno construido afecta al bienestar de todos en general y, por tanto, también al de las personas mayores. En este capítulo se presenta el resultado de un conjunto de investigaciones sobre el proceso de toma de decisiones relacionado con la construcción de viviendas asistidas para personas mayores en situación de dependencia en Dinamarca¹; incluye el análisis del modo y hasta qué punto la perspectiva del bienestar y, en consecuencia, las condiciones de la vivienda que producen bienestar a las personas mayores son tenidas en cuenta y quedan reflejadas en el proceso de toma de decisiones.

Este capítulo se centra en algunas de las condiciones de la vivienda asistida que se ha comprobado tienen influencia directa en el bienestar. Y analiza hasta qué punto se tiene en cuenta el conocimiento basado en evidencia en el proceso de toma de decisiones, especialmente cuando se eligen las soluciones de diseño finales. Está basado en el proyecto de investigación danés "Bienestar y Tipologías de Vivienda" y trata de dar algunas pistas sobre cómo podemos fundamentar las decisiones sobre diseño, aportando información sobre los elementos arquitectónicos que más inciden en el bienestar según los conocimientos empíricos y evidencia científica, y usar esta información en las decisiones que se toman durante el proceso de diseño, para que estos elementos de bienestar queden asegurados en las viviendas asistidas para personas mayores en el futuro.

Palabras clave: viviendas asistidas/viviendas/establecimientos de vida asistida, bienestar (subjetivo), personas mayores, residencia asistida, evidencia, proceso de toma de decisiones.

INTRODUCCIÓN

El bienestar de cualquier persona depende, entre otras cosas, de cómo está diseñada su vivienda. Este hecho no es menos importante para las personas que viven en una vivienda asistida (Møller & Knudstrup ed. 2008).

En Dinamarca, se plantea como objetivo político que las viviendas asistidas del futuro ofrezcan

¹ En los países nórdicos se utiliza este término, en lugar de Residencias, para referirse a los alojamientos que ofrecen atención profesional permanente y continuada las 24 horas del día.

las mejores condiciones posibles para el bienestar de las personas mayores frágiles y en situación de dependencia. Se trata de un objetivo ambicioso que, para ser cumplido, comportará construir durante los próximos años una cantidad considerable de viviendas asistidas: entre 1.000 a 2.000 apartamentos al año hasta el año 2030 en este tipo de alojamientos, a un ritmo paralelo al incremento de la población, según el informe: "Las necesidades de viviendas asistidas en el futuro", del grupo de trabajo del Consejo de la Vivienda para Personas Mayores, Ministerio de Vivienda y Urbanismo (2001). (Det fremtidige behov for plejeboliger – rapport fra arbejdsgruppe under Ældreboligrådet, Ældreboligrådet, By – og Boligministeriet 2001).

La construcción de viviendas asistidas en Dinamarca está regulada por la legislación vigente sobre vivienda y planificación urbanística, las ordenanzas sobre la construcción de viviendas y la normativa sobre accesibilidad, así como la legislación relacionada con los ambientes de trabajo (seguridad e higiene) (Rendebo 2001). Los proyectos de construcción de viviendas asistidas también tienen que ceñirse a los procedimientos de licitación de la UE y a la legislación danesa, que provee información sobre qué tipo de procedimiento se tiene que seguir cuando se eligen los miembros de los comités de expertos y se definen los criterios para la licitación y la adjudicación de la obra (Fogelstrøm 2002). Además, las viviendas asistidas están reguladas por la legislación sobre la vivienda en alquiler (Retsinfo 2009).

Lo anterior se debe al hecho de que la vivienda asistida en Dinamarca consiste en apartamentos de alquiler que la persona mayor arrienda como si se tratara de una vivienda particular con las mismas condiciones de los contratos estándar. En consecuencia, la persona mayor paga un alquiler, como en cualquier otro tipo de vivienda. Pero la característica clave de la vivienda asistida es que los residentes tienen acceso a la atención y cuidados que precisen, según sus necesidades, las 24 horas del día, lo que significa que hay personal asistencial trabajando en el edificio las 24 horas.

ANTECEDENTES

Un aspecto central en el diseño y construcción de viviendas asistidas en Dinamarca es analizar hasta qué punto el consenso sobre los criterios de bienestar quedan reflejados en el proceso de toma de decisiones. Contamos con conocimiento sobre la interacción compleja de los actores que intervienen en el proceso de toma de decisiones relacionado con la construcción de viviendas asistidas para personas mayores, gracias al proyecto de investigación "Bienestar y Tipología de Vivienda".

En este capítulo presentamos algunas conclusiones de este proyecto y también de otras relacionadas con el análisis del proceso de toma de decisiones basado en estudios de casos (Bryman, 2004), así como de otros estudios que se llevaron a cabo sobre viviendas asistidas de reciente construcción. Las viviendas asistidas objeto del análisis fueron seleccionadas de forma que constituyeron una muestra representativa de los diferentes tipos de alojamientos asistidos existentes

en varios municipios de diferentes partes de Dinamarca, construidos entre los años 2004 y 2007.

En el análisis que se ofrece en este capítulo, nos basamos también en conocimientos empíricos obtenidos de otras fuentes.

PROCEDIMIENTOS EN EL MUNICIPIO

En el municipio en el que hicimos el primer estudio de casos existen procedimientos formales escritos (guías) que especifican los comités o grupos directores, grupos de usuarios y de proyecto, etc. que han de constituirse cuando el municipio ha tomado la decisión de promover la construcción de un edificio o conjunto de viviendas asistidas. En estas guías, a menudo se describe de forma muy detallada la composición de los miembros que han de formar parte de cada comité o grupo durante las diferentes fases de desarrollo del proyecto de construcción de las viviendas asistidas. Los comités se constituyen para facilitar y dar apoyo al proceso de toma de decisiones, aportando su conocimiento y contribuyendo de esta manera a asegurar que las decisiones estén basadas en el mejor conocimiento disponible. El constructor, los técnicos municipales y los representantes de usuarios -en calidad de miembros permanentes-, participan en aquellos comités o grupos que ostentan el poder de la toma de decisiones. En estos comités, las decisiones se negocian y se toman en colaboración con uno o varios asesores, como pueden ser directores de proyecto, el arquitecto del proyecto, o arquitectos e ingenieros que se han presentado al concurso, entre otros. Pueden asimismo ser objeto de consulta arquitectos paisajísticos y otros profesionales.

Los llamados actores -que forman parte de los comités o grupos decisores, representantes de usuarios, profesionales de los cuidados, de proyecto, etc.- a menudo aportan importantes conocimientos complementarios dentro de sus respectivos campos profesionales, a los que se considera valioso tener acceso durante el proceso.

El proceso de toma de decisiones está extremadamente bien estructurado, contemplando desde la fase de formulación de las bases conceptuales y las fases de planificación a las fases de licitación y adjudicación de la obra y, finalmente, la fase de construcción hasta que el edificio está listo para ser ocupado (Knudstrup et.al 2007, Knudstrup & Møller 2008).

LOS ACTORES DE LA TOMA DE DECISIONES

El análisis del proceso de toma de decisiones (Knudstrup et al. 2007) demuestra claramente que es de una importancia definitiva determinar quiénes están sentados en la mesa cuando se toman las decisiones, ya que son los que aportan y dotan de conocimiento al proceso y generalmente asumen también un compromiso personal. Al mismo tiempo, estas personas necesitan tener suficiente influencia para ser escuchados en los foros interprofesionales. Como "actor" es importante tener presente que se compromete a mantener su involucración en el proyecto durante

un período de tiempo que puede durar hasta tres años y medio y que su aportación tendrá más peso en la medida en que no se produzcan sustituciones en el comité.

El nivel de influencia, particularmente de los representantes de los residentes y del personal asistencial, puede variar sólo por esta razón, principalmente por el hecho de no haber participado en decisiones tomadas en otras fases del proyecto de obra. Y también porque únicamente suelen participar en un limitado número de reuniones, lo que les impide poder seguir de cerca el desarrollo de la obra y el proceso completo de toma de decisiones desde el principio al final.

Aparte de asegurar un marco legal y financiero para el proceso de toma de decisiones, el objetivo de las guías o procedimientos formales escritos del municipio es asegurar la aportación de conocimientos lo más diversa y representativa posible, a través de su implicación p.ej. de representantes de los residentes y del personal asistencial (Knudstrup & Møller 2008).

De este modo tienen lugar un gran número de deliberaciones sobre la importancia del diseño y de los elementos clave para el bienestar de los futuros usuarios de las viviendas asistidas, en las que los actores aportan todo aquello que saben, han visto, oído, leído en publicaciones profesionales, o han experimentado en su trabajo en otras viviendas asistidas o en viajes de estudio. Estas deliberaciones a menudo tratan aspectos que los "actores" consideran positivos y apropiados o malos e inapropiados; pero raramente ocurre que miembros con un conocimiento muy específico (por ejemplo, la influencia de los colores en los casos de demencia), basado en evidencia científica o empírica, sean invitados a participar directamente en estas deliberaciones, aunque puede ocurrir.

EL CALENDARIO DEL PROCESO

Otra característica del proceso de toma de decisiones es que se necesita un tiempo relativamente prolongado para asentar las bases políticas y administrativas generales para la realización de un proyecto de viviendas asistidas. Sin embargo, los actores viven el proceso de toma de decisiones como demasiado acelerado. Esta sensación la tienen particularmente los representantes del personal asistencial y de los residentes en los comités y grupos constituidos cuando se llega a la fase de planeamiento del proyecto de viviendas en cuestión y, especialmente, en las fases de documentación y diseño detallado. En estas fases, el tiempo para tomar decisiones sobre un gran número de cuestiones muy significativas y fundamentales, como la funcionalidad del edificio y los elementos de diseño más relevantes para el bienestar en las viviendas asistidas, es muy limitado. La iniciativa, cuando se trata de transformar las ideas de los futuros usuarios de un edificio, se deja al arquitecto. Los asesores externos y el propietario también ejercen una influencia considerable sobre la forma del edificio.

Al mismo tiempo, todos los actores son conscientes de que el techo financiero para el proyecto de viviendas asistidas debe ser respetado y que el objetivo es poder realizar las opciones de

diseño arquitectónico dentro de este límite. También hemos podido constatar que el proceso de toma de decisiones necesita mucho más tiempo durante la fase de documentación cuando el proyecto de construcción se lleva a cabo a través de un concurso de diseño. La razón es que el proyecto ganador sólo puede ser discutido en detalle con el constructor y con los otros actores en los comités o grupos constituidos una vez ha sido premiado. Una última característica importante es que el proceso de toma de decisiones para estos proyectos de construcción, relativamente grandes, se alarga mucho en el tiempo, hasta durar de 2 años y medio a 3 años y medio. Cuanto más grande sea el proyecto de construcción, más tiempo puede durar el proceso de toma de decisiones. Eso puede originar una pérdida de información relevante de una fase a otra del proceso, en primer lugar por el mero hecho de que este período suele ser demasiado largo para que los actores no expertos (en diseño arquitectónico) sigan involucrados y, en segundo lugar, porque algunos pueden ser reemplazados por otros, por ejemplo, a causa del cambio del lugar de trabajo o de una baja laboral y, en tercer lugar, porque no todos los actores participan en todas las reuniones (Knudstrup & Møller 2008).

LAS CONCEPCIONES SOBRE EL BIENESTAR SE HALLAN A VECES BAJO PRESIÓN

El análisis de los procesos de toma de decisiones (Knudstrup et al., 2007) muestra que las concepciones y las expectativas relacionadas con el bienestar de los futuros usuarios se encuentran en ocasiones bajo presión en estos procesos. Esto sucede cuando surgen nuevos puntos de vista de los asesores externos, incluyendo razones técnicas para hacer cambios, y cuando a lo largo de las argumentaciones para tomar las decisiones, las concepciones y las expectativas relacionadas con el bienestar chocan con las restricciones financieras. Generalmente estos cambios tienen lugar durante las fases de documentación del proyecto, licitación, adjudicación del contrato de obra y construcción.

Durante estas fases, el foco de atención puede desviarse de las consideraciones relacionadas con el bienestar y la calidad de los cuidados en las viviendas asistidas y pasar a ser dominado por los aspectos técnicos y financieros, con las consiguientes desafortunadas consecuencias para los proyectos de viviendas asistidas que a veces se producen. Por último, el análisis demuestra que la influencia directa del entorno construido para el bienestar y las decisiones que se toman respecto a cuestiones como la ubicación de las viviendas individuales (apartamentos) dentro del edificio, el tamaño de los apartamentos y de los espacios comunes, su distribución, la configuración de los espacios exteriores, el significado del concepto de hogar, etc., no están, generalmente, basadas en la investigación o en el conocimiento basado en evidencia científica.

ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR EN LAS VIVIENDAS ASISTIDAS. LAS BASES CONCEPTUALES DE LAS VIVIENDAS ASISTIDAS

En los estudios de caso daneses (Knudstrup et al., 2007) hemos observado como característico del proceso de toma de decisiones que el principio "entorno de vida-hogar" ["Leve-bomiljøet"]

sirve como referente para crear el marco físico para garantizar una “buena vida” a los residentes en las viviendas asistidas.

No obstante, los actores que forman parte de este proceso suelen tratar de organizar el entorno de vida y de trabajo de la forma más conveniente para el personal asistencial a la hora de tomar decisiones acerca de la distribución y el diseño de los diferentes espacios en las viviendas asistidas. Sin embargo, una de las decisiones más importantes para el diseño arquitectónico de las viviendas asistidas es, sin duda, la manera en que el principio: “entorno de vida-hogar” puede ser llevado a la práctica.

En general, es posible vincular las declaraciones a favor de este principio de la inmensa mayoría de los actores al deseo común de crear entornos de vida asistida que proporcione a cada residente el más alto nivel de bienestar (subjetivo) y de seguridad, así como un buen ambiente de trabajo para el personal. De hecho, el ideal compartido inherente al principio: “entorno de vida-hogar” puede ser descrito de una forma bastante sencilla: un alojamiento de cuidados distribuido en unidades de convivencia y hogares (apartamentos), que permitan a los residentes continuar su vida cotidiana de la misma manera que lo hacían antes de mudarse a la vivienda asistida. En definitiva, la configuración de las viviendas asistidas tiene que ser congruente con este ideal y, al mismo tiempo, adaptarse a la situación en que se encuentren cada uno de los futuros residentes en función de su edad, enfermedades u otras circunstancias que les hayan motivado dejar su vivienda habitual.

En principio, todos los actores -desde el constructor privado a los asesores, los representantes del personal asistencial y los futuros residentes- están de acuerdo en que “el hogar”, entendido como hogar privado, es el concepto que debe prevalecer como el ideal para un nuevo equipamiento de viviendas asistidas. Es, sin embargo, igual de evidente para todos los actores que, en la práctica, este ideal asociado al “hogar” tiene que cumplir con dos requisitos muy diferentes: por un lado tiene que funcionar como un buen lugar de trabajo para el personal y, por otro, proporcionar el marco para desarrollar una vida buena y digna a los residentes (Knudstrup & Møller, 2008).

No es, sin embargo, una tarea sencilla transformar los atributos asociados al principio: “entorno vida-hogar” en soluciones operativas. Es una tarea que, vista retrospectivamente, ha puesto en evidencia el gran número de desafíos inherentes a la materialización de este principio, una vez el proyecto de vivienda asistida ha sido realizado y la vida cotidiana sigue su curso. Se complica por el hecho de que, en todos los casos estudiados, se asocia el concepto de: “entorno de vida-hogar” con una noción idealizada de unas personas mayores con un buen nivel de capacidad funcional que conviven en una unidad residencial de unos 8-12 apartamentos, disfrutando de la interacción social en familias extensas, participando en una serie de actividades conjuntamente con otras personas mayores y el personal. Al mismo tiempo, el concepto de: “entorno vida-hogar” se vincula a la disponibilidad de miembros del equipo asistencial, profesional y

personalmente competentes, con capacidad de iniciativa para organizar la vida cotidiana de los residentes y la de ellos mismos durante un largo período de tiempo, con un apoyo limitado por parte del resto de la institución.

LOS DIFERENTES ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN EL BIENESTAR

A lo largo del proceso de toma de decisiones y de todas las fases por las que va pasando un proyecto de vivienda asistida, se van tomando un gran número de decisiones acerca de los distintos elementos parciales que forman parte de un edificio, incluida la localización, el concepto principal de la vivienda asistida, el tipo de edificio y de vivienda, áreas comunes, accesibilidad, diseño y tecnología, colores, luz, forma y materiales, así como los espacios exteriores. En el caso de algunos de los elementos físicos inherentes a la arquitectura, hay diferentes opciones, tanto a nivel general como a nivel de detalle. Los actores vinculados al proceso de forma permanente invierten mucha energía para que el proyecto de vivienda quede lo mejor posible para los futuros usuarios, sirviéndose de su experiencia profesional y conocimiento y de las posibilidades financieras establecidas para la obra.

En el cuadro siguiente se ofrece una panorámica de los aspectos arquitectónicos y elementos relevantes que más influyen en la generación de bienestar subjetivo de los residentes y que tendrán que ser valorados en el proceso de toma de decisiones:

1. **Localización:** ¿en qué contexto urbano? El entorno local: vistas, vida urbana -tranquila o activa-.
2. **Concepto principal** (bases conceptuales), tipo de edificio: idea general, expresión arquitectónica, materiales y calidades, funcionalidad, planeamiento e integración del edificio en el área y el paisaje.
3. **Tipo de vivienda individual:** de compra o alquiler, de una, una y media o dos habitaciones, con terraza o balcón, metros cuadrados de las viviendas individuales y de las áreas comunes, la distribución de los espacios entre zonas privadas y comunes.
4. **Áreas comunes:** con rincones para descansar y espacios para la relación social como sala de estar, cocina y comedor, sala de terapia, un posible centro de actividades con ordenadores, etc.
5. **Accesibilidad:** desplazarse por la vivienda individual y las áreas comunes tiene que ser fácil y seguro, así como también por las áreas exteriores. Fácil acceso a las otras plantas del edificio. La accesibilidad proporciona seguridad.
6. **Diseño y decoración interior:** de la vivienda individual y de las áreas comunes. Debe conseguirse la sensación de estar en la propia casa con los muebles que uno mismo ha elegido, y sentir que se tiene una vivienda buena, funcional y segura.
7. **Tecnología:** para lograr el confort tanto en las viviendas individuales como en las áreas comunes; climatización interior, calidad del aire, calidad sonora y calidad de la iluminación. Productos y tecnologías de apoyo, domótica, grúas, andadores, asideros,

aparatos para el ejercicio físico, internet, etc.

8. Colores y luces: en las salas comunes y en la vivienda privada. La luz y los colores son estimulantes, influyen en el estado de ánimo y facilitan la orientación; cuidar la luminosidad en el propio hogar (el apartamento individual) y en las diferentes áreas comunes.

9. Forma: hay que cuidar las proporciones, decidir la colocación de materiales, puertas, ventanas y pasillos buscando la funcionalidad, la facilidad para decorar y la calidad espacial. Da muy buenos resultados colocar asientos en rincones, balcones o terrazas, para poder sentarse, disfrutar de la vista y observar actividades del exterior.

10. Espacios exteriores: preferible si se tiene acceso directo desde la propia vivienda, o contar con terraza o balcón propio. En las zonas comunes disponer de espacios ajardinados o terrazas con cubierta (para tener zonas protegidas del viento, sol, lluvia), en las que pueda elegirse el sol o la sombra y contar con un jardín terapéutico. Posibilidades para moverse de un lugar a otro, disponer de puntos de encuentro y de elementos de estimulación sensorial mediante colores, olores, la tierra, las plantas.

Teniendo en cuenta que el desarrollo de todos los elementos físicos relevantes para el bienestar mostrados en el cuadro anterior sería demasiado extenso para su inclusión en este capítulo, me limito a comentar los resultados obtenidos de la investigación realizada solo respecto a tres de ellos: localización, las viviendas individuales y las áreas al aire libre.

LOCALIZACIÓN

Por lo que se refiere a la localización del edificio de una vivienda asistida, los actores suelen llamar la atención sobre la necesidad de tener en cuenta el presupuesto para el proyecto de obra. Porque, desafortunadamente, aunque exista la disponibilidad de un solar adecuado en un lugar atractivo con vistas, no suele ser el elegido si es de propiedad privada por el coste que representa comprar terrenos para edificar en lugares atractivos a precio de mercado. Los lugares que quedan libres son, en su mayoría, propiedad de la municipalidad, pero incluso en estas circunstancias quedan limitadas las posibilidades de elección, ya que las respectivas administraciones municipales han fijado el precio de los terrenos.

En todos los casos estudiados, la decisión sobre la localización se toma al comienzo de la fase de planificación. Se ha constatado que el argumento decisivo en la discusión acerca de la localización es su vinculación al área local y, en la medida de lo posible, que el lugar sea atractivo y con vistas. A este respecto los actores que influyen en la toma de decisiones no se suelen apoyar en la investigación o los conocimientos basados en la evidencia, lo que sin duda ayudarían a sustentar sus recomendaciones respecto a la localización de la vivienda asistida (Knudstrup & Møller 2008).

La información obtenida en entrevistas con personas mayores que ya habitan en una vivienda asistida (Mortensen et al. 2007) y los resultados de encuestas a ciudadanos próximos a ser jubilados (Kristensen et al. 2008) indican que la proximidad a la comunidad local es importante para

mantener el contacto con las redes sociales existentes de vecinos, amigos y familiares. En el caso de que la persona mayor haya de mudarse de su comunidad, el estudio realizado por Kristensen et al., 2008, concluye que entre los futuros mayores se registra una clara tendencia a desear mudarse a un núcleo urbano más grande que donde viven actualmente. Por otra parte, casi nadie quiere mudarse del centro a las afueras de la ciudad. También hay una tendencia clara y predominante de preferir estar en una vecindad con mucha actividad, para mantener así el contacto con la vida diaria que allí tiene lugar. Por otra parte, siempre que sea posible, prefieren tener fácil acceso a servicios, tiendas y transporte público registrándose una gran prioridad al disfrute de vistas a zonas verdes desde la vivienda (Kristensen et al., 2008).

En términos generales, los estudios que hemos realizado acerca del proceso de toma de decisiones indican que existe la voluntad de cumplir con el deseo de una ubicación en la comunidad local en consonancia, tanto con los deseos de los futuros mayores como de los que ya viven en una vivienda asistida. Y es un deseo que los representantes de los usuarios en los procesos de toma de decisiones también suelen subrayar. Asimismo, las encuestas a los futuros mayores revelan con claridad que éstos dan una gran importancia a la vinculación de la vivienda a una comunidad con mucha actividad para poder tomar parte de ella, y que algunos muestran deseo de trasladarse a núcleos urbanos más grandes. Hoy en día, no obstante, muchas viviendas asistidas se encuentran en zonas periféricas con poca actividad, debido a que estos son los únicos lugares en los que se puede encontrar suelo urbanizable. Quien se proponga comprar un terreno en un lugar céntrico de la ciudad, lo más probable es que acabe haciéndolo en un área comercial o industrial abandonado.

LA CONFIGURACIÓN DE LOS APARTAMENTOS EN LA VIVIENDA ASISTIDA

En las municipalidades estudiadas, el número total de apartamentos en un complejo de viviendas asistidas se determina por medio de decisiones que se toman en los consejos municipales en el momento de aprobar los presupuestos para la atención a las personas mayores, discapacitadas y personas socialmente desfavorecidas, partiendo de recomendaciones de los comités profesionales respectivos.

Cuando se produce la aprobación del presupuesto para un proyecto de vivienda asistida, se suele contar con una superficie bruta de los apartamentos para una persona sola de entre 67 a 72 metros cuadrados. Sin embargo el establecimiento de un límite máximo para los alquileres acaba condicionando de forma decisiva los metros cuadrados totales del complejo. La preferencia dominante es por apartamentos de 2 habitaciones con acceso a una terraza o balcón privado así como a las zonas comunes. Por regla general, la vivienda individual dispone de una pequeña entrada con una kitchenette, un baño y un salón que puede ser compartimentado por una pared móvil, creando un espacio recludo para la cama.

En principio, estas viviendas funcionan como apartamentos de dos o una habitación y media.

Se puede acceder a las áreas comunes interiores y exteriores desde las viviendas individuales. El espacio compartido es financiado en diversa medida por la superficie bruta de las viviendas individuales. En la práctica, esto significa que la vivienda individual puede tener una superficie bruta de por ejemplo 70 metros cuadrados, pero su superficie neta real/hábil puede ser de 44 metros cuadrados por la sencilla razón de que 26 metros cuadrados son en realidad destinados a zonas comunes. Las viviendas existentes de 2 habitaciones, por lo general, tienen 60 metros cuadrados de superficie neta real/hábil para parejas o dos personas (Knudstrup & Møller 2008).

En las discusiones y las decisiones relacionadas con la superficie bruta y neta de las viviendas, se tiene en consideración cuánto espacio totalmente privado debe tener la vivienda individual y cuánto espacio se puede dar a las áreas comunes como cocina, comedor, sala de estar, pasillos, etc. A menudo, la distribución de los metros cuadrados da lugar a prolongados debates durante el proceso de toma de decisiones. En todos los casos estudiados la preferencia es construir viviendas asistidas con apartamentos de 2 habitaciones con un ambiente tan parecido a un auténtico hogar como sea posible. Este es el requisito que generalmente siempre se consigue según manifiestan los actores que han tomado parte en los procesos de toma de decisiones.

La iluminación tiene un tratamiento preferente, ya que la luz es importante tanto en relación a la percepción del edificio como a la calidad arquitectónica de las estancias y su disfrute. En los estudios de casos, a menudo se enfatiza que las estancias deben ser abiertas y luminosas, pero en cambio se presta menos atención al sobrecalentamiento y deslumbramiento en los días calurosos y soleados. Esto ocurre en los edificios donde hay una falta de aleros o persianas exteriores que pueden mitigar el efecto del sobrecalentamiento durante los meses de verano.

Los representantes del personal asistencial y los técnicos municipales son influyentes en las decisiones finales así como el propietario del edificio, que tiene interés en satisfacer las expectativas y en proponer una vivienda atractiva para los futuros inquilinos y residentes. Los arquitectos, por su parte, se esfuerzan para crear unas buenas viviendas dentro del complejo en el relativamente escaso espacio disponible.

Según el estudio de Kristensen et al. (2008) hay una tendencia clara en las preferencias de las futuras personas mayores acerca de poder llevar un estilo de vida que les aparte lo menos posible de la vida que han disfrutado antes de mudarse a la vivienda asistida. Es decir, el objetivo buscado es mantener la propia identidad personal, un factor que es considerado esencial por las cohortes futuras de personas mayores al considerar que contribuye sobremedida a la sensación de bienestar. La vivienda asistida debe apoyar este deseo de la mejor forma posible, por lo que se da una gran importancia a la configuración de la vivienda privada. El deseo es disponer, como mínimo, de una vivienda espaciosa y flexible, con 2 habitaciones (o más), incluso si esto significa disponer de áreas comunes más reducidas (Kristensen et al., 2008).

La vivienda privada es donde uno desea retirarse para recibir amigos y familiares y poder cerrar

la puerta. Estos fueron elementos clave para el bienestar en el estudio realizado entre las personas mayores que ya viven en una vivienda asistida (Mortensen et al., 2007). La vivienda debe ser hogareña, espaciosa, flexible y, como mínimo, tener 40-50 metros cuadrados, para que haya suficiente espacio para los propios muebles de los residentes y sus efectos personales. Además, debe ser accesible con ayudas técnicas y dispositivos de apoyo y disponer de la opción de hacer una partición entre el salón y el dormitorio. También se indica que las puertas y las ventanas deben de ser fáciles de manejar. Para las parejas y cónyuges, se contempla poder vivir juntos en la vivienda asistida.

Otro aspecto importante que se destaca es que la antesala de la vivienda individual esté provista de kitchenette para poder preparar y servir té o café a los invitados. También se da una gran importancia a que los armarios sirvan, además de almacenaje, para separar el salón del dormitorio. La vista a un patio privado y vegetación verde desde ventanas bajas también tiene una destacada prioridad.

Hay una coincidencia en el deseo de las personas mayores (actuales y futuras) de poder disponer de una vivienda espaciosa en lugar de grandes áreas comunes. Sin embargo, esto no es siempre fácil de lograr, debido a que los que representan al personal asistencial en los procesos de toma de decisiones a menudo argumentan a favor de áreas comunes más grandes, en contraposición a los deseos de los representantes de los futuros residentes, que suelen abogar por viviendas individuales más grandes, áreas comunes más pequeñas y más privacidad.

ÁREAS EXTERIORES

Las ideas y propuestas relacionadas con la estimulación sensorial que las áreas al aire libre pueden ofrecer y cómo mejorar la disposición de éstas, desde la perspectiva del bienestar de los residentes, influyen sobremanera en las decisiones que se toman en las fases de diseño y planificación.

Todos los actores utilizan mucho tiempo y energía para discutir una y otra vez la importancia del diseño de los espacios exteriores. Es un objetivo prioritario instalar jardines terapéuticos en los proyectos de vivienda asistida, donde los sentidos (como el olfato, la vista y otros) pueden ser estimulados y que puedan ofrecer experiencias alternativas a los residentes, como un complemento estimulante a las que experimentan en su vida cotidiana. Se trata de ofrecerles la posibilidad tanto de contemplar el jardín terapéutico desde el interior, como la de pasar directamente a los jardines desde la vivienda privada, la cocina o el salón comunes, así como de dar un paseo o sentarse a disfrutar de las sensaciones que ofrece el jardín. Algunos actores, especialmente los representantes de los residentes o del personal asistencial, hacen referencia a conocimientos extraídos de revistas especializadas, teorías sobre los sentidos y jardines terapéuticos que han podido visitar en viajes de estudio (Knudstrup & Møller, 2008).

Sin embargo, es significativo que suele prescindirse de estos jardines terapéuticos en las últimas fases del proceso de toma de decisiones. De modo que, al final, en todos los casos estudiados, las áreas al aire libre quedan muy reducidas en contenido y extensión. La razón que explica la reducción de estas áreas fue, en todos los casos, la necesidad de ajustar el proyecto de vivienda asistida dentro de los límites presupuestarios. En dos de los casos estudiados las conclusiones sugieren que la conversión de las áreas exteriores en jardines terapéuticos fue aplazada hasta que hubiese finalizado el complejo de vivienda asistida. En otro caso se concluye que el promotor ahorró costes en las áreas exteriores en la etapa final de la obra. En este caso en concreto, un área exterior que tenía que haber sido cubierto con baldosas se convierte en un área con gravilla, con el desafortunado resultado de dificultar el acceso a las áreas al aire libre, sobre todo para las personas con movilidad reducida.

Pero no son sólo los representantes de los usuarios los que hacen hincapié en la importancia de las áreas exteriores para el bienestar: en el estudio de Mortensen et al., 2007, sobre las preferencias de las personas mayores que ya viven en una vivienda asistida, así como en el estudio de Kristensen et al., 2008 (sobre las preferencias de las personas próximas a la jubilación) también se hace hincapié en la importancia de estas áreas para el bienestar subjetivo. En ambos estudios se subraya la importancia de tener vistas a un jardín o vegetación verde desde la vivienda con fácil acceso, preferentemente acceso directo, desde cada una de las viviendas. La zona verde es vivida como un oasis estimulante que provee recreación y experiencias placenteras. La vista a una zona verde desde la vivienda también es importante para la contemplación y participación pasiva en actividades desde el interior de la vivienda. En otros estudios se añade que el jardín debe estar provisto de senderos de fácil acceso que conduzcan a zonas ajardinadas, así como áreas protegidas en las que las personas pueden sentarse a descansar durante el paseo, de tal manera que el jardín pueda llegar a convertirse en el destino para una pequeña excursión (Møller & Knudstrup, 2008).

Este deseo también fue destacado, a menudo, en los procesos de toma de decisiones, no sólo por los representantes de los usuarios, sino también por otros actores, aunque, como se ha comentado, se detecta una tendencia a sacrificar especialmente las zonas verdes en la fase final del proceso de toma de decisiones para hacer frente a la presión económica.

EL USO DE CONOCIMIENTOS BASADOS EN EVIDENCIA EMPÍRICA Y CIENTÍFICA

Podríamos preguntarnos si hay realmente una necesidad específica de realizar estudios sistemáticos sobre los elementos que producen bienestar tanto subjetivo como objetivo en las viviendas asistidas. La respuesta no puede ser contundente, debido a que sólo se han llevado a cabo estudios de forma esporádica sobre este tema en Dinamarca.

De todos modos, existen algunos estudios que identifican una serie de problemas dignos de mención. Una investigación realizada con ocasión de una tesis doctoral, y en la que participaron

diez viviendas asistidas en Dinamarca (Sørensen, L. U., 2001), reveló que alrededor de la mitad de los residentes sufrían de depresión. En este estudio se muestra que incrementar el bienestar de los residentes es de suma importancia y que a ello se debe prestar más atención.

Aunque este tema de los elementos del diseño ambiental se ha analizado de forma poco sistemática y es un aspecto mucho menos visible y tangible que los aspectos económicos, estructurales y funcionales a considerar en el proceso de toma de decisiones, el estudio al que nos referimos revela indicios de que pueden mitigar los problemas que afectan al bienestar en el sector de los cuidados, como la depresión u otros asociados a la demencia. Por esta razón parece justificado plantearse la necesidad de tener más conocimiento sobre los elementos arquitectónicos que pueden contribuir a paliar los problemas asociados a la dependencia porque la investigación puede aportar mayor evidencia científica sobre este efecto beneficioso específico, de modo que este conocimiento pueda ser utilizado en el proceso de toma de decisiones relacionados con la conceptualización y el diseño arquitectónico de viviendas asistidas.

Por ejemplo, dentro del área de las demencias se han realizado estudios en residencias que indican que una mayor cantidad de luz de lo habitual en los alojamientos de cuidados puede tener un efecto positivo sobre el nivel de actividad de las personas afectadas (Lovell et al., 1995). En otro estudio de Van Someren et al., 1997, se ha podido demostrar que la luz natural tiene un efecto beneficioso sobre el ritmo circadiano de los residentes y el nivel de actividad. Pero, lamentablemente, no parece que se hayan llevado a cabo suficientes estudios dentro de las instalaciones de atención residencial.

Sí existe más investigación realizada en el sector hospitalario que revela una relación directa entre la luz natural, la utilización de fármacos y la depresión. En uno de estos estudios (Beauchemin & Hays, 1998) se encontraron diferencias significativas en la duración de la estancia de pacientes con depresión grave en un hospital psiquiátrico, que se asociaron con el nivel de penetración de luz natural en las estancias interiores. Se observó una diferencia de hasta un 15% entre las salas con luz natural y las oscuras. Otro estudio (Benedetti et al, 2001, 2003) demuestra que la luz de la mañana tiene un efecto positivo en pacientes con depresión. Además, entre las conclusiones de un importante estudio de los pacientes quirúrgicos atendidos en un hospital de Pennsylvania (Ulrich, 1984) se destacan las siguientes: *“Las habitaciones de algunos pacientes daban a un grupo de árboles, mientras que otros pacientes solamente podían contemplar una pared de ladrillo marrón. Una revisión de diez años de historias clínicas mostró menores estancias, menor utilización de analgésicos y menos comentarios negativos en las anotaciones de las enfermeras a favor de las personas con vistas de zonas verdes, en comparación con los pacientes desde cuya ventana las vistas se veían reducidas a la contemplación del muro”*.

En definitiva, parece que existe suficiente evidencia empírica que sustenta que la posibilidad de disponer de vistas a zonas verdes y disponer de fácil acceso a entornos naturales tiene un efecto positivo sobre el bienestar.

CONCLUSIONES

Si estos estudios, incluidos los del sector hospitalario, pueden ser relevantes a la hora de decidir la construcción de viviendas asistidas, una consecuencia lógica sería la de garantizar que no se construyan edificios de viviendas para personas mayores en situación de dependencia con ventanas que reciben la luz exclusivamente desde el norte. Y, además, asegurar que los residentes tengan vistas a vegetación verde para lograr una mayor sensación de bienestar. Lamentablemente éste no es siempre el caso en la construcción de instalaciones de vida asistida en la actualidad.

Queda abierto a la discusión si el conocimiento basado en evidencia obtenido sobre todo en el sector hospitalario puede ser utilizado en el diseño y construcción de viviendas asistidas. En cualquier caso, mientras no haya estudios específicos suficientes del sector asistencial, parece que esta información tan sugerente del sector hospitalario debería de ser tomada en cuenta en las decisiones que anteceden a la planificación de viviendas asistidas y, de manera especial, cuando se toman decisiones acerca de los elementos más significativos para el bienestar objetivo y subjetivo de los residentes.

Es a todas luces importante que se valoren los elementos que aportan bienestar subjetivo y que esta cuestión se convierta en crucial y que se le conceda tanto peso, por lo menos, como a las consideraciones estrictamente técnicas y económicas en los procesos de toma de decisiones relacionados con la construcción de viviendas asistidas para mayores. Y es igualmente necesaria la mayor utilización en estos procesos de todo el acervo de conocimiento basado en evidencia que ya está disponible y, sobre todo, que el promotor utilice este conocimiento como base de sus decisiones.

REFERENCIAS

Beauchemin, K. M., & Hays, P. (1998). Dying in the dark: Sunshine and outcomes in myocardial infarction. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91, 352.

Benedetti, F., Colombo, C., Bardini, B., Campori, E., & Smeraldi, E. (2001). Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression. *Journal of Affective Disorders* 62(3), 221.

Benedetti, F., Colombo, C., Pontiggia, A., Bernasconi, A., Florita, M., & Smeraldi, E. (2003 Jun). Morning light treatment hastens the antidepressant effect of citalopram: A placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 64(6), 648.

Bryman, A. (2004) *Social Research Methods*, Second edition, Oxford: Oxford University press.

Fogelstrøm, J. (2002) " Samarbejde med rådgivere og entreprenører." [Collaboration between Advisors and Entrepreneurs.] Artikel i *Sociale og Bygningsmæssige forudsætninger – Boligbyggeri*

for ældre. Holm-Larsen, S.; Poulsen N. M. og Straagaard, (red.) A. Hæfte 1. Krogh's forlag.

Knudstrup, M.-A., Hovgesen, H. H. og Møller K. (2007) Beslutningsprocessanalysen -Proces, Arkitektur, Trivsel. Komparativt studie. [“Analysis of the Decision-making Process – Process, Architecture, Well-being. Comparative study.”] Odense: Servicestyrelsen. 105 s.

Knudstrup, M & Møller, K. (2008), ‘Boligen som ramme for trivsel’, [‘The Home as a Framework for Well-being’] I Møller, K & Knudstrup, M (red.), Trivsel i plejeboligen. En antologi om trivselsfaktorer i plejeboliger, Syddansk Universitetsforlag, Odense, s.171 -184.

Knudstrup, M.-A., Møller, K. og Christensen, C. (2004) Trivsel og Boligform. Plejeboligen typologi og arkitektoniske elementer. [“The typology and architectural elements of assisted living residential care facilities and accommodation”]. Rapport nr.2. Aalborg Universitet. Institut for Arkitektur & Design. s 45.

Kristensen, M. B., Bech, M., Møller, K. Trivsel & Boligform. Undersøgelse af plejeboligpræferencer hos kommende ældre. [“Study of preferences concerning assisted living residential care facilities and accommodation amongst future senior citizens”]. udg. Odense: Servicestyrelsen. 90 s.

Lovell, B. B., Ancoli-Israel, S. & Gevirtz, R. (1995). Effects of bright light treatment on agitated behavior in institutionalized elderly subjects. *Psychiatry Research*, 57(1), 7.

Mortensen, G. L.; Vedstesen, A. M.; Møller, K.; Knudstrup, M.-A. (2007) I. Trivsel og Boligform. Afdækning af boligmæssige trivselsfaktorer hos ældre i plejeboliger. [“Study of factors influencing well-being amongst senior citizens at assisted living residential care facilities and accommodation”]. udg. Odense: Servicestyrelsen. 90 s.

Møller, K. og Knudstrup, M.-A. (red.) (2008) Trivsel i plejeboligen – antologi om trivselsfaktorer i plejeboliger. [“Well-being at assisted living residential care facilities and accommodation – an anthology of factors influencing wellbeing at assisted living residential care facilities and accommodation”]. Syddansk Universitetsforlag, Odense. s. 202.

Møller, K.; Knudstrup, M.-A. (2008) Trivsel & plejeboligen udformning. [“Well-being and the design of assisted living residential care facilities and accommodation”]. Odense: Servicestyrelsen. 100 s.

Rendebo, J. K.(2002). Regelgrundlaget for boliger for ældre. [“Basis of rules for Homes for older persons”]. Artikel i Sociale og Bygningsmæssige forudsætninger – Boligbyggeri for ældre. Holm-Larsen, S.; Poulsen N. M. og Straagaard, (red.) A. Hæfte 1. Krogh's forlag.

Sørensen, L. U. (2001) Psychiatric morbidity and use of psychotropics in Danish nursing homes

Ph. D. Thesis; Department of Psychiatric Demography, Institute for Basic Psychiatric Research; Psychiatric Hospital in Aarhus.

Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 224(4647), 420.

Van Someren, E. J. W., Kessler, A., Mirmiran, M., & Swaab, D. F. (1997). Indirect bright light improves circadian rest activity rhythm disturbances in demented patients. *Biological Psychiatry*, 41(9), 955.

Ældreboligrådet. By – og Boligministeriet. (2001) Det fremtidige behov for plejeboliger – rapport fra arbejdsgruppe under Ældreboligrådet, [The future need for assisted living care facilities- report from work group in the Council for homes for the elderly.] Ældreboligrådet. By – og Boligministeriet, København.

Retsinfo www.retsinfo.dk online 2009-02-12.

EL JUEGO DE LAS GENERACIONES: UNA NUEVA ERA DE LA VIVIENDA PARA PERSONAS MAYORES.

JEREMY PORTEUS

Director, Housing LIN Ltd, y ex-responsable del Programa Nacional de la Vivienda del Departamento de Salud, Inglaterra.

INTRODUCCIÓN

Voy a analizar la tipología de viviendas asistidas y con apoyos (*housing with care and support*) que existen actualmente en Inglaterra, haciendo especial hincapié en las últimas tendencias de viviendas asistidas 24/7 (*extra care housing 24/7*) y sus factores impulsores. Éste modelo ha emergido en los últimos años y consiste en garantizar una oferta de servicios de atención y cuidados las 24 horas del día y los 7 días de la semana, cuya intensidad y variedad se va ajustando a la necesidad de atención que experimentan las personas en la edad avanzada.

Hasta hace poco, he gestionado un presupuesto de 2'27 millones de libras, correspondiente al Departamento de Salud, para viviendas asistidas 24/7, que permitió construir en seis años 87 nuevos edificios, totalizando 5.000 apartamentos para personas mayores. Esto representó un incremento del 20% en este tipo de alojamiento. Esta medida ha transformado y ampliado la posibilidad de elección de las personas mayores, ofreciéndoles una alternativa viable a la atención en un centro residencial clásico, que en muchos casos era la única posibilidad de elección para una persona mayor en situación de dependencia.

También voy a describir cómo este tipo de inversión y una nueva forma de pensar respecto a los alojamientos donde recibir cuidados (*housing and care*) para personas mayores, encaja dentro de un contexto político más amplio, que contempla objetivos como los siguientes:

- Mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores y, en particular, de aquéllas con problemas de salud que requieren cuidados de larga duración, como por ejemplo los asociados a los accidentes cerebro-vasculares o las demencias.
- Cumplir con los objetivos más amplios de la política del gobierno de desarrollar la libre elección y la personalización de los servicios.
- Optimizar al máximo los recursos destinados a salud y cuidados personales, teniendo en cuenta el aumento de la presión demográfica.

RETOS DEMOGRÁFICOS Y FINANCIEROS

Hay dos factores que están impulsando el cambio de la concepción de la oferta residencial en las que ofrecer conjuntamente alojamiento y cuidados para personas mayores en Inglaterra.

El primero surge de una necesidad imperiosa: los costes de los cuidados (de salud, personales, residenciales y de enfermería) están aumentando de manera insostenible, debido al aumento del número de personas mayores y del nivel de sus necesidades.

El segundo factor es de un signo más positivo: las nuevas generaciones de personas mayores son más exigentes que las generaciones anteriores. Tienen cada vez más educación y son más asertivas y comunicativas acerca de sus necesidades y han desarrollado a lo largo de su vida habilidades de consumidores exigentes para conseguir unos servicios de alta calidad.

Tal como ocurre en otros países occidentales, Inglaterra tiene una población en proceso de envejecimiento: se estima que el número de personas de más de 85 años va a doblarse en los próximos 20 años.

Población Inglaterra en el año 2000 (miles)



Población Inglaterra en el año 2036 (miles)



Este cambio demográfico ejerce presión, tanto sobre los servicios de atención y cuidados personales como sobre los servicios de salud de acceso gratuito. De hecho, el gasto dedicado exclusivamente a prestar servicios de cuidados personales para personas mayores, se prevé que se doble entre 2010 y 2026 (actualmente asciende a 9 billones de libras anuales).

Se acepta cada vez más que invertir en la vivienda de las personas a medida que envejecen reduce en muchos casos el gasto en salud y en cuidados futuros. Recientemente se presentó el Informe "Vivir bien en Casa" (1) al Grupo Mixto Parlamentario de Viviendas Asistidas para Personas Mayores. El informe reclamaba el desarrollo y mejora de los servicios para la mayoría de personas mayores que desean seguir viviendo en su casa, pero que tienen dificultades para ello. Reclamaba también una mayor posibilidad de elección en las nuevas promociones tanto de viviendas para jubilados (*retirement housing*) como de viviendas asistidas 24/7 (*extra care housing*). El informe proponía un cambio en la manera de pensar del Gobierno, afirmando que

las personas mayores deberían ocupar un lugar central en su comunidad a partir de una planificación “amigable con la edad”, con diseños y estrategias de la vivienda que promovieran “vivir bien en casa”, incluyendo adaptaciones y servicios de tele-asistencia.

El informe asimismo argumentaba que la construcción de apartamentos atractivos y adecuados no sólo proporciona una posibilidad a las personas mayores de elegir estilo de vida, sino también la adaptación a circunstancias personales cambiantes, facilitando así la permanencia en su apartamento en situaciones de fragilidad, enfermedad o discapacidad.

Si bien la necesidad de contener la demanda -y el correspondiente coste- de los cuidados personales y de la salud puede ser considerado como un factor limitativo para el desarrollo de nuevas viviendas para personas mayores, el segundo factor es de signo más positivo: la mayoría de personas mayores quieren seguir viviendo en su propia casa (87%), y a menudo son contempladas como “ricas en bienes y pobres en ingresos”.

Las nuevas generaciones de personas mayores tienen unas expectativas y percepciones muy diferentes de su poder político, económico y social. Una parte de éstas es relativamente acomodada y goza de buena salud. Eso tendría que influir en la manera de concebir los alojamientos para vivir y recibir cuidados. Es aquí donde entran los nuevos modelos de viviendas para personas mayores, especialmente las viviendas asistidas 24/7. Se reconoce así que estas nuevas generaciones de personas mayores, acostumbradas a la independencia, la elección y el diseño de calidad, no se van a conformar con viviendas para jubilados de segunda categoría.

Volveré a tratar este tema del cambio de expectativas más adelante. Ahora será útil considerar brevemente el contexto de la política inglesa en lo referente a los servicios asistenciales y a las viviendas especializadas en las que estamos trabajando.

LA POLÍTICA: RESPONDER A LA DEMOGRAFÍA, CUMPLIR CON LAS EXPECTATIVAS CRECIENTES E INTEGRAR SALUD, CUIDADOS PERSONALES Y ALOJAMIENTO

La vivienda para los mayores no se puede excluir del debate sobre la política y la financiación de la atención a la salud y los cuidados personales.

En el año 2010, el nuevo Gobierno de Coalición creó una Comisión, liderada por un economista -el Profesor Andrew Dilnot, de la universidad de Oxford- para examinar la financiación de los cuidados personales en Inglaterra. Dilnot afirma que el sistema se percibe como inadecuado, injusto e insostenible. Las recomendaciones de esta Comisión tendrán, en mi opinión, un impacto significativo en las dotaciones presupuestarias correspondientes a cuidados personales –incluyendo las partidas destinadas a las viviendas que prestan este tipo de cuidados.

En particular, la Comisión Dilnot recomienda un techo para el co-pago por cuidados personales

que las personas utilizan a lo largo de su vida, y un umbral más elevado para cuando las personas que se encuentran en residencias deban empezar a pagar los costes completos de sus cuidados. Es probable, que este tipo de medidas animen a las personas mayores a mudarse a una vivienda más acorde con sus necesidades, en lugar de permanecer en un alojamiento inapropiado o inadecuado, debido a su localización, prestaciones o accesibilidad.

El gobierno ha concluido que el gasto en alojamientos con cuidados es el componente principal de ahorro en el presupuesto de cuidados personales de los adultos. El retraso en el ingreso en un centro residencial de un año podría reducir los costes no asistenciales en unas 26.000 libras.

Esta perspectiva y análisis de costes ha captado la atención del Ministerio en un momento en que Gran Bretaña afronta su abundante deuda, y explica el creciente interés político que existe en explorar las opciones de vivienda para personas mayores.

Por otra parte, la reforma a gran escala en curso del NHS (Sistema Nacional de Salud) en Inglaterra podría abrir la puerta a una mayor integración a nivel local entre la atención a la salud, los cuidados personales y la vivienda para personas mayores.

Las referidas reformas en curso han creado un nuevo rol para "grupos clínicos", dominados por médicos de familia, que ejercen como compradores de servicios por cuenta del paciente y que se conocen como Grupos Clínicos de Contratación de Servicios (*Clinical Commissioning Groups* -CCGs).

Los compradores de servicios sociales de atención y los proveedores de viviendas especializadas en cuidados deberán involucrarse con su CCG local para facilitar la creación de un mercado para unos servicios e instalaciones más integrados, que cubran de manera articulada las necesidades de atención a la salud, cuidados personales y alojamiento de las personas mayores. Especialmente aquellas fórmulas que evitan unos costes mayores del Sistema Nacional de Salud. Los proveedores de viviendas, y particularmente los proveedores de alojamientos asistidos para personas mayores, tendrán que formar parte de los nuevos partenariados locales que estas reformas del sistema de la salud intentan establecer.

Ya se dispone de ejemplos de autoridades locales cooperando con organismos sanitarios para definir sus estrategias de vivienda para personas mayores en base a resultados preestablecidos. Estos ejemplos incluyen logros como la reducción de camas asistenciales en hospitales y residencias en un 15%, y la planificación de nuevas viviendas de vida independiente, como son las viviendas asistidas 24/7.

En Inglaterra, las presiones financieras suponen un creciente reconocimiento político acerca de la necesidad de conseguir una mayor eficiencia de los servicios asistenciales, así como un mayor coste-efectividad de la inversión en alojamientos para personas mayores: desde los productos y

tecnologías de apoyo y adaptaciones o servicios de tele-asistencia, citados en el informe “Vivir Bien en Casa”, a la provisión de viviendas especializadas de nueva construcción.

El nuevo gobierno de coalición, constituido en 2010, asumió el compromiso del anterior gobierno laborista para la libre elección, personalización de los servicios, prevención y capacitación/habilitación en la provisión de servicios de salud y atención personal. Lo que encaja sobremedida con el impulso de la construcción de viviendas asistidas 24/7 y con otras iniciativas de viviendas, que ponen énfasis en la autonomía. Los principios de personalización son sencillos y obvios: conceder el control sobre sus propios cuidados o servicios a los ciudadanos, lo que va más allá del ofrecimiento de presupuestos personales para financiar el servicio elegido.

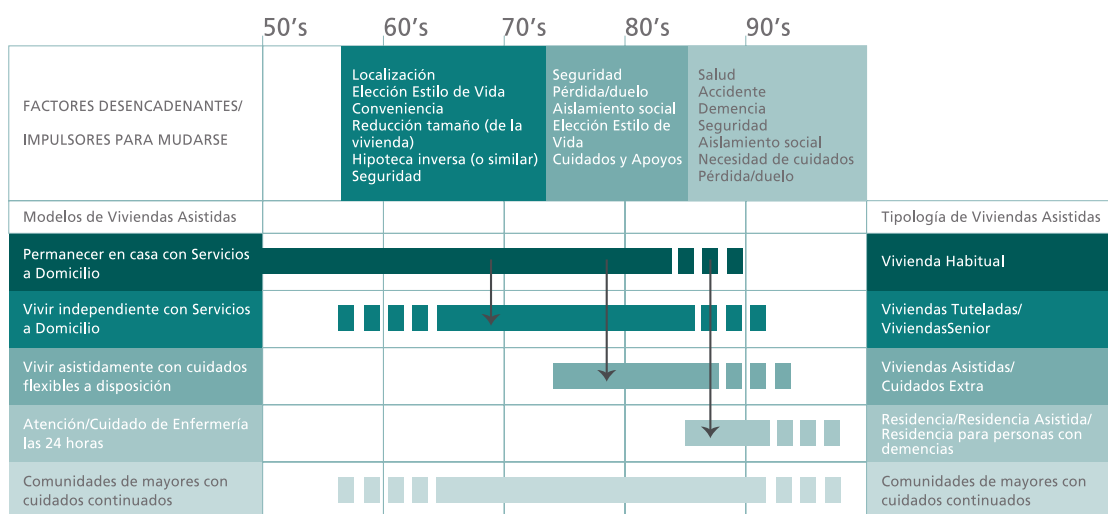
La personalización de los servicios asistenciales ha sido un objetivo clave en la política social de Inglaterra durante los últimos años. Todos los proveedores de servicios asistenciales para adultos, incluyendo aquellos que ofrecen cuidados y apoyos en viviendas, tienen que demostrar que están enfocados en posicionar a la persona en el centro en todos los aspectos relacionados con la prestación de los servicios. Las personas deben tener el control de su cuidado, sea mediante presupuestos personales asignados por la autoridad local o disponiendo de información fehaciente sobre todas las opciones de cuidados y apoyos disponibles, independientemente de si tendrán que costear o no su propio cuidado.

LA PROVISIÓN DE VIVIENDAS PARA NUESTRA POBLACIÓN DE AVANZADA EDAD – TAL COMO ÉRAMOS

El primer Plan de la vivienda especializada para personas mayores en Inglaterra, publicado en 2008, denunciaba que no se proporcionaba a los jubilados la variedad de opciones que requieren en paralelo al incremento y evolución de sus necesidades.

El informe: “Viviendas para Toda una Vida, Vecindarios para Toda la Vida” (*Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods*) concluía: Hoy en día, la mayoría de nuestras casas y comunidades no están diseñadas para los cambios producidos en las necesidades de las personas al envejecer. Las opciones para el alojamiento de las personas mayores están limitadas demasiado a menudo a residencias o viviendas tuteladas. En pocas palabras: “necesitamos de inmediato más y mejores viviendas para las personas mayores” (3). La variedad de viviendas especializadas existentes y las causas desencadenantes para decidir una mudanza de vivienda entre las personas mayores frágiles a alguna de éstas, se ilustran en el siguiente diagrama:

PRIMERA PARTE: AVANCES EN DISEÑO ARQUITECTÓNICO Y MODELOS DE ATENCIÓN EN EUROPA Y EE.UU.



FUENTE: Affordability Later in Life, The Housing Forum, 2011

Las tendencias de las políticas que se han descrito anteriormente se podrían definir como una ampliación del concepto de las últimas décadas de atender a las personas en su propia casa –o como mínimo en su entorno comunitario–.

En los últimos 25 años del siglo 20, “la atención en la comunidad” fue el principio rector para la atención de todos los grupos de adultos en situación de vulnerabilidad.

Inicialmente, durante los años 80 y 90, se experimentó un boom en el número de residencias sociales y asistidas. Así, entre el 1980 y el 1997, el número de plazas en este tipo de alojamientos aumentó de 100.000 a 510.000 aproximadamente. Al cabo de una década, este número había bajado a unas 370.000 plazas, a medida que se dedicaron mayores esfuerzos a atender a las personas en su propio hogar, a menudo en una nueva vivienda adaptada a sus necesidades.

Los niveles de dependencia para ingresar en un centro residencial son muy superiores ahora que en 1995, reflejando esta inflexión en la política de proporcionar apoyo a las personas en su propia casa o en viviendas especializadas.

Algunas investigaciones desarrolladas en el año 2004 sugieren que una tercera parte de las personas que ingresaron en residencias podían haber sido atendidas en viviendas asistidas especializadas. Otro 30% podía haber obtenido la atención requerida en esta tipología de viviendas si se hubieran mudado más temprano (4). Como se ha subrayado anteriormente, retrasar el ingreso en un centro residencial sólo un año podría ahorrar unas 26.000 libras en costes no-asistenciales.

Demasiadas personas aún acceden con excesiva facilidad a una institución, sea por ignorancia (falta de información sobre las viviendas con apoyos disponibles en el mercado) o por una oferta de alternativas poco adecuada.

Con el incremento de la personalización de los servicios que hemos comentado anteriormente, podemos ver cómo, tanto las mismas personas mayores como los profesionales, se están alejando de la “opción segura” del ingreso en un centro residencial.

Las viviendas tuteladas tradicionales también aumentaron en las últimas décadas del siglo XX, y continúan dominando, por ahora, la provisión de viviendas especializadas. Hay que añadir que las viviendas tuteladas en Inglaterra tienen sus raíces en las casas de caridad del Medievo. Su razón de ser más reciente es la de actuar como una solución intermedia entre el apartamento en una vivienda multifamiliar ordinario y la atención en una residencia.

Desde que las autoridades locales y las asociaciones de viviendas empezaron a construir viviendas tuteladas a gran escala en los años 50, han predominado dos modelos. “La segunda versión” de viviendas tuteladas proporciona pisos o bungalows con acceso restringido a los no-residentes, un gran salón y una limitada oferta de servicios comunes, como una lavandería compartida y una habitación para invitados. Uno o dos encargados/conserjes proporcionan apoyo y normalmente viven en el complejo. “La primera versión” tiene menos servicios comunes, y una mayor apertura a la comunidad y el encargado/conserje no vive en la propiedad.

Hoy en día estos modelos en gran medida se han fusionado y los modelos de apoyo se están rediseñando. Aún así, más de la mitad (476.000) del total de apartamentos en viviendas especializadas existentes en Inglaterra, cifrado en 730.000, se encuentran en las viviendas tuteladas tradicionales. Este stock está envejeciendo. Se diseñó para personas nacidas a finales de los 1890 y no para el modo de vida del siglo XXI. Necesitamos adaptarnos a las aspiraciones de las nuevas generaciones: el futuro del stock existente es una de las grandes consideraciones estratégicas a las que las autoridades locales y los responsables políticos se tienen que enfrentar. Y también los proveedores. Se estima que sólo el valor de los terrenos asciende a 40 millones de libras: el activo de mayor valor del mercado de viviendas es el reservado a las personas mayores. Sin embargo, muchos proveedores de este tipo de viviendas se enfrentan a un cada vez mayor número de viviendas vacías a medida que las expectativas de las personas cambian.

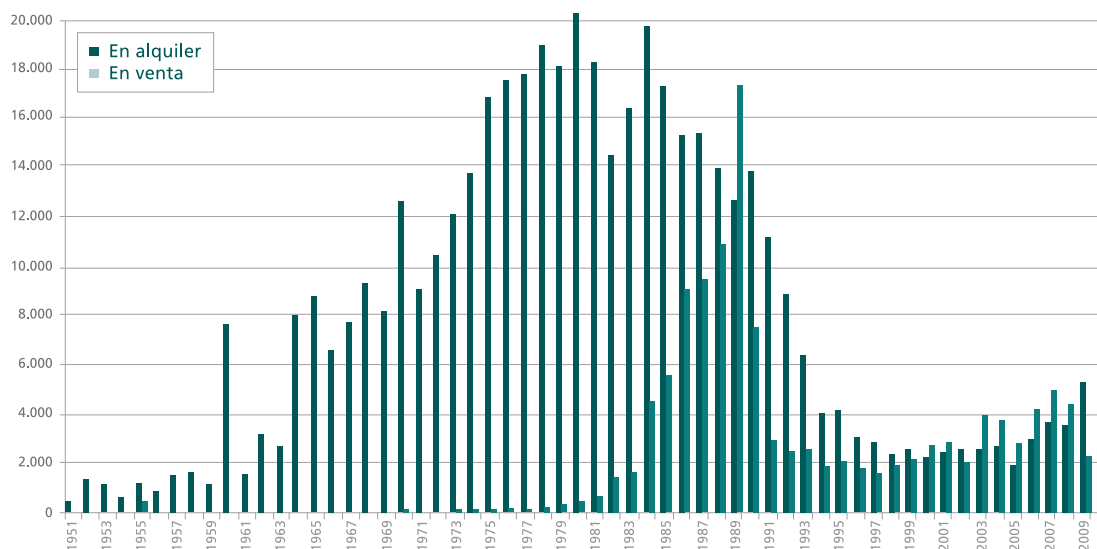
En efecto, los proveedores de viviendas tuteladas se están encontrando con una creciente presión para dar respuesta a las tendencias comentadas en distintas partes de este documento: la atención de las personas mayores en su propio domicilio, el deseo de viviendas especializadas que les proporcionan un alojamiento de por vida (en parte en respuesta al deseo de evitar el cuidado en una institución) y la demanda expresa de unas viviendas para mayores mejor diseñadas y localizadas.

Desde mediados de los 90 ha habido una disminución significativa en la construcción de viviendas tuteladas de concepción tradicional del sector público: de un máximo de 30.000 apartamentos por año en 1990 a una media de entre 6.000 y 8.000 desde mediados de los 90.

Es interesante constatar que el sector privado sigue manteniendo un cierto crecimiento (ver diagrama), aunque desde una base inicial menor.

En los últimos 5 años, una pequeña parte de este vacío ha sido cubierto por las viviendas asistidas 24/7.

Unidades de viviendas tuteladas y viviendas sénior construidas por año (UK)



Es importante que los proveedores, al analizar su stock de viviendas tuteladas, vean más allá de los números. Los proveedores han de dar respuesta al mercado –atendiendo a aquellos cambios deseados en el diseño de “una casa para toda la vida”, y en su localización-. De hecho, algunas viviendas tuteladas en stock ya han sido reconvertidas en viviendas asistidas 24/7.

La revisión del stock de viviendas tuteladas ofrece la oportunidad de hacer reconversiones de mayor alcance para convertirlas en viviendas asistidas 24/7. Esto requiere obviamente inversión, pero a la postre proporcionaría un incremento significativo en el número del tipo de viviendas especializadas que actualmente las personas mayores prefieren, proporcionando a la vez ahorros a largo plazo, generados por la reducción de la demanda de cuidados en un centro residencial u en otro tipo de instituciones.

¿CUÁL ES EL SIGUIENTE GRAN PASO?: DEFINIENDO CÓMO DEBEN SER LAS VIVIENDAS ASISTIDAS 24/7

Tal como dije anteriormente, el Grupo Mixto Parlamentario de Viviendas Asistidas para Personas Mayores, en referencia al estudio “Vivir Bien en Casa”, destacó que el fracaso en la adaptación de las viviendas existentes y la ausencia de unas viviendas especializadas apropiadas, puede

empujar a las personas a solicitar el ingreso en un centro residencial o tener como resultado unas estancias en hospital más prolongadas.

El informe abogó por ofrecer un mayor abanico de elección de viviendas para la etapa del retiro, especialmente viviendas asistidas 24/7, así como el uso de recursos financieros sanitarios (del Sistema Nacional de Salud) para el desarrollo de productos y tecnologías de apoyo y adaptaciones de las viviendas de las personas mayores.

Los miembros del Grupo Mixto mostraron su asombro por la insuficiente adecuación de los proyectos orientados a ayudar a las personas mayores a permanecer en sus casas, y por la falta de nuevas opciones de viviendas atractivas para mayores.

La definición de cómo deberían ser las viviendas asistidas 24/7 adecuadas es hoy en Inglaterra todavía un proceso en curso, más bien orientado a esclarecer cómo dar un giro del teórico concepto de “ladrillo y mortero” (y los servicios de atención y apoyo, asociados a esta tipología). Podríamos decir que se trata de conseguir proyectos de viviendas especializadas con una serie de facilidades para poder mantener el estilo de vida personal y realizar actividades culturales, educacionales y recreativas. Los servicios asistenciales se proveen de forma flexible en respuesta a las necesidades crecientes, ayudando al mismo tiempo a los mayores a permanecer dentro de su comunidad. Las personas compran o alquilan su apartamento –o son co-propietarios conjuntamente con el promotor. Este es conocido como “el modelo integrado” de vivienda asistida 24/7.

También estamos asistiendo al desarrollo de un “modelo de campus” de viviendas asistidas 24/7 –conocido como “comunidades de retiro de atención continuada”. En este modelo, las personas se trasladan dentro del complejo– de un apartamento de vida independiente, en el que se puede recibir servicios asistenciales de baja a moderada intensidad, a una unidad con servicios más especializados o a una residencia asistida dentro del mismo campus. Un ejemplo de este modelo es “Painswick Retirement Village” en Gloucestershire, que ganó un premio por su diseño. Proporciona 56 apartamentos con servicios asistenciales a la carta para personas mayores de 55 años y más. Las personas se trasladan de estos apartamentos, cuando es necesario, a un centro socio-sanitario con 24 plazas en habitaciones tipo suite dentro del mismo complejo. Este centro ofrece cuidados de larga duración y atención post-operatoria, pero no ofrece atención para las personas con demencias.

The Housing LIN realizó un estudio de caso de “Painswick Retirement Village”, al que se puede acceder aquí:

http://www.housinglin.org.uk/library/Resources/Housing/Practice_examples/Housing_LIN_case_studies/CaseStudy__Painswick_Retirement_Village.pdf UTH.

El Kit de propuestas y herramientas para las Viviendas Asistidas 24/7 de Housing LIN (5), definió,

en 2008, como características clave de estas viviendas, las siguientes:

- Vivir “en casa” –no en una casa-.
- Tener su propia puerta de entrada.
- Disponer de unos cuidados flexibles, dependiendo de las necesidades individuales –que pueden ser de mayor o menor intensidad según las circunstancias-.
- Encontrar oportunidades para preservar o reconstruir /recuperar capacidades para una vida independiente.
- Los edificios son totalmente accesibles con tecnología inteligente que posibilita la vida independiente para personas con diferentes niveles de dependencia.
- Construir una verdadera comunidad, incluyendo formas mixtas de propiedad/ tenencia y diversos niveles de dependencia. Desde esta perspectiva, los servicios asistenciales 24/7 tendrían que ser accesibles al resto de los miembros de la comunidad y ofrecer idénticos beneficios y servicios a todas las personas mayores de la localidad.

Los proyectos más grandes de viviendas asistidas 24/7 –oscilan entre 90-350 apartamentos- son los llamados “sénior resorts”. Estos normalmente ofrecen diferentes formas de tenencia o propiedad (alojamientos de alquiler o compra), como hacen también otros proyectos de viviendas asistidas 24/7, y con una dimensión que les permite ofrecer un mayor abanico de servicios comunes y comunitarios.

Las viviendas asistidas 24/7 responden al creciente nivel de renta de las personas mayores. Muchas de las personas mayores actuales, que están en los 60 y algo más, se están retirando con pensiones de jubilación generosas, y con la hipoteca pagada de una casa, que ha ganado valor de manera espectacular.

Tres cuartas partes de los hogares ingleses con alguna persona mayor de 65 años son propietarios de sus casas. En promedio, la pensión de jubilación estatal es complementada con 9.000 libras por año, en el caso de los que cobran pensiones privadas ocupacionales. Estas son personas con formación y han disfrutado de un estilo de vida confortable, con bienes y servicios a medida de sus necesidades y preferencias. Puede que requieran cuidados y apoyo, pero todavía esperan poder elegir y mantener el control sobre su vivienda y sobre sus cuidados. Y quieren continuar siendo independientes tanto como sea posible.

Cuando participan en encuestas y se les pregunta dónde quisieran recibir cuidados y apoyo si lo necesitaran, la opción de permanecer en su casa es la opción más popular. Cuando sus necesidades de cuidados aumentan, muchas de las personas que buscan la permanencia en su entorno necesitarán servicios domiciliarios, subvencionados por las autoridades locales o adquiridos con recursos propios. Pero las autoridades locales están restringiendo sus criterios de acceso a servicios de atención personal gratuitos, por lo que sólo un pequeño porcentaje los reciben gratuitamente. Las personas que permanecen en su casa también requerirán a menudo ayudas técnicas y

adaptaciones como sillas sube-escaleras o asideros para la ducha. En todo caso, la transformación demográfica y socioeconómica en curso presenta la oportunidad de construir nuevas formas de viviendas especializadas de alta calidad. Estos desarrollos pueden ofrecer diferentes formas de propiedad/tenencia: apartamentos en propiedad cien por cien, de alquiler mediante un contrato privado y apartamentos con alquiler subvencionado.

Como se ha indicado anteriormente, aunque el sector reconoce el potencial de ofrecer más elección e independencia a las personas mayores, la inversión ha sido lenta. Para enderezar este aspecto, entre el 2004 y el 2010, el Departamento de Salud trató de estimular la formación de alianzas innovadoras para la provisión de viviendas asistidas 24/7 mediante 3 concursos para acceder a fondos, abiertos a los departamentos de servicios sociales personales de las autoridades locales. Éstos solicitaron un total de 227 m de libras para trabajar con asociaciones de viviendas para mayores en el desarrollo de un abanico de proyectos: viviendas para mayores de nueva construcción, viviendas tuteladas remodeladas de tamaño reducido, y grandes complejos de comunidades de retiro. Los proyectos ofrecían variedad de formas de uso/tenencia: en régimen de alquiler, en régimen de compra, y una combinación de compra/alquiler (multipropiedad).

La Universidad de Kent evaluó de forma independiente (6) 19 proyectos subvencionados por el Fondo para el desarrollo de Viviendas Asistidas 24/7 del Departamento de Salud, confirmando que éstas ofrecen una alternativa válida para las personas, tanto con un bajo como con un alto nivel de necesidades de atención.

La evaluación concluyó que, en muchos casos, las viviendas asistidas 24/7 son coste-efectivas en comparación con los cuidados en un centro residencial, produciéndose, además, menos declive en las funciones físicas y obteniéndose generalmente buenos niveles de satisfacción con la vivienda, los cuidados y con la experiencia de vivir en ellas.

Otros informes (7) demuestran que los residentes valoran la independencia, seguridad, disponibilidad de cuidados, apoyos y oportunidades de interacción social. Un año después de su incorporación, los residentes comentaron a los investigadores que habían disfrutado de una buena vida social, valoraban las actividades y eventos sociales y que habían hecho nuevos amigos.

DIFICULTADES PARA LAS VIVIENDAS ASISTIDAS 24/7

Ha habido una falta de liderazgo, tanto nacional como local, para la expansión del abanico de elección y de provisión de viviendas especializadas para personas mayores, especialmente en cuanto a las viviendas asistidas 24/7 se refiere.

Las autoridades locales inglesas, en diferentes niveles, tienen la responsabilidad de gran parte de las políticas, regulación y servicios de relevancia para el desarrollo y uso de las viviendas asistidas 24/7. Desde la provisión o contratación de viviendas sociales y de cuidados personales

a la planificación. También tienen un papel clave en la coordinación y liderazgo necesarios para conseguir que comunidades de vecinos, promotores, grupos de voluntarios y proveedores se constituyan en partenariados para planificar, diseñar y suministrar viviendas que cumplan con las necesidades y preferencias de las personas mayores de hoy.

Los responsables políticos, tanto a nivel central como local, han dedicado muchos esfuerzos en la provisión de viviendas familiares, pero no han conseguido articular la provisión de una adecuada oferta de viviendas para las personas mayores que desean conservar su independencia, pero que ya no saben cómo arreglárselas en casas que son demasiado grandes. Paradójicamente, muchas de estas personas quisieran deshacerse de estas casas si estuviera disponible un alojamiento más adecuado.

Este mismo mes (diciembre 2011), the Housing LIN ha publicado un informe: *Strategic Housing for Older People (8)*, con una gran selección de recursos y análisis de las viviendas asistidas 24/7. Argumenta que estas viviendas son una buena oportunidad para dar empuje a la aspiración de "rescatar" el mercado de casas familiares. La fijación en casas familiares ha coartado, en algunos casos, intentos de conseguir la aprobación de la calificación urbanística para la construcción de viviendas especializadas para las personas mayores. Los planificadores locales, como también los reguladores, se han sentido inseguros ante el hecho singular de no saber cómo clasificar las viviendas asistidas 24/7. ¿Se trata de un centro residencial o es una vivienda? Conseguir que los planificadores se pongan de acuerdo ha sido a menudo una tediosa y difícil experiencia para promotores y para los partenariados formados por proveedores de viviendas, proveedores de servicios asistenciales y sus avaladores financieros.

De todas formas, los compradores/contratadores y los proveedores de servicios asistenciales y de viviendas con apoyos deberían asumir alguna responsabilidad por estos problemas. Deben asegurar, por lo menos, que las necesidades locales están claramente identificadas y transmitidas a los planificadores.

En términos de planificación, el desarrollo de viviendas asistidas 24/7 responde a la demanda local y a las necesidades de las personas mayores, contribuyendo a liberar la oferta de vivienda familiar para las familias de la localidad y a estimular la industria de la construcción. No obstante, las viviendas asistidas 24/7 también han tenido la mala fortuna de emerger coincidiendo con el momento de la contracción del crédito relacionado con la crisis económica.

A pesar de estos impedimentos para la expansión del sector de las viviendas asistidas 24/7 hay razones para el optimismo, sobre todo porque encajan muy bien, tanto con las expectativas cambiantes de las personas mayores, como con el consenso político reinante.

Para justificar este optimismo se requiere una buena combinación de partes interesadas y sectores que necesitan trabajar conjuntamente. Para ganar consistencia -de hecho es condición

previa– se precisa un liderazgo estratégico claro del gobierno central y de las autoridades locales. Creemos que para establecer relaciones de confianza entre los proveedores privados y las asociaciones de viviendas y servicios asistenciales –y sus financiadores-, cada autoridad local debería manifestar de forma clara sus intenciones de contratación futura, su visión de la tendencia de la demanda y de las mejores prácticas.

El Informe: Strategic Housing for Old People (SHOP) incorpora una “declaración de posicionamiento en el mercado”, que dice textualmente:

Esto tendría que ser una declaración de intenciones de la autoridad local hacia el mercado, teniendo en consideración su actual dimensión, su estructura y comportamiento y de cómo la calidad y los estándares de servicio pueden ser alcanzados.

El documento SHOP también incluye prácticos y valiosos instrumentos por lo que respecta a consejos de planificación. Y también sobre otros temas, como el marketing –tanto de proyectos individuales, como del propio concepto de vivienda asistida 24/7, en general-.

DISEÑO: ¿EL “AS” DE LA VIVIENDA ASISTIDA 24/7?

El concepto de vivienda asistida 24/7 se caracteriza por enfatizar el diseño. Esto incumbe tanto al diseño del edificio o proyecto en conjunto como al diseño de los apartamentos individuales.

Algunos de los proyectos que se hicieron inicialmente en Inglaterra ofrecían apartamentos excelentes, que se veían devaluados por el edificio al que pertenecían. Un edificio con un diseño de marcado carácter institucional. Si verdaderamente queremos romper con el pasado y atender los deseos de los ciudadanos, los arquitectos, promotores y planificadores tienen que diseñar viviendas y no instituciones.

Hay un imperativo comercial en todo esto: un diseño de calidad ayudará al marketing de la vivienda que está a la venta o de propiedad compartida. El actual distanciamiento de las tradicionales viviendas tuteladas muestra que las personas mayores provenientes del sector del alquiler también esperan, con razón, vivir en viviendas que sean como una casa normal de calidad y que, a la vez, cubran sus necesidades de asistencia. Quizás más importante: la investigación ha demostrado que el modo en que un edificio se ha diseñado y configurado afecta al bienestar e independencia de los residentes.

En el informe Alojando a nuestra Población Mayor: Panel para la Innovación de alto perfil, de junio de 2008 (9), elaborado para explorar qué cualidades deberían tener las nuevas viviendas especializadas para satisfacer las necesidades y aspiraciones de las personas mayores en el futuro, se identificaron diez elementos clave de diseño que puede caracterizar una vivienda asistida atractiva y exitosa:

- Espaciosa y flexible.
- Luz natural, tanto en los apartamentos individuales, como en los espacios comunes.
- Balcones y espacios exteriores.
- Diseño adaptable y preparado para poder recibir cuidados.
- Espacio generoso para circular.
- Instalaciones de uso común y puntos de encuentro.
- Plantas, árboles y entorno natural.
- Eficiencia energética y diseño sostenible.
- Espacios para almacenamiento de objetos personales, bicicletas, andadores.
- Espacios exteriores compartidos y zonas de uso privado.

Un ejemplo de diseño de calidad en el sector de las viviendas asistidas 24/7 es un bloque de 40 apartamentos con alquileres asequibles en un suburbio de Londres, Highgate.

Otro ejemplo es el proyecto The Trees, que obtuvo el premio de HAPPI al diseño. Éste premio reconoció su mérito arquitectónico, combinando la sensibilidad hacia aspectos tales como la accesibilidad y con un diseño adaptado al entorno urbano. Es un diseño sostenible, utilizando materiales tradicionales, pero con detalles contemporáneos.

Un completo estudio de caso, con fotos y planos del proyecto The Trees producidos por The Housing Learning & improvement Network, se puede encontrar en: <http://www.housinglin.org.uk/Topics/browse/Design/Casestudies/?parent=6597&child=8340>.

APPG, en su estudio comentado anteriormente, propuso el desarrollo de un sello de calidad para estimular a los promotores a construir viviendas para mayores de mejor calidad y que se correspondan con los deseos y estilo de vida de los mayores. Es decisivo y urgente que la participación de los consumidores aumente para lograr que sus demandas de una buena calidad de diseño sean tenidas en cuenta.

EL CAMINO A SEGUIR: NUESTRAS FUTURAS GENERACIONES

Las viviendas asistidas 24/7 coinciden casi en todo con el modo en que el Gobierno de Inglaterra y los actuales responsables políticos están tratando de dar respuesta a los cambios demográficos y las expectativas de nuestra sociedad, por lo que estas viviendas parecen (pre)destinadas a jugar un papel importante en la provisión de alojamiento de las personas mayores con necesidad de cuidados.

No obstante, tanto el gobierno central como el local necesitan asimilar esta realidad y estar preparados para proporcionar tanto el estímulo como los incentivos financieros y prácticos necesarios para contribuir al desarrollo del mercado correspondiente. El Partido Conservador, actor principal en la Coalición, ha señalado el incremento de viviendas como clave para estimular el

crecimiento económico en estos tiempos difíciles. Ceban la bomba de la oportunidad sobre la oportunidad de desarrollo de viviendas asistidas 27/4 no sólo ayudará a la recuperación económica sino que también representa una inversión en la mejora de las condiciones de vida de las futuras generaciones de personas mayores y un ahorro en los costes de cuidados personales y de salud.

A nivel de la autoridad local, sus líderes deberían asumir su papel de permitir y facilitar este desarrollo. Ellos pueden crear el clima idóneo para alentar a promotores y proveedores a trabajar conjuntamente para satisfacer la demanda local, exponiendo su compromiso de desarrollo para con las viviendas asistidas 24/7 y analizando las potencialidades del mercado local. Pueden, asimismo, publicar estrategias, mostrando la función que creen que estas viviendas tienen que cumplir en los procesos locales de contratación de cuidados, y cómo debe ser el diseño de viviendas asistidas para personas mayores en el futuro, haciendo lo posible para que el proceso de planificación responda de forma apropiada a las demandas.

El gobierno local tendría que extender estos partenariados más allá del desarrollo de viviendas. Debería facilitar información y consejos para asegurar que las personas mayores y sus familias tengan la información y el apoyo que necesitan a la hora de elegir una alternativa apropiada a su actual alojamiento y necesidad de cuidados y, más importante, advertirles de aquello que puede que tengan que afrontar en el futuro. Está a nuestro alcance el satisfacer las crecientes expectativas y demandas de las actuales y futuras generaciones de personas mayores. Estamos afrontando una nueva era de la vivienda para personas mayores.

REFERENCIAS.

1. *Living Well at Home Inquiry Report* (2011), All Party Parliamentary Group on Housing and Care for Older People.
2. *Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding Care and Support* (2011), Department of Health.
3. *Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods: A National Strategy for Housing in an Ageing Society*. (2008) Communities and Local Government, Department of Health and Department of Work and Pensions.
4. *What makes older people choose residential care and are there alternatives?* Housing, Care and Support (2004) 7 (4), Kerlake. A and Stilwell. P.
5. *Extra Care Housing Toolkit* (2008), Housing Learning & Improvement Partnership.

6. *Improving housing with care choices for older people: an evaluation of extra care housing* (2011), University of Kent and Housing Learning & Improvement Partnership.

7. *The Development of Social Well-Being in New Extra Care Housing Schemes* (2009), Joseph Rowntree Foundation

8. *Strategic Housing for Older People* (2011), Housing Learning & Improvement Network.

9. *Housing our Ageing Population: Panel for Innovation* (2009), Homes and Communities Agency.

INNOVACIONES EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: EL CASO ALEMÁN.

MIGUEL MONTERO

Sociólogo (Berlín).

Este artículo quiere presentar algunas de las experiencias innovadoras en la atención residencial a personas en situación de dependencia que se han desarrollado en Alemania en los últimos años.

Se comienza presentando de manera breve el catálogo de servicios del seguro de dependencia para, a continuación, detallar la atención residencial en Alemania y, por último, presentar algunas de las experiencias innovadoras que se han planteado en los últimos años.

1. EL CATÁLOGO DE SERVICIOS DEL SEGURO DE DEPENDENCIA

La concesión de prestaciones del seguro de dependencia está en función de la asignación de un nivel de dependencia, cuya valoración es competencia del Servicio Médico de los seguros de enfermedad, organismo independiente si bien pertenece orgánicamente al seguro de enfermedad. El proceso de valoración por lo tanto es la puerta de entrada a las prestaciones del seguro de dependencia (Cuellar, 2000: 13). Se trata de un procedimiento de valoración homogéneo para todo el país, en el que se aplican criterios idénticos. El legislador ha querido evitar de esta manera que se produzcan desigualdades entre las regiones (Holdenrieder, 2004: 136).

El seguro de dependencia alemán distingue tres niveles de dependencia, que a su vez determinan la cuantía económica de la prestación. En el proceso de valoración se diferencia entre los cuidados básicos (que engloban el aseo personal, la alimentación y la movilidad) y las tareas domésticas. La delimitación de las tareas cubiertas por el seguro de dependencia en cada uno de estos cuatro ámbitos ha sido motivo de un largo e intenso debate que aún no ha concluido. Desde un comienzo quedó claro que tanto los enfermos de demencia senil como los discapacitados prácticamente quedaban excluidos de las prestaciones, a pesar de tratarse de personas que presentan un elevado nivel de dependencia (Skuban, 2004: 130; Priester, 2004: 7 ss).

El seguro de dependencia alemán distingue básicamente entre dos ámbitos de prestaciones: la atención en el entorno domiciliario y la atención en residencias. Tanto las prestaciones económicas como las prestaciones en servicios no se rigen por las necesidades reales sino que operan con cuantías fijas, independientes del caso concreto. Tienen carácter de cobertura parcial, es decir, que incluyen el copago por parte del asegurado (Skuban, 2004: 145).

El catálogo de prestaciones de los Servicios de Ayuda a Domicilio es mucho más amplio que el del Servicio de Atención Residencial. El legislador ha querido dar cuenta con ello del principio que rige el seguro de dependencia: dar prioridad a la atención en el entorno domiciliario (Skuban, 2004: 137).

En 2009 solamente el 29% de los beneficiarios de las prestaciones del seguro público de dependencia estaban siendo atendidos en una residencia. La gran mayoría obtuvieron una de las tres prestaciones para la atención domiciliaria: ayuda económica, ayuda en servicios o la combinación de ambas prestaciones.

Sin embargo, el gasto de la atención en residencias para el seguro de dependencia pasó de 6.800 millones de euros en 1998 a 10.500 millones en 2011, mientras que el gasto generado por la atención en el ámbito domiciliario pasó de 8.200 millones a 10.400 millones. Es decir, que el gasto que genera el 29% de las prestaciones incluso ha superado al 71% restante.

La atención residencial es uno de los servicios más importantes para las personas mayores con una dependencia. Sobre el total de las personas mayores de 65 años, solo el 4% vivía en una residencia en el 2007. Si tomamos como referencia el segmento de las personas mayores que tienen una dependencia, este porcentaje aumenta hasta el 35% y es, por lo tanto, superior al porcentaje de beneficiarios de las prestaciones del seguro público de dependencia.

Una de las características más llamativas del seguro de dependencia es el haber constituido un auténtico mercado de la atención a la dependencia. Esto se traduce en una creciente aplicación de criterios empresariales y en la irrupción de las empresas privadas con ánimo de lucro en un ámbito de las políticas sociales, socavando de esta manera el papel privilegiado que hasta ese momento ostentaban las organizaciones no lucrativas. La persona dependiente se constituye en este modelo como "cliente", en teoría un actor más en ese mercado de la dependencia (Butterwege, 2006: 153) pero en una situación débil frente al resto debido a la falta de transparencia del mercado.

2. LA ATENCIÓN RESIDENCIAL A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

2.1. SITUACIÓN DE LAS RESIDENCIAS

La entrada en vigor del seguro de dependencia fue un importante impulso para el sector y, en especial, para las residencias.

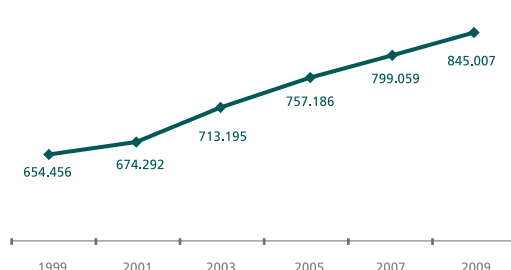
INNOVACIONES EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: EL CASO ALEMÁN

Número de residencias y SAD, 1999 a 2009.



Fuente: Destatis 2011

Número de plazas en residencias, 1999 a 2009.

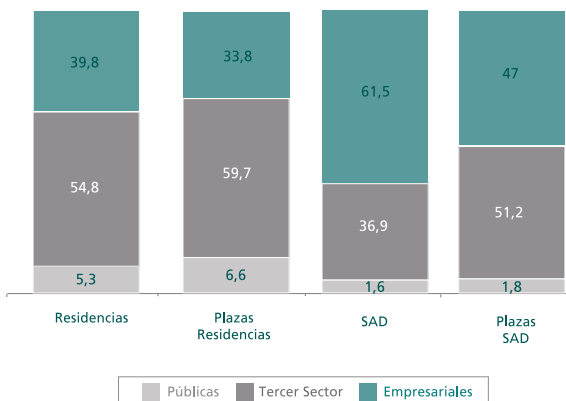


Fuente: Destatis 2011

En diciembre de 2009 había en Alemania 11.600 residencias autorizadas para el cuidado de personas dependientes (10.400 en 2005). A diferencia de la situación en el ámbito de los SAD, en el que claramente el sector empresarial superan a las organizaciones no lucrativas, la mayoría de las residencias eran propiedad de las grandes organizaciones no estatales de servicios sociales como Caritas, Cruz Roja, etc., entidades benéficas (55%: 6.400), seguidas de las privadas con un 40% y las públicas con un 5%. (Destatis, 2011a y 2011b).

En Alemania se contabilizaron un total de 845.000 plazas, de las cuales 488.000 son de titularidad de las organizaciones no lucrativas. El sector lucrativo ostenta la titularidad de un 36% del total de las plazas, los organismos públicos el 7%.

Número de residencias, SAD y plazas, por sector en %, 2009



Fuente: Destatis 2011

A diciembre de 2009 las residencias atendían a un total de 700.000 personas en situación de dependencia en régimen de atención completa, es decir, que habían trasladado su domicilio habitual a una residencia. Otros 18.000 recibían una atención de respiro o corta duración, 31.000 una atención de día y 24 una atención residencial de noche.

En la mayoría de las residencias se alojaban personas mayores (93%) y en el 2% de ellas, sobre todo personas con una discapacidad. El 3% de ellas se dedicaba principalmente a la atención gerontopsiquiátrica o psiquiátrica y el 2% restante atendía a enfermos graves o terminales.

Las residencias atendían a un promedio de 64 personas dependientes. Las entidades privadas

tienen una media de residentes menor que las entidades no lucrativas (55 y 70, respectivamente).

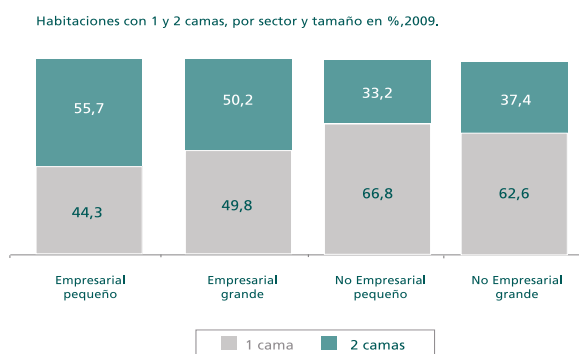
La mayoría de las residencias (10.400) ofrecían asistencia a largo plazo. En otras, la oferta consiste en estancias temporales (de descanso) o centros de día o de noche. Del total de 845.000 plazas ofrecidas en las residencias, un 96% (808.000) son de larga duración, 468.000 de ellas en habitaciones individuales y 332.000 en habitaciones dobles. Se cubrió un 87% de las plazas con personas que percibían una prestación del seguro de dependencia.

El coste por los cuidados de larga duración en el nivel de dependencia III ascendía a un promedio de 74 euros/día más 20 euros por alojamiento y manutención, resultando una prestación mensual de 2.866 euros, sin contar los gastos por prestaciones adicionales y los costes de inversión. Con respecto a 2007, la cifra de residencias aumentó en 600 (+5,5%). Buena parte de este crecimiento se centra en las residencias que ofrecen la atención de larga estancia (+500, +4,7%). El número total de plazas se aumentó en 2009 un 5,6%.

En lo relativo a los costes llama la atención las fuertes diferencias del coste íntegro, es decir, el que incluye no solo el coste de la atención a la dependencia sino también el coste hotelero y el de inversión. Según el tipo de titularidad éste puede oscilar entre 85,9 euros por día para las residencias con menos de 40 plazas del sector empresarial y 94,9 euros por día para residencias de ese mismo tamaño del sector no empresarial.

En lo relativo al tamaño, más de 8.000 residencias tienen 40 y más plazas, dándose este tipo de centro con mayor frecuencia en el Tercer Sector. En el sector empresarial son más comunes proporcionalmente residencias con menos de 40 plazas. No extraña que son precisamente las residencias del Tercer Sector con más de 40 plazas en las que son atendidas el mayor número de personas con una dependencia.

Llama la atención que las habitaciones individuales se dan con mucha mayor frecuencia en residencias que son de titularidad del Tercer Sector. La diferencia es especialmente llamativa en las residencias con menos de 40 plazas, donde supera el 20%.

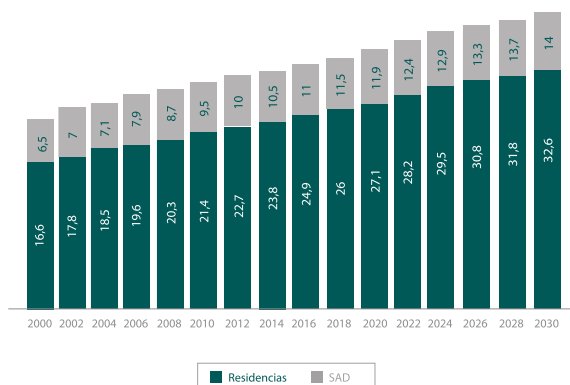


Fuente: Arbeitgeberverband Pflege, 2011.

La tarea principal del 66% de los trabajadores de las residencias consistía en cuidados y asistencia a las personas en situación de dependencia, un 17% trabajaba en tareas domésticas, un 9% en tareas administrativas o técnicas, un 4% del personal se dedicaba a la asistencia social y el 3% al apoyo de personas que sufren una demencia senil.

En el conjunto de la atención a la dependencia, las residencias son el ámbito que genera una mayor facturación. La patronal del sector pronostica para el año en curso una facturación de 22.700 millones para las residencias y 10.000 millones para los SAD y una importante perspectiva de crecimiento.

Volumen de facturación, residencias y SAD, en miles de millones de euros. 2000 a 2030



Fuente: Arbeitgeberverband Pflege, 2011.

2.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS RESIDENCIAS

La Comisión de expertos nombrada por el Gobierno para elaborar el sexto Informe sobre la situación de las generaciones mayores en Alemania (Deutscher Bundestag, 2010) señala que los modelos imperantes de residencias han experimentado enormes cambios en los últimos años. Se ha pasado de un modelo orientado en el hospital a otro en el que predominan patrones semi-familiares, pequeñas unidades vivenciales en las que la calidad de vida ya no está subordinada a los requisitos técnicos de los cuidados. Se trata de modelos más permeables que permiten combinar diferentes formas de atención y en los que tiene una importancia central la autonomía de la persona que necesita cuidados. (Deutscher Bundestag, 2011).

Siguiendo la tipología elaborada por el Curatorio Alemán para el apoyo en la vejez (Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA) desde los años cuarenta se han desarrollado cuatro tipos de residencias para la atención a la dependencia. (KDA, 2008; Bundesregierung, 2001).

El modelo inicial, imperante entre los años cuarenta y los sesenta y denominado de 1ª generación, consideraba a la persona con necesidad de cuidados como "asilado" o "acogido". Se trataba de residencias con escasos recursos económicos y que ofrecían una atención rudimentaria. Los espacios destinados a las personas con dependencia eran reducidos (media: 13,1 m² por persona) y las habitaciones tenían entre 2 y 6 camas. Los aseos y baños estaban centralizados.

Le siguieron las residencias de la 2ª generación, el modelo seguido durante los años sesenta y setenta. Estas residencias tomaron como referencia los centros hospitalarios. La persona con necesidad de cuidados era considerada un "paciente". En este período se dieron los primeros pasos en la aplicación de los resultados de la investigación gerontológica. Si bien la atención mejoró considerablemente, se prestó una atención posiblemente excesiva a los aspectos técnicos. La atención a las personas con una dependencia era más bien reactiva y se daba preferencia a la externalización de la rehabilitación. Se mantuvo la centralización de los espacios comunes centralizados y, en general, una distribución muy estandarizada de los espacios. El espacio medio por persona aumentó considerablemente situándose en 28,5 m² por persona.

La 3ª generación de residencias fue edificada en los años ochenta. Impera una visión integral de la persona con una dependencia. En lo relativo al modelo de atención residencial se pasó de un modelo centrado en el déficit de las persona con una dependencia a otro que pretende desarrollar las competencias. Ganó en importancia la autonomía y la individualidad y una atención activadora. El espacio compartido e individual pasa a ser un espacio de vivienda, las habitaciones tienen baños propios. Los espacios comunes de la residencia se descentralizan, distribuyéndose en las diferentes plantas mientras que en el pasado solían encontrarse en las plantas bajas o en los sótanos. El tamaño medio de esas residencias es de 80 personas, repartidas en espacios con 20 a 40 personas. Es en ese período cuando empiezan a surgir formas alternativas de atención como los centros de día y noche, las viviendas tuteladas y los SAD. El espacio medio por persona es de 38,8 m².

A partir de los años noventa comienza a surgir la 4ª generación de residencias. Aplican modelos de atención que dan mayor importancia a la persona en situación de dependencia y sus necesidades. Empiezan a elaborarse modelos integrales de la atención, centrados en la biografía. Los grupos de convivencia tienen entre 8 y 12 personas. Estas unidades son conjuntos autárquicos en las que prestaciones hoteleras, la atención a la dependencia y la atención social se realizan de forma descentralizada involucrando en la medida de lo posible a las personas con necesidad de atención. Se trata de una redistribución de los recursos de la residencia que son transferidos a las distintas unidades.

Se orientan en la familia, eliminan la separación entre los cuidados, tareas domésticas y asistencia social. El personal especializado pasa a ser de referencia, es decir, tiene una presencia continua. Desaparecen totalmente los sistemas centralizados. Las cocinas, lavandería y la administración están descentralizadas. Así por ejemplo, la comida deja de prepararse para el conjunto de la residencia, cada unidad pasa a disponer de una cocina propia. La atención se rige por el principio de que son los cuidados quienes se desplazan a donde están los usuarios y no las personas a donde se prestan los servicios. Toda persona cuenta con un espacio medio de 40,0 m².

Estas residencias cuentan con un máximo de 3 a 6 unidades, cada una de ellas con ocho a doce personas. Las que cuentan con un número más reducido, alrededor de las 24 personas, pueden ser idóneas para el mundo rural. Toman como referencia de forma más o menos explícita experiencias de otros países como los Cantous franceses o diversos proyectos piloto en los Países Bajos como la residencia Anton-Piecke-Hofje (Bundesregierung, 2001, KDA, 1999).

Una de las principales impulsoras de este modelo, la arquitecta Gudrun Kaiser, describe este proceso innovador: "El Ministerio de Sanidad encargó al KDA un programa piloto dirigido a la mejora de la atención de personas con una necesidad de atención. Tuvimos la oportunidad de visitar muchos proyectos en toda Alemania y asesorarles. Encontramos una serie de gestores que buscaban un modelo innovador, que querían hacer algo nuevo ya que muchas de ellas, y sobre todo las más grandes, ya no era capaces de dar respuesta a los usuarios por el incremento de

personas con una demencia. Eran cada vez más los problemas prácticos: las personas deambulaban sin orientación en las grandes unidades, no encontraban sus habitaciones, se tumbaban en camas ajenas, cogían ropa que no era la suya, etc.” (Kaiser, 2008, 39 y s.). El Gobierno Federal señala que este nuevo tipo de residencias garantizan una mejora considerable de la calidad y, en caso de involucrar tanto a las personas en situación de dependencia como sus familiares, pueden llegar a reducir sensiblemente la “violencia estructural”. Además no generan gastos adicionales y pueden incrementar sensiblemente la calidad de la atención a personas con una demencia. (Bundesregierung, 2001).

Las formas alternativas de vivienda que surgen en este período son los pisos compartidos y tutelados así como los proyectos de barrio.

2ª GENERACIÓN	3ª GENERACIÓN Espacios de vivienda	4ª GENERACIÓN Viviendas en comunidad	
Planta 3 Dormir y Cuidados	Planta 3 Dormir y Cuidados, comer y vivir.	1ª Comunidad	2ª Comunidad
Planta 2 Dormir y Cuidados	Planta 2 Dormir y Cuidados, comer y vivir.	Dirección Vivir Dormir Cuidados	Dirección Vivir Dormir Cuidados
Planta 1 Dormir y Cuidados	Planta 1 Dormir y Cuidados, comer y vivir.	Atención Comer Cocinas	Atención Comer Cocinas
Cocina, comida, administración, lavandería, terapias.	Cocina, administración, lavandería, terapias.	Aseo	Aseo

Fuente: KDA; 2008

La mayoría de los centros siguen tomando como referencia la denominada unidad residencial, modelo imperante en la 3ª generación de residencias. La principales diferencias con las comunidades vivenciales residenciales de la 4ª generación se dan en el tamaño, la organización del personal y el nivel de participación de los usuarios en las tareas diarias.

MODALIDADES DE LA 3ª Y 4ª GENERACIÓN	
Unidades Residenciales	Comunidades Vivenciales
<ul style="list-style-type: none"> Habitantes repartidos en varias unidades residenciales con 20 a 40 personas. Las unidades son conjuntos cerrados tanto en la distribución espacial como en las tareas. Estructuras que permiten la atención de 80 y más personas. Prestaciones hoteleras, atención a la dependencia y atención social están divididas en el espacio, diferente personal. Cocinas, lavandería y administración están centralizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> Habitantes repartidos en varias unidades residenciales de 8 a 10 personas con personal fijo. Las unidades son conjuntos autárquicos. Estos proyectos cuentan con un máximo de 3 a 6 comunidades. Proyectos a partir de 24 habitantes son especialmente idóneos para el mundo rural. Prestaciones hoteleras, atención a la dependencia y atención social se realizan de forma descentralizada involucrando a las personas con necesidad de atención. Cocinas, lavandería y administración están descentralizadas.

A ambas modalidades le son comunes los siguientes principios: la creación de unidades pequeñas, la normalización que toma como referencia una unidad familiar y la sostenibilidad, es decir, la puesta en práctica de modelos sostenibles en el tiempo. (Kaiser, 2006)

El KDA elaboró un catálogo de las residencias en Renania del Norte, la región con mayor población en Alemania. De las 1.696 residencias en funcionamiento en el año 2002, la gran mayoría había sido construida o reformada en los años ochenta y noventa, pero 262 pertenecían a la 1ª y 2ª generación. Es probable que la implantación generalizada de las residencias de nuevo tipo se produzca en los próximos años.

EJEMPLO: RENANIA DEL NORTE - WESTFALIA 2002	
Periodo de construcción o reforma	Nº de residencias
Hasta comienzos de los años sesenta (Tipo: 1ª generación)	74
Años sesenta y setenta (Tipos: 1ª y 2ª generación)	262
Años ochenta y noventa (Tipos: 1ª, 2ª y 3ª generación)	1.331
Después de 1997 (Tipos: 3ª y 4ª generación)	29
TOTAL	1.696 (146.623 plazas)

2.3. NORMATIVA REGULADORA DE LAS RESIDENCIAS

Sin duda alguna, la normativa que regula diversos aspectos relacionados con las residencias es decisiva para poder impulsar experiencias innovadoras. La Ley para Residencias en su versión de 5 de noviembre de 2001, regula diversos aspectos relacionadas con la atención residencial. De esa ley derivan diversos reglamentos federales como el Reglamento sobre el personal en las residencias (HeimPersV) de 19.7.1993 que regula la cualificación mínima del personal y de la dirección. El Reglamento sobre requisitos mínimos en materia de edificación de 27.1.1978 es muy anterior a la introducción del seguro de dependencia y de hecho es criticado por haber sido superado ya por la realidad. Recoge las condiciones mínimas de todas las áreas de una residencia. El Reglamento sobre los derechos de participación en las residencias regula la creación del consejo de residentes que a su vez tiene competencia en todo lo concerniente a mejoras en la edificación y la atención. Finalmente el Reglamento sobre las obligaciones del gestor de una residencia contiene las obligaciones de la empresa o la entidad gestora de cara a la persona atendida.

La denominada reforma del federalismo supuso un nuevo reparto de las competencias entre los gobiernos regionales y el gobierno central. Entre otras materias, la competencia en la normativa reguladora de las residencias regulada por el artículo 74.1.7 de la Constitución alemana se transfirió a los gobiernos regionales. Por lo tanto, la normativa federal ha dejado de ser de aplicación salvo en las cinco regiones que no habían aprobado una normativa propia (noviembre 2011).

LEYES DE RESIDENCIAS: COMPETENCIA TRANSFERIDA EN 2006 A LOS GOBIERNOS REGIONALES

- **Baden-Württemberg:** Landesheimgesetz (LHeimG), 1.7.2008
- **Baviera:** Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG), 1.8.2008
- **Berlin:** Wohnteilhabegesetz (WTG), 1.7.2010
- **Brandenburg:** (BbgPBWoG), 1.1.2010
- **Bremen:** (BremWoBeG), 21.10.2010
- **Hamburg:** Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG), 1.1.2010
- **Mecklenburg-Vorpommern:** Einrichtungenqualitätsgesetz (EQG), 29.5.2010
- **Renania del Norte-Westfalia:** Wohn- und Teilhabegesetz (WTG), 10.12.2008
- **Renania Palatinado:** Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG), 1.1.2010
- **Sarre:** Landesheimgesetz Saarland (LHeimGS), 19.6.2009
- **Sajonia-Anhalt:** Wohn- und Teilhabegesetz (WTG LSA), 26.2.2011
- **Schleswig-Holstein:** Selbstbestimmungsstärkungsgesetz (SbStG), 1.8.2009

Llama la atención que algunas de estas leyes han integrado en su nombre la participación, la normativa de Schleswig-Holstein incluso se titula "Ley para reforzar la autonomía". Por lo demás, le es común a la práctica totalidad de estas normativas un artículo que permite habilitar instrumentos innovadores.

Varias normativas son vinculantes en lo referente a la accesibilidad. Así por ejemplo el artículo 3.3 de la Ley Fundamental dice literalmente que “Nadie puede ser discriminado (...) por su discapacidad” y es de referencia en este contexto. El artículo 4 de la Ley de igualdad de las personas con una discapacidad prevé la accesibilidad de edificios.

Las normas DIN 18025 (segunda parte) y 18024 (segunda parte) regulan la accesibilidad de viviendas y de edificios públicos respectivamente.

Por último, cabe mencionar la normativa para la protección contra incendios así como la carta de los derechos de las personas en situación de dependencia.

3. RETOS FUTUROS PARA LAS RESIDENCIAS PARA LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Entre los retos arquitectónicos destacan las situaciones de callejón sin salida, la uniformidad de los espacios, la monotonía de pasillos, la falta de luz natural, de iluminación y de colores. A menudo resulta complejo crear sinergias entre arquitectos, usuarios y empresas. Son pocas las residencias que recurren a la asesoría de un arquitecto de interiores para el diseño de los centros. Hay que tener en cuenta que por ejemplo los principales fabricantes de muebles para residencias suelen ser los proveedores de los centros hospitalarios, lo que condiciona y limita la gama disponible. (Raabe, 2009).

Algunas de las leyes regionales de residencias recogen este planteamiento. Así por ejemplo el artículo 11 la Ley de viviendas y participación de Renania del Norte-Westfalia dice en su primer párrafo “La calidad vivencial de los centros de cuidados debe adecuarse a las necesidades de las personas mayores con una discapacidad y necesidad de atención sobre todo en lo que respecta a la habitabilidad, el espacio, la seguridad, la accesibilidad, las facilidades para la orientación y el espacio privado.”

Ahora sabemos que el uso de colores y de la luz son elementos centrales para mejorar la sensación de bienestar de las personas con una demencia. Por ello, se trabaja en la “lucha contra la predominancia del blanco” (Raabe, 2009: 8), un color que procede del entorno hospitalario. En consecuencia, las innovaciones en el ámbito de la arquitectura de interiores y el diseño de las residencias parece pasar necesariamente por hacer un uso consciente de los colores en función de efecto que éstos producen sobre el bienestar de las personas con necesidad de cuidados (Kaiser; 2009; Schneider-Grauvogel, 2009): La importancia de la luz natural tanto para los espacios privados como los comunes (Kramer, 2009).

Sin duda alguna, el incremento del número de personas que están en situación de dependencia por sufrir una demencia presenta nuevos retos a las residencias. El debate alemán maneja criterios similares a los que se barajan en el resto de los países, destacando sobre todo los siguientes aspectos: centros de tamaño reducido, necesidad de mejorar los estímulos sonoros y visuales,

proveer métodos de seguridad no obstructivos, crear espacios que permitan la identificación biográfica, modelos domésticos y familiares, participación en las actividades de la vida diaria, crear espacios exteriores seguros, crear sistemas de orientación por colores u objetos, olores, etc. (ver p.ej. Fleming, et. al. 2010).

En lo relativo a la distribución de los espacios parece interesante constatar que no existe un consenso en cuál es tipo de residencia más adecuado. Tomemos como ejemplo la forma de los pasillos. Un tipo innovador son las residencias denominadas Pro 8. Concebida en forma de 8 evitan las esquinas ya que consideran que esta forma minimiza la sensación de soledad de las personas que sufren una demencia e incrementan la seguridad a la hora de desplazarse por el centro. (Görg, 2009) Este planteamiento arquitectónico viene acompañado con una perspectiva integral de la atención y resulta, así al menos lo afirman sus promotores, en una atención que fomentan la actividad y la participación del usuario.

Un estudio de la universidad técnica de Dresde llega a una conclusión radicalmente diferente. En base a un análisis de 30 centros concluye que una distribución rectangular del espacio da mayor seguridad a las persona con una demencia y desaconsejan crear espacios que no tengan puntos de referencia claros y diáfanos. (Marquardt, et.al, 2008).

NUEVOS PLANTEAMIENTOS ARQUITECTÓNICOS Y DE ATENCIÓN

A continuación quiero centrarme en dos de los planteamientos innovadores que entiendo reflejan de manera ejemplar la motivación en este ámbito: abrir las residencias a su entorno para romper el aislamiento de los usuarios y promover su participación en la comunidad y replantear la distribución de espacios en las residencias para mejorar los cuidados de colectivos con una necesidad de atención muy intensa.

PROYECTOS DE DISTRITO (QUARTIERSKONZEPT)

El KDA pretende crear una 5ª generación de residencias que tiene como objetivo radicalizar el principio de la normalización que rige las residencias de la 4ª generación. Este modelo pretende abrir las residencias a su entorno y hacer posible a la persona en situación de dependencia la vida en sociedad reforzando a su vez la dimensión individual. Para esto último se plantea la necesidad de ampliar las habitaciones individuales, dotándolas de una cocina empotrada. El objetivo es lograr una cuota máxima de autonomía e independencia. Para lograr la integración de las residencias en su entorno se debe promover su conceptualización como centros comunitarios que participan en la configuración de la vida de la sociedad que la rodea.

Esta idea se inspira en el análisis de Erving Goffman sobre las instituciones totalitarias que aíslan al individuo de la sociedad. Partiendo de una evaluación detallada de las necesidades vivenciales de las personas con una necesidad de cuidados se trata de identificar la oferta que puede

proveer el entorno. En caso de no disponer de todas las ofertas el KDA propone que las residencias estudien las posibilidades de ofrecer estos servicios o actividades no solo a sus usuarios sino al conjunto de la sociedad. (Michel-Aulli, 2011; Michel-Aulli, et.al., 2010).

Diversos Ministerios han puesto en marcha programas de subvenciones para promover la construcción de viviendas y residencias que respondan a este modelo. El Ministerio para familias cuenta con un programa denominado "Vivir para múltiples generaciones. Reforzar la comunidad. Reavivar los barrios", que pretende fomentar la iniciativa propia en cuatro ámbitos: reformar espacio habitable para convertirlo en viviendas compartidas por personas mayores, viviendas compartidas por diferentes generaciones en construcciones nuevas y completamente accesibles; viviendas compartidas en zonas rurales y, por último, viviendas y residencias para mayores. (Bundesministerium für Familie, 2011).

OASIS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (PFLEGE OASIS)

Un proyecto con una incidencia mucho menor es el denominado "oasis de atención a la dependencia", que pretende crear espacios comunes para personas con una demencia severa. Representan un modelo radical de atención específica para un colectivo que precisa de una atención muy ajustada a las necesidades. Básicamente se trata de crear un espacio común en el que convive un grupo muy pequeño de 4 a 6 personas. Se trata de evitar el aislamiento de estas personas en habitaciones individuales. Los espacios individuales se limitan a pequeños nichos en un espacio común con un baño compartido. En estos oasis se combinan diversos tratamientos paliativos con terapias aromáticas y musicales. Por regla general, este modelo contraviene los estándares mínimos de espacio previstos para cada persona. Los gobiernos regionales suelen recurrir a las denominadas cláusulas experimentales que permiten divergir de la normativa correspondiente en casos excepcionales y debidamente justificados. (Schuhmacher, 2011).

Las primeras evaluaciones señalan que la calidad de vida de las personas que están siendo atendidas en un oasis de atención a la dependencia mejoró ligeramente. Se redujo la nervosidad, el grado de excitación y agresividad de los usuarios. Los familiares describen que mejora la capacidad de comunicación y de atención. (Philosophische, 2011).

BIBLIOGRAFÍA

ARBEITGEBERVERBAND PFLEGE, RWI Faktenbuch Pflege – Die Bedeutung privater Anbieter im Pflegemarkt. Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des Arbeitgeberverbandes Pflege, Berlín, 2011.

BÄUERLE, DOROTHEE; CALERO, CLAUDIA; Hausgemeinschaften im Pflegeheim - ein gelebtes Konzept in der CBT?!, en: Aktiv für Demenzkranke. – Berlín, Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, 2009, pp. 151-155.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, Wohnen für (Mehr) Generationen. Gemeinschaft stärken – Quartier beleben, Berlin, 2011.

BUNDESMINISTERIUM FÜR VERKEHR, BAU UND STADTENTWICKLUNG, Wohnen im Alter, Heft 147, Forschungen, Berlin, 2011.

DESTATIS; Pflegestatistik 2009; Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 4. Bericht: Ländervergleich – Pflegeheime; Wiesbaden, 2011a.

DESTATIS; Pflegestatistik 2009; Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse; Wiesbaden, 2011b.

DEUTSCHER BUNDESTAG, Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin, 2001.

DEUTSCHER BUNDESTAG; Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin, 2010.

FLEMING, RICHARD; PURANDARE, NITIN Long-term care for people with dementia. Environmental design guidelines, en: International Psychogeriatrics, 22, 7, 2010, 1084-1096.

GÖRG, PETER; Bewegungsfreiheit auf unendlichen Wegen, en: Altenheim, 2009, 18-21.

IQD, Allensbach-Studie ermittelt, worauf Menschen bei der Heimauswahl achten, en: Altenheim, 9,2011, p. 12.

KAISER, GUDRUN, Bauliche Konzepte für das Altwerden im ländlichen Raum, presentación en las jornadas: Demografischer Wandel und ländlicher Raum, Siegen, 27.10.2006, http://www4.architektur.uni-siegen.de/symposium/2006/Texte/vortraege/vortrag_kaiser.pdf.

KAISER, GUDRUN; Zehn Jahre Hausgemeinschaften in Deutschland: „Diese Wohnform hat die Altenhilfe bewegt wie keine andere“, entrevista en: Pro Alter, 02/2008, 38-49.

KAISER, GUDRUN; SCHNEIDER – GRAUVOGEL, ELISABETH, Licht + Farbe –Wohnqualität für ältere Menschen, KDA, Colonia, 2009.

KRAMER, HEINRICH, Licht für pflegebedürftige Menschen, en: Pro Alter, 3/09, 19-20.

KREMER-PREIß, URSULA; NARTEN, RENATE, Betreute Wohngruppen. Struktur des Angebotes und Aspekte der Leistungsqualität, Bertelsmann Stiftung, Colonia, 2004.

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, Familienähnliche Hausgemeinschaften für Pflegebedürftige - neue Wohn- und Lebensform wird in der Altenhilfe zunehmend anerkannt, en: Pro Alter, 2/99.

KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE, Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen, Colonia, 2008.

MARQUARDT; GESINE, SCHMIEG, PETER, Demenzfreundliche Architektur. Wege aus der Orientierungslosigkeit, en: Altenheim, 5/2008, 42-45.

MICHELL-AULI, PETER; GROßJOHANN, KLAUS, KUTSCHKE, ANDREAS; TEBEST, RALF; RAABE, HARALD; Zwischenbericht zum Modellprojekt Werkstatt Pflegestützpunkte, KDA, Colonia, 2008.

MICHELL-AULI, PETER; KDA-Quartiershäuser: Die 5. Generation der Alten- und Pflegeheime, en: Pro-Alter, 09/10 v- 2011, 11-19.

MICHELL-AULI, PETER; KREMER-PREISS, URSULA; SOWINSKI, CHRISTINE, Akteure im Quartier. Füreinander und miteinander, en: Pro-Alter, 11/12, 2010, 31-35.

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR, Pflegeoasen: (K)ein Lebensraum für Menschen im Alter mit schwerer Demenz? – POLA-SD. Zentrale Befunde einer Evaluationsstudie am Lehrstuhl für Gerontologische Pflege, nota de prensa del 18.3.2011.

PRIESTER, KLAUS, Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland. Anforderungen an die Pflegeversicherung, Wissenschaftszentrum Berlin, Berlin, 2004.

RAABE, HARALD, Innenarchitektur für mehr Lebensqualität, en: Pro Alter, 3/09, 6-9.

SCHNEIDER – GRAUVOGEL, ELISABETH; KAISER, GUDRUN; Farbeinsatz für ältere Menschen, en: Pro Alter, 3/09, 20 – 22.

SCHUHMACHER, BIRGIT; KLIE, THOMAS, Die Pflegeoase als Alternative zum Einzel-oder Doppelzimmer für Menschen mit schwerer Demenz, en: Informationsdienst Altersfragen, 3.

EL MODELO NÓRDICO: EVOLUCIONES EN EL CUIDADO Y EL ESPACIO PARA LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN LA VEJEZ EN SUECIA, CON CIERTA RELEVANCIA PARA DINAMARCA Y NORUEGA.

JONAS E. ANDERSSON

Arquitecto SAR/MSA, Ph. D., assistant professor, Escuela de Arquitectura, Instituto Real de Tecnología, Estocolmo, Suecia.

RESUMEN

Este capítulo ofrece una panorámica general de la atención a las personas mayores y de la arquitectura orientada a dar respuesta a las situaciones de dependencia en la vejez en los países nórdicos. Suecia se utiliza como ejemplo para describir la evolución pasada y la situación actual de la atención a las personas mayores y el marco espacial para este propósito. Esta descripción tiene relevancia principalmente porque estos procesos son similares a los experimentados en Noruega y Dinamarca. En los países nórdicos, la atención y cuidados durante la vejez es competencia de las autoridades locales y deben responder de ello ante las personas mayores. El modelo nórdico de bienestar promueve el concepto de hogar como el lugar ideal para envejecer, se tengan o no problemas de dependencia.

En los países nórdicos el uso recurrente de los concursos de arquitectura ofrece una ventana para entender la evolución de los diseños espaciales que se han considerado adecuados para las personas en situación de dependencia durante el siglo XX. En esta región de cinco países, el sistema del concurso de arquitectura es similar en cuanto a su organización y uso por parte de los contratantes. Basándonos en el ejemplo sueco, el uso cíclico del concurso al nivel nacional durante el siglo XX ha promovido diferentes prototipos de arquitectura considerada apropiada para el grupo de personas mayores en situación de dependencia y fragilidad. Este proceso ha llevado a una evolución progresiva de la definición y concreción del concepto de "hogareño", que tiene relación con las reformas políticas de la ley de servicios sociales siempre dirigidas a avanzar en inclusión social.

Los países nórdicos se están preparando para la sociedad emergente del envejecimiento. En Noruega, recientemente se han publicado nuevas directrices para el entorno construido, mientras que en el abordaje danés se pone el acento en los aspectos existenciales del envejecer. Suecia está buscando una renovación de la vivienda para las personas mayores, tanto de la vivienda habitual como de la vivienda asistida mediante el uso del concurso de arquitectura. El desarrollo arquitectónico es un reflejo del proceso ideo-político que hace hincapié en el derecho universal de toda persona a un lugar que pueda llamar su casa, incluso cuando se encuentre en una situación de dependencia durante la vejez por la que requiera de una atención pública.

INTRODUCCIÓN

Este capítulo se centra en la atención a las personas mayores y en la arquitectura destinada a ser utilizada para esta finalidad. Proporciona una panorámica general de cómo ha evolucionado el espacio para el envejecimiento y para las situaciones de dependencia en la vejez en los países nórdicos durante el siglo XX. Por otra parte, mapea las tendencias contemporáneas de preparación para la emergente sociedad del envejecimiento. Antes de entrar en el tema se considera necesario definir algunos conceptos: cuando se habla de atención y cuidados de personas mayores, nos referimos a dos tipos de servicios, en primer lugar, los destinados a ser prestados en el domicilio, que permitan un envejecimiento prolongado en el hogar (dentro de la vivienda ordinaria) y, en segundo lugar, los que se prestan a personas mayores dependientes y frágiles en viviendas asistidas. De manera similar, el concepto de arquitectura se utiliza en su sentido más amplio: incluyendo tanto la planificación urbanística, la planificación del paisaje, el diseño arquitectónico y la decoración de interiores. Se parte de la premisa de que estos cuatro aspectos de la arquitectura son constituyentes vitales del medio (*milieu*), que la persona mayor percibe en la vivienda ordinaria o asistida. Con vivienda ordinaria, nos referimos a pisos o apartamentos disponibles en el mercado abierto. En algunos casos, este tipo de vivienda puede ser dirigida a determinados segmentos de personas mayores de 55 años y más (“viviendas sénior”, “viviendas de seguridad”, “viviendas compartidas”). Sin embargo, para poder acceder a las viviendas asistidas en las que se garantiza atención permanente, se requiere pasar por un proceso de valoración por parte del municipio para comprobar la necesidad individual de cuidados, antes de poder alquilar un apartamento en las mismas. El contexto sueco se utiliza con el fin de detallar la evolución de la atención a las personas mayores y el marco espacial creado para este fin en los países nórdicos durante el siglo XX.

Los hallazgos empíricos suecos tienen relevancia y pueden ser extrapolables a la situación en Dinamarca y Noruega, pero es probable que puedan tener relevancia también, hasta cierto punto, para las circunstancias en Finlandia e Islandia. El modelo de bienestar nórdico es generalmente percibido como una administración civil grande y bien organizada, que actúa en el nivel local, regional y estatal. Es financiado mediante fondos públicos, provenientes de los impuestos recaudados de los ciudadanos nórdicos (Szebehely, 2005). En el caso de los servicios para las personas mayores, éstos son accesibles a todos los ciudadanos de avanzada edad, independientemente de su estatus económico, pero siempre en función de sus necesidades individuales de atención y cuidados.

Sin embargo, la supuesta homogeneidad del modelo nórdico de bienestar es, hasta cierto punto, ilusoria. Cada país nórdico exhibe diferentes formas de implementación de los objetivos de bienestar generales en consonancia con su cultura y tradiciones y su particular ideario político y financiero. Al igual que muchos otros países en el hemisferio occidental, los países nórdicos están entrando en la sociedad del envejecimiento con una proporción significativamente mayor de personas mayores entre la población. Esta tendencia va aparejada a una tasa de natalidad en

declive y a una proporción cada vez menor de la población activa (Council of Europe, 2005). El contenido de este capítulo se divide en tres apartados:

- En el primero se presenta brevemente el modelo nórdico de bienestar, tal como está implementado en los 5 países, en forma de una comparación estadística. A continuación pasamos a explorar el espacio arquitectónico creado en respuesta al proceso contemporáneo de envejecimiento.
- La segunda parte está dedicada al proceso de provisión y contratación pública de servicios asistenciales para las personas mayores y al modelo arquitectónico dirigido a la atención y el cuidado de personas mayores. Esta parte contiene un telón de fondo histórico, que es la utilización de concursos de arquitectura con el fin de definir un espacio para el proceso de envejecimiento con dependencia. Esta retrospectiva describe en detalle el desarrollo en Suecia de la arquitectura que se considera adecuada para las personas dependientes y frágiles, en un proceso continuo de indagación desde la perspectiva del diseño (Zeisel, 2006), con alguna relevancia para el desarrollo de espacios similares en Dinamarca y Noruega.
- La tercera parte también utiliza el contexto sueco, y en ésta se presentan tres concursos de arquitectura contemporáneos en los que se utiliza el diseño arquitectónico como instrumento socio-político para promover un espacio innovador para la emergente sociedad del envejecimiento.

El capítulo finaliza con una breve discusión y algunas conclusiones que se pueden extraer de esta revisión panorámica.

I. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN LOS PAÍSES NÓRDICOS

A pesar de que los países nórdicos colaboran estrechamente en el Consejo Nórdico, las estadísticas pertinentes para la comparación entre los países son difíciles de establecer (Szebehely, 2005). En los países nórdicos viven actualmente unos 24,9 millones de personas. El uso de métodos estadísticos ligeramente diferentes y diversas maneras de entender las cuestiones clave, relacionadas con la atención a las personas mayores, hace que los datos que se presentan a continuación deban ser considerados con cautela. Teniendo en cuenta estas palabras de precaución, los datos que se presentan sirven para establecer unas líneas generales de la situación en los países nórdicos. Éstos proporcionan unas características básicas: Suecia tiene la mayor proporción de personas de 65 años y más entre los países nórdicos, elevándose al 18 por ciento. Esto podría explicarse, en parte, por la política de inmigración generosa que Suecia ha defendido desde la década de 1950, pero otros parámetros como el socio-económico, la salud pública y otros factores similares pueden tener más poder explicativo de esta diferencia. Esta circunstancia sitúa a Suecia en el cuarto lugar de los países top-ten de la Unión Europa con una gran proporción de personas mayores (Council_of_Europe, 2005). En el contexto de los países nórdicos, Finlandia

ocupa el segundo lugar, con una proporción de 17,5 por ciento de personas mayores de 65 años y más (ibid). Además, estos dos países tienen la mayor proporción de personas mayores de 80 años y más, un 4,8 por ciento cada uno.

UN ASUNTO MUNICIPAL

En los países nórdicos, la atención a las personas mayores se define como una responsabilidad municipal cara a los ciudadanos mayores, y la familia directa y extensa no tiene ninguna obligación más que la moral de ofrecer sus apoyos en el día a día (NBHW, 2009b; SFS1980:620; SFS1991:900). En Suecia, la opinión pública manifiesta, generalmente, que la atención a las personas mayores debe ser prestada por un organismo público en lugar de por una empresa privada (Szebehely, 2000). Sin embargo, durante la década de 1990, la “Nueva Gestión Pública” (New Public Management, NPM) fue ganando terreno, primero en Suecia y después en Dinamarca (Szebehely, 2005). Este principio de mercantilización ha dado lugar a un cambio en el papel de la autoridad local.

En Dinamarca y Suecia, los municipios tienen que asumir un papel claramente definido, o bien el de comprador de servicios municipales por cuenta de los ciudadanos, o bien el de proveedor de los mismos. El modelo de división de las funciones de compra y provisión se ha implementado de forma generalizada en Dinamarca, y alrededor del ochenta por ciento de los municipios suecos han manifestado que lo respetan (NBHW, 2009b; Szebehely, 2005). En Noruega un 10 por ciento, principalmente las municipalidades más grandes, respetan el principio, pero en Finlandia e Islandia se está implementando lentamente sólo en algunos municipios (Szebehely, 2005).

De todos modos, debido a que la provisión municipal de servicios asistenciales para las personas mayores sigue prevaleciendo en los países nórdicos, los municipios siguen teniendo un papel activo, tanto como compradores como prestadores de este tipo de servicios. En Dinamarca y en Suecia, alrededor de un 20 por ciento de los servicios asistenciales para mayores son prestados por empresas privadas, a menudo por aquéllas que tienen una presencia pan-nórdica (NBHW, 2009b; Szebehely, 2005). Desde el 2002, las personas mayores danesas tienen derecho a elegir (frit valg) entre un limitado número de proveedores municipales y privados. En 2008, la elección individual de proveedor de servicios asistenciales para mayores fue introducida de forma generalizada en Suecia. En un ritmo más lento, este modelo, más orientado al cliente, se ha introducido en Finlandia y Noruega, y actualmente se debate en Islandia (Szebehely, 2005).

NUEVAS TENDENCIAS EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El proceso actual de envejecimiento de los ciudadanos nórdicos ha cambiado de apariencia. Contrariamente a lo que se asumió en la década de 1980, la demencia se ha convertido en el problema relacionado con la edad de mayor incidencia en lugar del cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las discapacidades físicas (NBHW, 2007; Parker, Ahacic, & Thorslund, 2005; Parker

& Thorslund, 2007; Thorslund, Lennartsson, Parker, & Lundberg, 2004). En el contexto sueco, esto puede explicarse, en parte, por la gran proporción de personas mayores de 80 años y más (Engedal et al., 2006; Szebehely, 2005). Sin embargo, la creciente prevalencia de la demencia no es un fenómeno particular de los países nórdicos, también está ocurriendo en los otros estados de bienestar occidentales (Boller & Forbes, 1998; Brunnström, Gustafsson, Passant, & Englund, 2009). Esta nueva tendencia en el proceso de envejecimiento ha afectado también al marco arquitectónico en el que se prestan los cuidados y transcurre la vida cotidiana de las personas mayores. Se podría decir que el proceso de envejecimiento también afecta al patrón de cambio de vivienda de los mayores nórdicos. En Suecia, la principal razón para mudarse a una vivienda asistida para personas en situación de dependencia está asociada, o bien a un diagnóstico de demencia, o a una condición compleja de varias enfermedades simultáneas de larga duración. El envejecimiento prolongado en el hogar, tiene lugar dentro de la vivienda ordinaria, mientras que el proceso de envejecimiento con dependencia grave suele tener lugar en diferentes tipos de viviendas asistidas.

ARQUITECTURA PARA ENVEJECER EN EL HOGAR Y ENTORNO HABITUAL

Según las estadísticas disponibles de Dinamarca, Noruega y Suecia, la arquitectura residencial nórdica típica se compone de casas a pequeña escala unifamiliares o adosadas para uno o dos hogares. Estas casas son edificios de una o dos plantas, mayoritariamente de propiedad privada. En áreas densamente pobladas, como las áreas urbanas, se encuentran edificios de viviendas multifamiliares de varias plantas. El mercado de viviendas para personas mayores difiere en cada país nórdico, pero basándonos en el contexto sueco se puede decir que: los apartamentos o casas individuales se ponen a disposición de los clientes, bien mediante un contrato de alquiler entre la persona individual y la empresa propietaria del inmueble (municipal o privada), o bien mediante la compra del apartamento o casa para su uso individual, mientras que el edificio entero o grupo de casas es gestionado como condominio. Existen otros tipos de viviendas para grupos específicos (estudiantes, familias jóvenes, seniors y otros) como las "viviendas compartidas" (co-housing). Sin embargo, éstas representan sólo una pequeña parte del total, un 2-3% en Noruega y Dinamarca. En Suecia, las estadísticas oficiales no presentan este tipo de vivienda separadamente y, desde el 2005, se integran en una sola categoría, la vivienda en régimen de alquiler en alguna de las modalidades existentes. En Dinamarca y Noruega, se están desarrollando nuevas tipologías de viviendas dirigidas al creciente grupo de personas mayores. No obstante, las estadísticas oficiales de Noruega y Dinamarca no las presentan de forma concluyente. En Suecia, la vivienda para las personas de 55 años o más, la llamada "vivienda senior" se erige en dos categorías de arquitectura. La concepción más común de las viviendas senior es la de una arquitectura de alta calidad, ubicada en zonas céntricas de áreas urbanas atractivas, para así atraer la atención de las personas mayores hacia este tipo de vivienda. Las características principales de este tipo de arquitectura son, por un lado, que exhiben una clara riqueza arquitectónica exterior y, por otro, una alta calidad de los materiales y elementos (madera, piedra caliza, chimeneas) en la decoración interior de los apartamentos individuales. No obstante, en estos edificios, el hueco

de la escalera y otros espacios (trasteros, garaje y espacios comunes) están a menudo muy condensados, lo que, en algunos casos, puede comprometer el nivel de accesibilidad y usabilidad de los mismos de una persona con discapacidad. El diseño del apartamento o piso está en línea con las tendencias generales de la arquitectura residencial: por el momento esto significa un diseño del apartamento en forma de un gran espacio diáfano, que incluye todo lo necesario para la higiene, alimentación, socialización, descanso y almacenaje, pero con un número limitado de paredes (Stiftelsen_ARKUS& ARKUS-föreningen, 2007). Este tipo de vivienda también se ha utilizado como un incentivo para que las personas mayores se trasladen de los suburbios y, viceversa, para que las familias con niños se trasladen a los suburbios. Además, el diseño arquitectónico de estos edificios se han realizado en estrecha sintonía con las necesidades y requerimientos del grupo objetivo.

No obstante, en Suecia ha surgido una nueva versión de las “viviendas sénior” durante esta primera década del nuevo milenio. Empresas municipales de la vivienda (de utilidad pública) han empezado a ofrecer “viviendas sénior” para personas mayores con pocos recursos económicos. En estos casos, la antigua arquitectura residencial se ha renovado o adaptado ligeramente para cumplir con los objetivos nacionales de un entorno construido accesible y utilizable para personas con discapacidad física o cognitiva. Por otro lado, gran parte de las llamadas “viviendas con servicios”, que se desarrollaron en los países nórdicos de los años 50 a los 80, se han convertido en “viviendas sénior”. Aunque las “viviendas con servicios” y las “viviendas sénior” son bastante similares en cuanto a conceptos básicos, la diferencia más esencial es que en la nueva versión de “vivienda sénior”, el suministro de los servicios (restaurante, salón de belleza, peluquería) ha pasado de ser una responsabilidad municipal a ser responsabilidad de los residentes individuales. En esta nueva versión de “vivienda sénior”, estos servicios están sujetos a la libre competencia y fuera de la responsabilidad municipal de la atención a los mayores. Como consecuencia de las recomendaciones de un comité parlamentario sueco, denominado “Delegación de la Vivienda para Mayores” (Äldreboendedelegationen), ha emergido en Suecia un tercer tipo de “vivienda sénior” para personas muy mayores en estado de fragilidad, pero que todavía mantienen un buen nivel de independencia. En este documento, a este tipo de vivienda lo llamamos “vivienda de seguridad” (trygghetsboende), debido a que su característica principal es que los espacios comunes están diseñados para adaptarse a las necesidades específicas de los residentes (DEL, 2007). Es decir, de aquellas personas mayores que tienen en común que a menudo se sienten inseguras viviendo solas y lejos de familiares que puedan asistirles en caso de una situación de emergencia. En consecuencia, en las “viviendas de seguridad” se procura crear unos espacios y un clima de protección y seguridad dentro de una tipología ordinaria de alojamiento. Desde 2008, se han introducido subsidios estatales especiales para promover este tipo de alojamiento para personas mayores frágiles (MHSA, 2007).

ARQUITECTURA PARA EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO CON DEPENDENCIA

Las diferentes situaciones reglamentarias en los países europeos y los EE.UU. hace difícil el uso de un término universal para la arquitectura destinada al proceso de envejecimiento con dependencia. En este capítulo se utiliza el término británico *residential care homes* (hogares residenciales de cuidados) para describir la tipología nórdica de vivienda asistida, destinada a personas mayores con demencia u otras enfermedades de larga duración. El término equivalente estadounidense sería *assisted living* y el término francés equivalente sería el EHPAD (*l'établissement d'hébergement pour des personnes dépendantes et âgées*). En Dinamarca, Noruega y Suecia, unos 204.487 personas mayores viven en una vivienda asistida. Esto equivale a un 0,8 por ciento del total de la población danesa-noruega-sueca de 25,6 millones de habitantes. Sobre la base de las estadísticas, se podría decir que la arquitectura para el envejecimiento con dependencia es un espacio arquitectónico con unas características específicas, que combina el aspecto hogareño con las exigencias de un entorno de trabajo adecuado y los requisitos higiénicos y espaciales de los cuidados y la enfermería. En Suecia, se considera que un apartamento en una vivienda asistida ha de tener las mismas características que un apartamento en el sector ordinario de la vivienda. El mismo marco legislativo relativo a los contratos de alquiler se aplica a ambos tipos de vivienda (SFS1970: 994). En Suecia, los requerimientos espaciales para este tipo de apartamentos, al igual que para los apartamentos para estudiantes universitarios, se detallan en una sección especial de la Ley de Planeamiento y Construcción (SFS1987:10). Esta sección está dedicada a los apartamentos de una superficie máxima de 55 metros cuadrados. En estos apartamentos, una parte del espacio para cocina, comedor y estar puede ser transferida del apartamento individual a un espacio compartido y aún así cumplir con la normativa nacional de una vivienda adecuada (BBR1993:57, 2008). Además del espacio común para un grupo de residentes, en el caso de una vivienda asistida, se requiere espacio adicional para cumplir con los requerimientos de un entorno de trabajo adecuado para el personal asistencial. Durante la década de 1990, la legislación sueca sobre planeamiento y construcción pasó de ser una ley marco a convertirse en un conjunto de directrices y recomendaciones. Esto significa que la distribución del espacio entre el apartamento individual y el compartido es abierta a la interpretación en un nuevo proyecto de vivienda asistida. La ratio está sometida a control por parte de las autoridades durante el proceso de seguimiento de la obra que sigue a un permiso de construcción. Desde 2007, se han introducido subsidios estatales especiales con el fin de promover un aumento de los apartamentos disponibles en este tipo de viviendas para personas mayores con necesidad de cuidados (MHSA, 2007).

La autorización para conseguir un contrato de alquiler de un apartamento en una vivienda asistida es concedido a la persona mayor una vez realizada la valoración de sus necesidades y del tipo de atención y cuidados requeridos. La administración municipal de bienestar social es la que lleva a cabo la valoración, y quién quiera presentar una solicitud de un apartamento en una vivienda asistida ha de presentarla a esta administración municipal. La valoración podría dar lugar a una extensión de los servicios a domicilio o a un contrato de alquiler de un apartamento en una vivienda asistida. Además del alquiler, el inquilino paga una cuota proporcional

a la atención requerida. Como se indicó anteriormente, los cuidados en la vivienda asistida son prestados por la organización municipal o por una empresa privada contratada, especializada en este campo. Los municipios suecos son los que definen los criterios de los contratos de prestación de servicios asistenciales, que suelen tener una duración limitada, a menudo por un período de cuatro años, abiertos a la renegociación en caso de malas prácticas en el cuidado de las personas mayores. En Suecia, hay 2.644 edificios que se utilizan como viviendas asistidas (Andersson, 2011A). En Internet, estas viviendas están enumeradas bajo el título "atención a las personas mayores", que el municipio presenta en su página web. El cuidado y la gestión de las viviendas asistidas municipales son supervisados por las subdelegaciones del gobierno en las provincias. A nivel nacional, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social (*the National Board of Health and Welfare, NBHW*) supervisa la provisión de cuidados de las personas mayores y puede iniciar acciones sancionadoras contra los municipios en el caso de una provisión de cuidados a las personas mayores deficiente.

Desde 2006, el Consejo Nacional de Salud y Bienestar Social ha puesto en marcha una página web que permite realizar comparaciones abiertas y evaluaciones de los servicios de atención y cuidados que proveen los municipios suecos (NBHW, 2008). En el contexto sueco, un apartamento individual dentro de una vivienda asistida tiene, aproximadamente, 20-40 metros cuadrados. En Dinamarca, la vivienda individual suele ser un poco más grande, en general por encima de 30 metros cuadrados. A menudo, el diseño del apartamento en una vivienda asistida consiste en un espacio abierto polivalente que se utiliza como dormitorio, cocina y sala de estar. En la mayoría de los casos, el baño está conectado al espacio de usos múltiples, aunque la norma habitual en la arquitectura residencial nórdica es que este tipo de espacio se abre hacia el pasillo o un pasaje neutral. El pasillo del apartamento individual, a menudo con una kitchenette en un lado, conecta éste a un espacio común compartido por un grupo de apartamentos. En Suecia, el tamaño normal de estas viviendas de grupo es de 5 a 8 apartamentos, aunque este número ha comenzado a aumentar para incluir entre 9 y 10 apartamentos. En Suecia, el diseño de la vivienda individual ha pasado a ser un homólogo a los pequeños apartamentos con una o dos habitaciones con cocina separada, vestíbulo y cuarto de baño de la vivienda habitual (Andersson, 2011A).

En Suecia, hay pocos estudios sobre la vivienda asistida desde el punto de vista de la arquitectura y la propiedad de bienes inmuebles. En 1992, la llamada Reforma Ädel (ÄDEL-reformen), concernida principalmente con la distribución de las responsabilidades entre los municipios y las diputaciones provinciales de la provisión de servicios de atención primaria médica y una vivienda adecuada para las personas mayores, dio lugar a una transferencia masiva de inmuebles, utilizados como distintos tipos de alojamientos para personas mayores frágiles (centros de convalecencia, clínicas geriátricas, residencias asistidas, viviendas de grupo, y otros) desde la titularidad provincial a la municipal. Con base en esta reforma, las viviendas asistidas suecas son predominantemente administradas por una administración municipal con competencias en la materia de vivienda o una empresa inmobiliaria de propiedad municipal. Por otra parte, la mayor parte del stock de apartamentos en las viviendas asistidas suecas tiene la forma de un estudio para un

solo usuario, y los apartamentos, diseñados para un matrimonio o pareja, sólo representan un pequeño porcentaje. La página web facilitada por el NBHW proporciona información principalmente sobre la orientación de la atención prestada a las personas mayores y el ratio de personal por residente, pero añade poca información sobre el diseño arquitectónico de los edificios. Un estudio realizado en 14 viviendas asistidas en cuatro municipios de Suecia sugiere que el stock de edificios contiene ejemplos de modelos de arquitectura de cualquier período del siglo XX: los edificios de la primera década del nuevo milenio representan cerca del 37,5 por ciento del total, los de la década de 1990 alrededor del 43,8 por ciento, los de la década de 1980 alrededor de 6,1 por ciento, y los edificios de la década de 1970 o antes, alrededor del 12,6 por ciento. El hecho de que el entorno construido constituye el marco físico para el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia conlleva que éste esté estrechamente entrelazado con las estrategias sociopolíticas nacionales y las responsabilidades del estado del bienestar para con los ciudadanos de más edad: el menor ritmo de cambio que la arquitectura instala en las interacciones humanas con el espacio construido hace que la arquitectura sea un reflejo del cambio de paradigmas en la atención a la salud y los servicios sociales.

II. LA CONTRATACIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS ASISTENCIALES PARA PERSONAS MAYORES Y DE ARQUITECTURA

Los municipios nórdicos asumen una larga lista de responsabilidades prácticas y sociales para el cuidado de sus ciudadanos. Como se ha indicado anteriormente, el principio de libre competencia guía no sólo la provisión de servicios asistenciales para las personas mayores, sino también la de otros servicios. Esto significa que la licitación, tanto de los servicios a prestar en los domicilios o en las viviendas asistidas locales las 24 horas, como las contrataciones de diseño arquitectónico, de construcción y de ingeniería, relacionados con la realización de una vivienda asistida, nueva o reformada -o la de otro tipo constructivo-, se tiene que publicar como noticia pública, de modo que se promueva un concurso abierto e imparcial.

LA CONTRATACIÓN PÚBLICA DE SERVICIOS ASISTENCIALES PARA LAS PERSONAS MAYORES

La contratación pública de servicios asistenciales para las personas mayores en Dinamarca y Suecia se puede ver como una particularidad dentro del modelo Nórdico, que es motivada por la introducción de la libre elección en el sector público (NBHW, 2009b). Las experiencias y hechos relacionados con estos procesos son difíciles de valorar, debido a que es un fenómeno bastante reciente y faltan estudios pertinentes de investigación. Por otro lado, el parámetro más difícil de establecer y evaluar es la calidad de los servicios asistenciales contratados mediante concursos públicos. (NBHW, 2008). Según un estudio sobre la atención a las personas mayores en 30 municipios suecos, se podría concluir que la atención más apropiada en el momento actual debe cumplir 8 criterios:

1. La atención centrada en las necesidades individuales de la persona mayor;

2. Una política adecuada de reclutamiento de personal y del desarrollo continuo de sus competencias;
3. Una relación lógica entre la visión sobre los cuidados de las personas mayores y su ejecución;
4. Una relación clara entre los objetivos de bienestar sociopolíticos y la implementación de los mismos;
5. Un proceso continuo de mejora y mantenimiento del nivel de calidad del trabajo de prestación de cuidados a las personas mayores;
6. Una organización orientada al usuario;
7. Una estructura de coordinación bien definida entre el nivel regional de atención médica y el nivel municipal de atención y cuidados;
8. Una colaboración continua en red entre los proveedores de servicios asistenciales dentro de un municipio o un grupo de municipios.

Actualmente, la atención a los mayores en Suecia se está debatiendo en periódicos y televisión. Se han descubierto varios casos de malas prácticas en el cuidado de personas mayores en viviendas asistidas públicas y privadas. Aunque la severidad de los casos está equitativamente distribuida entre los proveedores públicos y privados, son los privados los que están en el debate público. En particular, la empresa de capital riesgo CAREMA ha estado en el foco del debate, con motivo de varios incidentes en diferentes viviendas asistidas, que esta empresa gestiona en la región de Estocolmo.

LA CONTRATACIÓN PÚBLICA DE ARQUITECTURA

La contratación pública de servicios de arquitectura, construcción e ingeniería están sujetos a la Directiva de Servicios de la Unión Europea (F.R.I., 1998). En el sector, se distinguen 4 procedimientos: el concurso abierto o restringido frente al negociado y el uso del concurso de ideas. Francia, Italia, Portugal y los países Nórdicos tienden a utilizar las 4 posibilidades, mientras que España y Grecia utilizan de forma predominante el procedimiento de concurso abierto (F.R.I., 1998). Son de particular interés para este capítulo el uso de concursos de diseño en los países nórdicos y, más concretamente, los concursos de arquitectura. Un estudio del uso de concursos de arquitectura en los países nórdicos que tuvieron lugar en 1999 y 2000 muestran que el número de concursos es de aproximadamente 25 por año en Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia (Kazemian, Rönn, & Svensson, 2007). Éstos se organizan como concursos de ideas o de proyecto con procedimiento abierto, o como concursos con una precalificación de las propuestas recibidas. Entre un 5 y 11%, aproximadamente, de este total se centra en arquitectura para la atención a la salud y cuidados (hospitales, centros de atención primaria, residencias, guarderías, etc.) (Kazemina et al., 2007). El nivel de realización de la propuesta ganadora de un concurso constituye un factor diferencial entre países: los concursos de arquitectura se utilizan de la manera más eficiente para realizar nuevos edificios en Dinamarca, Finlandia y Noruega, con un nivel del 83 al 86%, mientras que en Suecia es un porcentaje menor, del 71% (Kazemian et al., 2007).

La normativa de los concursos nórdicos se ha ido poniendo al día regularmente, y últimamente

se ha armonizado con la directiva Europea 2004/18/EC con motivo de la adhesión de Dinamarca-Finlandia-Suecia a la Unión Europea (Islandia y Noruega no son estados miembros). Por otra parte, participar en un concurso de arquitectura implica presentar una propuesta anónima al concurso, realizada por un arquitecto individual o un equipo interprofesional de diseñadores a un concurso de ideas o de proyecto (de diseño). Actualmente, los concursos pueden llevarse a cabo mediante 3 tipos de procedimientos: abierto, restringido o concurso con un procedimiento en dos etapas, en el que la primera etapa se lleva a cabo mediante un procedimiento abierto, mientras que la segunda etapa es restringido a un limitado número de propuestas premiadas o compradas (SAA, 2008). Las bases del concurso proporcionan información esencial referente a la tarea de diseño, los requerimientos espaciales, los criterios de valoración, y las normas del concurso. La evaluación de las propuestas presentadas está a cargo de un jurado, nominado por el organizador. En la mayoría de los casos, el jurado está formado, como mínimo, por tres miembros, dos de los cuales han de representar a la asociación profesional de los arquitectos. Los otros representantes son nominados por el contratante (en estos casos el municipio) y puede incluir los representantes de éste y otros expertos. Los criterios de valoración son cinco, que evalúan:

- 1) ingenio (el grado de innovación del diseño arquitectónico presentado);
- 2) funcionalidad y usabilidad;
- 3) cualidades estéticas, arquitectónicas y medioambientales;
- 4) rendimiento sostenible y técnico; y
- 5) economía e inversión a largo plazo.

La evaluación de cada propuesta individual se resume en el informe de evaluación del jurado, en el que las evaluaciones correspondientes a propuestas premiadas o compradas se enumeran junto con las que han recibido un premio de mención honorífica. En un concurso abierto, se supone que el importe de los premios tiene que cubrir los premios, las compras y otras recompensas, mientras que en un concurso restringido y en uno de dos etapas, los arquitectos participantes recibirán una suma igualitaria para concebir la solución de diseño a la tarea encomendada. El nivel de la suma destinada a premios se correlaciona con la complejidad y el alcance de la tarea de diseño (SAA, 2008). A menudo, este nivel refleja las tasas de remuneración que se utilizan en el mercado abierto para servicios de arquitectura e ingeniería. La invitación a un concurso de arquitectura, así como los nombres de los ganadores de un concurso, en particular, se publica en las revistas profesionales relacionadas con las profesiones de arquitectura o de ingeniería. Dada la posible composición del jurado y la responsabilidad municipal de proporcionar una arquitectura adecuada para los ciudadanos mayores, el concurso crea un espacio para el intercambio de experiencias prácticas y conocimientos teóricos. Esta práctica está condicionada por los objetivos de bienestar nacionales y por las condiciones locales.

Consecuentemente, en los países nórdicos los concursos de arquitectura se utilizan como instrumento sociopolítico para definir los parámetros espaciales de los entornos destinados a la atención a las personas en la vejez. Además, esta definición de un espacio apropiado para el

envejecimiento se basa principalmente en los resultados de la experiencia adquirida en el contexto local, más bien que en los resultados de la investigación en arquitectura, enfermería o cuidados. No obstante, el descubrimiento científico de que las personas mayores con demencia severa todavía recuerdan nombres de colores y tienen preferencia por un color en particular, ha hecho que en Suecia los colores sean un factor esencial en la planificación arquitectónica (Wijk, 2001, 2004, 2005). Debido a que muchas residencias construidas a principios de los años 90 se enfrentan con la obligación de hacer renovaciones de acuerdo con los planes de mantenimiento, re-colorear el espacio interior atrae un interés importante entre las inmobiliarias municipales: de todos modos, estas acciones necesitan una atención muy en sintonía con la situación de los residentes, para así constituir un cambio positivo y alentador para los residentes en situación de dependencia y fragilidad (Andersson, 2011c; Falk, Wijk, & Persson, 2008).

III. LOS CONCURSOS DE ARQUITECTURA COMO PREDICTORES DEL ESPACIO PARA EL ENVEJECIMIENTO CON DEPENDENCIA

La evolución de la legislación social sueca ha definido la responsabilidad de los municipios de asumir la provisión de servicios sociales, por lo que, independiente de la etnia, el género o el estatus socioeconómico, tienen la obligación de atender a las personas necesitadas de cuidados de corta o larga duración: adolescentes, niños o personas frágiles, en general, sean jóvenes o mayores. Este es un cambio fundamental en la administración civil sueca, que comenzó a mediados del siglo XIX y que se ha ido enfatizando en el siglo siguiente. Los 290 municipios y los 20 condados producen servicios que equivalen al 20% del producto nacional bruto sueco, PNB. Cerca del 25% de la población trabajadora sueca está empleada por estas administraciones. En línea con esta implementación independiente a nivel local de las estrategias nacionales, la mayor parte de los concursos de arquitectura en el período comprendido entre 1864 a 2010 han sido concursos de proyectos (de diseño) con una clara intención de ser realizados. Después del número récord de 19 concursos de arquitectura durante el período del 1980 a 1989, el número de concursos de arquitectura ha bajado considerablemente. Varias variables explican esta situación: se han estado utilizando otras formas de concurso público, como los concursos por invitación o los procedimientos negociados. Estas medidas pueden ser motivadas por la complejidad estructural que significa renovar antiguos edificios de tipo institucional y convertirlos en entornos completamente hogareños para personas frágiles. A menudo, las adaptaciones de estructuras ya construidas, a fin de satisfacer las exigencias actuales de accesibilidad y usabilidad para personas con discapacidades, conlleva realizar cambios que hacen que el coste de renovación sea equivalente al coste de una nueva construcción (Holm_ Bodin, 2004). Otra razón que explica el descenso de los concursos de arquitectura en Suecia es la discrepancia entre el proceso actual de envejecimiento y la visión política del entorno hogareño para el envejecimiento con dependencia que se formuló durante los años 80: al final del siglo XX, la exitosa tendencia del envejecimiento sueco, que había añadido años de salud a la vida, se rompió. La nueva tendencia describía un considerable incremento de un envejecimiento complejo con demencia y otras afectaciones de la salud, que requieren cuidados de larga duración (LTC) (Parker et al., 2005; Parker & Thorslund, 2007). Esto ha cambiado

la orientación de la atención y los cuidados en las nuevas viviendas asistidas y, ahora, una parte considerable del trabajo a desarrollar implica un continuo tratamiento médico, que requiere disponer de personal con formación sanitaria. En consecuencia, el entorno hogareño de una residencia podría considerarse tanto una ventaja como un inconveniente: el entorno hogareño ayuda a las personas mayores con deterioro cognitivo a mantener su capacidad de autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria, pero una atención médica continuada requiere facilidades higiénicas que no se habían previsto en el diseño arquitectónico. La expansión de la bacteria MRSA es una amenaza para los residentes, el personal de atención y también para un diseño arquitectónico que explota mayormente características hogareñas (NBHW, 2003).

En consecuencia, la compleja atención y cuidados que los residentes requieren hoy en día en las viviendas asistidas, se ha convertido en una gran carga financiera que recae en los municipios y los condados. En 2009, los costes municipales suecos de los servicios asistenciales para las personas mayores en situación de fragilidad fue de casi 90 mil millones de coronas suecas (9,9 mil millones €). De esta suma, el 60% fueron asignados a viviendas asistidas, el 38% a la atención a las personas mayores en el domicilio y el 2% restante se utilizó para actividades en centros de día para mayores (NBHW, 2009). En 2008, el coste promedio por persona y mes para una estancia en una vivienda asistida era de 45.500 SEK (5.050 €). El incremento de los costes de una estancia en una vivienda asistida es una de las razones para la reorientación actual de la atención sueca a las personas mayores hacia una extensión de los servicios domiciliarios que permitan a las personas, con o sin problemas de salud relacionados con la edad, permanecer más tiempo en la vivienda habitual durante el proceso de envejecimiento (MSHA, 2010). No obstante, el gobierno sueco ha asignado recursos para organizar nuevos concursos de arquitectura para explorar en detalle la configuración de la vivienda del futuro para las personas mayores con y sin síntomas de fragilidad. En 2010 se anunciaron inversiones por valor de 50 millones de coronas suecas (5,5 millones €) para concursos de arquitectura. El proyecto sigue adelante y, hasta ahora, el Instituto Sueco de Tecnologías de Apoyo (*Swedish Institute of Assistive Technology, SIAT*) ha financiado 5 concursos municipales (SIAT, 2011). De igual modo, se han asignado fondos para la construcción de nuevas viviendas asistidas a fin de incrementar el stock de apartamentos disponibles para las situaciones de envejecimiento con dependencia (NBHBP, 2008).

TRES CONCURSOS DE ARQUITECTURA FOCALIZADOS A LA ORIENTACIÓN FUTURA DE LOS ESPACIOS PARA EL ENVEJECIMIENTO

Entre 2006 y 2009, tres municipios invirtieron en explorar cómo deben ser los espacios apropiados para la sociedad actual marcada por el envejecimiento. Fueron los municipios de Järfälla, Ljungby y Tingsryd, y todos presentan escenarios diferentes. El municipio de Järfälla está situado en la expansiva región de Estocolmo. El municipio ha tenido un crecimiento de la población bastante considerable durante los años 60 y 70, y ha evolucionado desde una economía agrícola primaria a una economía mixta, que incluye las tecnologías de la información y comunicación. Esto ha propiciado una situación expansiva con nuevas oportunidades de trabajo y una población mixta

de todas las edades. Los otros dos municipios, Ljungby y Tingsryd, están situados en el sur de Suecia. Tienen un desarrollo más estancado, y dependen de la agricultura, silvicultura, industria local y el turismo. Ljungby tiene más ventajas que Tingsryd, debido a una industria de ingeniería mecánica de relevancia nórdica y nacional. En Ljungby, la industria local tiene, en cierta medida, una posición más fuerte, que incita a la gente a trasladarse allí. Tingsryd tiene una inmigración considerable de Alemania y Holanda, debido a la cercanía a la naturaleza y a las generosas condiciones de la vivienda. Los tres concursos son un reflejo de las diferentes situaciones de partida. El concurso en Järfälla implica expansión, mientras que en Ljungby significa densificación urbana. En Tingsryd es una cuestión de condensación, llevando el cuidado de personas mayores en situación de dependencia a una ubicación central.

EL CONCURSO DE ARQUITECTURA EN EL MUNICIPIO DE JÄRFÄLLA, 2006-2007

La propuesta ganadora de diseño está a punto de ser realizada, y el edificio de viviendas asistidas se abrirá a principios del 2012. Los costes de inversión para la realización han sido de 51,6 millones de coronas suecas (unos 5.73 millones €). La superficie de un apartamento individual en la vivienda asistida es de unos 35 metros cuadrados, y la cuota mensual del alquiler se calcula en 7.000 coronas suecas (unos 723,08 €). Además, el residente realizará el copago por los servicios de atención personal que recibirá en función del resultado de la evaluación de sus necesidades individuales, pero el coste de este servicio diario en la vivienda asistida (comida excluida) está en torno a 237 coronas suecas (unos 24,48 €).

EL CONCURSO DE ARQUITECTURA EN EL MUNICIPIO DE LJUNGBY, 2009

Los trabajos de construcción empezaron en octubre de 2011, y el coste estimado de inversión es de 196 millones de coronas suecas (21,75 millones €). En Ljungby, el coste mensual de la comida (servicio de atención personal excluido) en una vivienda asistida es de 3.137 coronas suecas (324,04 €), pero los otros costes relacionados con la nueva inversión no se han podido establecer. La razón principal para esta circunstancia es que la empresa contratista apela al derecho de discreción, a pesar de que el hecho de que sea de propiedad municipal la somete al principio nórdico de acceso público a los documentos oficiales.

EL CONCURSO DE ARQUITECTURA EN EL MUNICIPIO DE TINGSRYD, 2006-2007

En el municipio de Tingsryd, el coste mensual para la comida (el servicio de atención personal excluido) en una vivienda asistida es de 2.910 coronas suecas (300,59 €). Los costes de inversión se estiman en 9,5 millones de coronas suecas (1,05 millones €), y los trabajos de construcción estaban programados para empezar en octubre de 2011. Sin embargo, el proceso de presentación de propuestas se cerró prematuramente, porque las ofertas recibidas indicaban un nivel de costes de construcción que no se habían previsto. El tema ha quedado pendiente, por el momento.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta capítulo ha sido ofrecer una visión amplia de la atención a las personas mayores y de la arquitectura utilizada para esta finalidad en los países nórdicos. Esta visión ha enumerado similitudes y diferencias dentro del modelo nórdico de atención a las personas mayores, que desde fuera suele percibirse como homogéneo. Sin embargo, cada uno de los 5 países de esta región adopta una posición individual en el proceso continuado de la organización pública de la atención a las personas mayores, definida, o bien mayoritariamente como servicios de atención en el domicilio para un envejecimiento prolongado en el hogar, o bien mayoritariamente como atención a las personas mayores en situación de dependencia en una vivienda asistida. Basándonos en las estadísticas disponibles del Consejo Nórdico, Noruega tendría el equilibrio ideal entre el acceso a servicios de atención al domicilio, la disponibilidad de un apartamento con servicios de atención y cuidados para las personas mayores en situación de dependencia y la cobertura de la población objetivo de personas mayores. Por otro lado, Islandia se sitúa en un extremo, apoyándose en una amplia oferta de servicios a domicilio y una menor oferta de viviendas asistidas, pero con una cobertura del mayor número de personas mayores. Finlandia está en el otro extremo, con un balance casi equilibrado entre un bajo nivel de servicios a domicilio y de viviendas asistidas y un bajo número de personas mayores que se benefician de estos servicios. Dinamarca tiene una atención a los mayores que incluye pocas viviendas asistidas, pero un amplio rango de servicios a domicilio, y llega a un gran número de personas mayores. Por el contrario, Suecia tiene una oferta limitada de servicios a domicilio y pocas viviendas asistidas, que se ofrecen a un número bajo de personas mayores. Dado que Finlandia y Suecia tienen el mayor número de personas mayores de 80 años y más, cerca del 5%, la situación que se ilustra llama a futuros análisis. De todas formas, en estas estadísticas no se incluyen todas las variables, y otros factores como la ayuda de cuidadores familiares, diferentes niveles de salud pública, o una renuencia cultural a pedir ayuda pública, añadiría más conocimiento sobre las diferencias entre los países nórdicos. Pero esta imagen global es difícil de establecer, porque los países nórdicos prefieren una comparación directa con otros países, preferentemente de habla inglesa, antes que comparaciones entre ellos. (Szebely, 2005).

De modo similar, la imagen global del proceso de contratación pública de los proveedores de atención a las personas mayores no queda muy clara. Por otro lado, la contratación de los servicios relacionados con los inmuebles construidos para la atención a los mayores incluye procedimientos negociados, abiertos y restringidos. Se ha constatado que el concurso arquitectónico como método fue utilizado comúnmente en los países Nórdicos, pero es aconsejable un poco de precaución, ya que las estadísticas no incluyen a los cinco países nórdicos, y sólo contemplan períodos de 2 años. Aun así, la descripción contemporánea y retrospectiva de la utilización del concurso de arquitectura en Suecia añade algo de validez al uso internacional de concursos de arquitectura como instrumentos sociopolíticos para definir qué espacios son los apropiados para las personas mayores con dependencia en los países nórdicos. Basándonos en planos arquitectónicos, este espacio ha pasado de ser no más de la medida de una cama en una casa de pobres, a convertirse

en un espacio condensado de 30 a 40 m², que enfatiza el derecho individual a disponer de una casa y asistencia pública en el caso de una dependencia relacionada con la edad. Basado en las propuestas presentadas en los concursos de arquitectura de Ljungby y Tinsgryd, el espacio común está sujeto a un análisis rudimentario de las necesidades de las personas mayores, en términos de espacio para relacionarse en grandes o pequeños grupos, u otro espacio que ofrezca una vista al espacio exterior. La propuesta danesa al concurso del municipio de Järfälla ofrece una solución espacial más compleja. No obstante, todos los casos están lejos de la visión realizada de "espacio urbano" del que el arquitecto de la vivienda asistida, Ros-Anders gard, Tungelsta, Suecia, fue partidario.

Los concursos de arquitectura realizados, al menos en Suecia, no han conseguido, por ahora, realizar completamente las aspiraciones sociopolíticas sin una ligera disonancia. Los tres concursos nacionales presentados en este documento no han producido un ganador, un segundo o tercer premio. Queda por explorar si esto es debido a que los arquitectos no han sido suficientemente talentosos o bien a los difusos objetivos del organizador plasmadas en los pliegos de prescripciones técnicas del concurso. En todo caso, el pliego de prescripciones técnicas del concurso es el elemento clave en este diálogo artístico. Sirve como un test para el organizador sobre cómo traducir las aspiraciones de bienestar en requerimientos espaciales, y como guía de los arquitectos para concebir entornos amigables para el proceso de envejecimiento. Es importante destacar que el uso actual de los concursos de arquitectura para la definición sociopolítica de un espacio apropiado para el envejecimiento tiene un límite: la tendencia a estandarizar y, en consecuencia, la creación de una arquitectura repetitiva (Schwarz, 1997). Existe el riesgo de que el diseño arquitectónico de las viviendas asistidas se convierta en una arquitectura parlante. Este tipo de arquitectura puede incluir cualquier arquetipo de la arquitectura hogareña, pero la percepción espacial sigue siendo la de un entorno de tipo institucional. En este sentido, el concurso de 1979 fue perspicaz, porque se focalizó en la relación entre el proceso individual de envejecimiento con un incremento de la dependencia, el incremento de la atención médica y el aumento gradual de la complejidad del trabajo de enfermería y el diseño arquitectónico. Esta situación describe dos campos de fuerza opuesta: el proceso progresivo de envejecimiento versus la estabilidad constructiva del marco arquitectónico. El espacio de la vivienda asistida se convierte en un sustituto de las habilidades perdidas, y tiene que ayudar a apoyar los valores humanos fundamentales: la trans-espacialidad o la sensación de tener al alcance la riqueza de la vida. Por consiguiente, el diseño arquitectónico innovador de una vivienda asistida necesita un acercamiento multidisciplinar, que aúne arquitectos, planificadores de los servicios, personas mayores y familia. Esto permitiría un diálogo extensivo sobre la idoneidad, en una perspectiva a largo plazo, de un entorno construido concebido para ser utilizado por personas mayores dependientes y frágiles (Dehan, 1977, 2007).

La principal conclusión que se puede sacar de esta panorámica es que la arquitectura de la vivienda asistida es un tipo de arte social (Hillier, 1996). No sólo refleja valores estéticos, sino que demuestra una postura ética hacia el envejecimiento, la atención y los cuidados. En este contexto,

la discusión sobre arquitectura que inicia todo proyecto arquitectónico tiene relevancia. El objetivo último de la arquitectura es hacerse eco de las aspiraciones sociopolíticas del régimen de bienestar. Esto se podría hacer con directrices nacionales que se usan tanto en Noruega como en Suecia. En Noruega, estas directrices se han actualizado recientemente, y en Dinamarca la orientación del diseño futuro de nuevas viviendas asistidas se desarrolla a partir de aspectos existenciales (Erhvervs&Byggestyrelsen, 2010). Sin embargo, este uso necesita más evaluaciones, y por el momento tienden a promover 3 escenarios de diseño, el entorno hogareño, el entorno tipo hotel, o el de tipo hospital (Andersson, 2005a, 2005b). El mayor desafío para el futuro es concebir pliegos de prescripciones técnicas que comuniquen la esencia del espacio para el envejecimiento con dependencia:

Un medio ambiente enriquecedor, en el que la atención sanitaria, los cuidados y la seguridad sean proporcionados de manera armónica.

REFERENCIAS

Andersson, J. E. (2005a). Nyanser av bostad och hem i ett äldreboende. Stockholm: Arkitekturskolan, KTH.

Andersson, J. E. (2005b). Rum för äldre. Stockholm: Royal Institute of Technology, KTH.

Andersson, J. E. (2008). Using Practice-based Methods in a Scientific Purpose. Paper presented at the Architectural Inquiries, Chalmers University of Technology, School of Architecture, Gothenburg, Sweden.

Andersson, J. E. (2009). Looking for Visionary Architecture. Paper presented at the Architectural Criticism, Trondheim, NTNU.

Andersson, J. E. (2011a). Architecture and Ageing. Royal Institute of Technology, KTH, Stockholm.

Andersson, J. E. (2011b). Architecture for the Silver Generation. *Journal of Health & Place*, 17(2011), pp. 572-587.13

Andersson, J. E. (2011c). "Touching up" Communal Space of a Residential home setting. *Journal of Housing for the Elderly*, 25(2), pp. 175-216.

Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace* (8th ed.). Paris: Quadrige/ PUF.

Batljan, I. (2007). Demographics and Future Needs for Public Long Term Care and Services among the Elderly in Sweden. Stockholm University, Stockholm.

BBR1993:57. (2008). Regelsamling för byggande, BBR. Boverkets Byggregler (Building code, BBR. Building regulations according to NBHBP) (No. ISBN 978-91-85751-96-9).

Karlskrona: Boverket (National Board of Housing, Building and Planning).

Berge, A. (2007). Sjukvårdens underklass: sjukvården i den kommunala fattigvården 1910-1950. Stockholm.

Boller, F., & Forbes, M. M. (1998). History of dementia and dementia in history: An overview. *Journal of Neurological Sciences*, 158(1998), 125-133.

Brunnström, H., Gustafsson, L., Passant, U., & Englund, E. (2009). Prevalence of dementia subtypes: A 30-year retrospective survey of neuropathological reports. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2009), 146-149.

Council_of_Europe. (2005). Recent Demographic Developments in Europe, 2004 (No. ISBN 92-871-5664-6). Strasbourg: Council of Europe.

Dehan, P. (1997). *L'Habitat des personnes âgées, du logement aux établissements spécialisés*. Paris: Le Moniteur.

Dehan, P. (2007). *L'Habitat des personnes âgées, du logement adapté aux EHPAD, USLD, et unités Alzheimer*. Paris: Le Moniteur.

DEL. (2007). Bo för att leva. Seniorbostäder och trygghetsbostäder (No. SOU2007:103).

Stockholm: Äldreboendedelegationen (Delegation on Elderly Living).

Dobloug, M. (2006). Bak verket. Kunnskapsfelt og formgenerende faktorer i nyttearkitektur 1935-1985. Unpublished doctoral, Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo (AHO), Oslo.

Engedal, K., Selbaek, G., Snaedal, J., Strömqvist, J., Sörensen, P. K., Wahlund, L. O., et al. (2006). *Utredning av demens i Norden*. Tönsberg: Forlaget Aldring og Helse. Erhvervs&Byggestyrelsen. (2010). *Modelprogram for plejeboliger*. Copenhagen: Erhvervsog Byggestyrelsen.

F.R.I. (1998). F.R.I.-survey of architectural and consulting engineering services. Copenhagen: The Danish Association of Consulting Engineers, F.R.I.

Falk, H., Wijk, H., & Persson, L. O. (2008). The effects of refurbishment on residents' quality of life and wellbeing in two Swedish residential care facilities. *Health & Place*, 15, pp. 717-724.

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.

Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Penguin Books.

Grut, T. (1907). Pristäfling rörande ritningar till smärre fattiggårdar. *Teknisk Tidskriften - Arkitektur och dekorativ konst*, 12(1907), pp. 142-144.

Göransson, V., & Sundbärg, G. (1933). Ålderdomshem i Sverige. *Byggmästaren*, 26, 133-141.

Hansson, M., & al. (1989). Bo bra på sjukhem. Förbättringar av befintliga långvårdsbyggnader. (No. 266). Stockholm: SPRI, Institute for the Planning and Rationalisation of Health and Social Welfare Services.

Holm_Bodin, J. (2004). Äldreboenden - särskilt boende för äldre. Konsekvenser av myndighetsskrav vid ombyggnad. Stockholm: ARKUS.14.

Husbanken. (2009). Rom for trygghet og omsorg. Veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem. (appr. translation in English: Space for care and security. Guidelines for the design of assisted living and nursing homes), from www.husbanken.no.

Kazemian, R., Rönn, M., & Svensson, C. (2007). *Arkitekturtävlingar: erfarenheter från Finland*. Stockholm: AXL Books.

Lidmar, K. (1981). Från ålderdomshem till servicehus. Ett historiskt perspektiv. (No. Rapport nr 10.). Stockholm: Socialstyrelsen.

Förordning om investeringsstöd till äldreboenden. (Decree on investment grants to housing for older people). (2007).

MHSA. (2010). Uppdrag om bo bra på äldre da'r (Commission about appropriate housing in older age). Stockholm: Socialdepartementet (Ministry of Health and Social Affairs (MSHA)).

NBHP. (2008). Uppföljning av investeringsstödet till äldreboenden. (Control concerning Subsidies for the construction of housing for older people, sheltered housing) (No. ISBN 978-91-85751-96-9). Karlskrona: Boverket (National Board of Housing, Building and Planning).

NBHW. (2003). Erbjuds god vård till personer med MRSA i äldreboendena? (Is an adequate care offered to persons with MRSA in the residential care home?). Stockholm: Socialstyrelsen, SoS.

NBHW. (2007). Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005.

Stockholm: Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare, NBHW).

NBHW. (2008). Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre 2008.

Verksamhetens kvalitet. (Open comparative data concerning care and caring of older persons in 2008. Quality in care). Stockholm: Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare, NBHW).

NBHW. (2009a). Kostnader för vård och omsorg om äldre (Costs for care and caring intended for older people). Stockholm: Socialstyrelsen, SoS.

NBHW. (2009b). Uppföljning av äldreomsorg i Danmark, Norge, England och Kanada. Stockholm: Socialstyrelsen (National Board of Health and Welfare, NBHW).

Parker, M. G., Ahacic, K., & Thorslund, M. (2005). Health changes among Swedish oldest old: Prevalence rates from 1992 to 2002 show increasing health problems. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 60A, 1351-1355.

Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: Getting Better and Getting Worse. *The Gerontologist*, 47(2), pp. 150-158.

Paulsson, J. (2001). Det nya äldreboendet. Idéer och begrepp. Byggnader och rum. (The new housing for elderly frail people. Ideas and notions). Stockholm: Svensk Byggtjänst.

Pech, C. (2011). Arkitektur & Motstånd. Om sökandet efter alternativ i svensk arkitektur 1970-1980. Unpublished Doctoral, Kungl. Tekniska Högskolan, KTH (The Royal Institute of Technology, KTH), Stockholm. 15.

RBSW. (1950). Kungl. Socialstyrelsens Arkitektävling 1949. Idéförslag till ålderdomshem. De 12 belönade förslagen med smärre modifikationer i 30 blad. Stockholm: Kungl. Socialstyrelsen (Royal Board of Social Welfare, RBSW).

Rostgaard, T., Glendinning, C., Gori, C., Kröger, T., Österle, A., Szebehely, M., et al. (2011). Living at home. Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen: SFI - The Danish National Centre for Social Research.

SAA. (2008). Tävlingsregler för svenska tävlingar inom arkitekternas, ingenjörernas och konstnärernas verksamhetsfält. Retrieved 08-10-07, 2008, from <http://www.arkitekt.se/s12794>.

Stiftelsen ARKUS, & ARKUS-föreningen. (2007). Bostaden och kunskapen. Stockholm:

Stiftelsen ARKUS och ARKUS föreningen.

Svenska_Akademiens_Ordbok, S. (2011). uppslagsord HEM (entry Home). Retrieved August 23, 2011, from <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>.

Svensson, C. (2008). Arkitekturtävlingar. Om konsten attfinna en vinnare (Architectural Competition, on the art offinding a winner). Unpublished Licentiate, Kungl Tekniska Högskolan, KTH, Stockholm.

Szebehely, M. (2000). Äldreomsorg i förändring - knappare resurser och nya organisationsformer. In S. S. Ministry (Ed.), Vålfärd, vård och omsorg (SOU 2000:38 ed., Vol. Kapitel 5/ chapter 5, pp. 171-222). Stockholm: Socialdepartementet.

Szebehely, M. (2005). Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt. Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.

Thorslund, M., Lennartsson, C., Parker, M. G., & Lundberg, O. (2004). De allra äldstas hälsa har blivit sämre. Könsskillnader stora - kvinnor mår sämre än männen visar nya data. Läkartidningen, 101(17), 494-499.

Wijk, H. (2001). Colour Perception in Old Age. Colour Discrimination, Colour Naming, Colour Preferences and Colour/Shape Recognition., Gothenburg. University, Gothenburg.

Wijk, H. (2004). Goda miljöer och aktiviteter för äldre. Lund: Studentlitteratur.

Wijk, H. (2005). Bra färgval ger bättre vårdmiljö. Husbyggaren, 4, 22-26.

Zeisel, J. (2006). Inquiry by Design. Environment, Behavior, Neuroscience in Architecture, Interiors, Landscape and Planning (2nd Edition, 1 Edition 1981 ed.). New York:W.W Norton & Company.

PRIMERA PARTE: AVANCES EN DISEÑO ARQUITECTÓNICO Y MODELOS DE ATENCIÓN
EN EUROPA Y EE.UU.

VALOR DEL ENTORNO FÍSICO Y DE LAS RELACIONES HUMANAS PARA VIVIR BIEN EN UNA RESIDENCIA, A PESAR DEL ALZHEIMER.

MARIE- JO MARTINEZ GUISET

Fondation Médéric Alzheimer –París– Francia.

Agradezco a las Fundaciones Caser y Pilares por invitarme a presentar este trabajo lo cual me permitirá mostrar algunas de las investigaciones que estamos realizando en la FMA en Francia.

Allí tenemos por vocación promover, apoyar y evaluar nuevas iniciativas para mejorar la vida de las personas con Alzheimer y sus familiares. Mi ponencia forma parte de un libro que acaba de publicarse bajo el título *La Identidad reencontrada* que se sustenta en observaciones de campo realizadas en 19 países del mundo. Para abordar la problemática del entorno físico y las relaciones sociales haré énfasis en aspectos tales como los espacios de uso diurno, las pequeñas unidades de convivencia y algunas alternativas para la noche. Finalmente evocaré las posibilidades de encuentro de la familia extensa en un centro señalando principalmente el recurso de los jardines como marco para interacciones placenteras.

Estos puntos responden algunas de las preguntas que durante años se han planteado las residencias:

En primer lugar, ¿Cómo facilitar la cohabitación entre personas con un estado de salud física y psíquica diferentes? ¿Cómo evitar la exclusión de aquellas «que molestan» conservando al mismo tiempo la calidad de vida de los demás?

¿Es deseable organizar espacios separados para proteger a unos y otros?

Pero de igual manera, existen preguntas sobre el modo de vida que se propone a los residentes; esto es, ¿cómo se preserva su movilidad, sus referentes, su sentimiento de seguridad y su autonomía?

Por último, ¿Los jardines, si los hay, son de libre acceso? ¿La son en todo momento?

1. CONVIVIR EN LA DIFERENCIA

Estos problemas son muy conocidos y habitualmente forman parte de la vida diaria en las residencias “clásicas” que son aún el modelo predominante en la mayoría de nuestros países. Por mi parte, prefiero focalizar mi ponencia hacia dos casos singulares que abren nuevas perspectivas en términos de lugares de vida y de aproximaciones al cuidado de las personas con demencia. El

primero de ellos es la creación de espacios de día en una residencia, y el segundo es un ejemplo de una pequeña unidad de convivencia.

1.1. ESPACIOS DE USO DIURNO

En la residencia Églantines en Frossay (Francia) se está llevando a cabo una experiencia con este tipo de espacios desde hace doce años.

Es así como un grupo denominado «Las cuatro estaciones» reúne diariamente a ocho residentes, desde última hora de la mañana hasta después de la cena para que se desarrollen actividades propias de la vida cotidiana, enriquecidas con talleres específicos.

Esto permite que las personas con trastornos cognitivos conserven su habitación como su universo íntimo y dispongan, además, de un espacio colectivo de encuentro. Con esta fórmula también se busca garantizar la tranquilidad de los vecinos.

Según las palabras de su director: *«Ese pequeño grupo ofrece a las personas participantes un entorno familiar mucho más dinámico. Periódicamente el grupo de «Las cuatro estaciones» invita a otros residentes, a veces durante todo un día. También nos permite mantener intercambios más directos con las familias, con escuelas. El mundo exterior puede llegar hasta nosotros y podemos salir con facilidad; estamos cerca de las tiendas y del mercado. Las personas continúan disfrutando de la vida local».*

Este tipo de proyectos ha inspirado una de las 44 medidas del tercer Plan Alzheimer francés que genera los PASA: Polos de actividades y de cuidados adaptados. Ellos ofrecen durante el día «actividades sociales y terapéuticas en un espacio residencial especialmente adaptado» a los residentes con «trastornos de conducta moderados».

Al final de 2011 hemos llegado a tener trescientos tres -303- PASA.

Otro de los enfoques innovadores, marginal en Francia, pero mucho más desarrollado en los países nórdicos, son:

1.2. LAS PEQUEÑAS UNIDADES DE CONVIVENCIA

Una de las unidades que perdura aún en Francia desde hace veinte años es la de Somloire. Está situada en el medio rural y allí conviven 23 personas de las cuales algunas tienen demencia. Esta residencia logra ofrecer un modo de vida “como en casa”, de tal manera que cada uno puede traerse sus propios muebles y decorarla a su gusto. Igualmente, para asegurar el cuidado de los residentes, el centro cuenta con un equipo permanente de profesionales, a la vez que está abierto a la colaboración de médicos y enfermeros de Somloire y de los pueblos pequeños de los alrededores.

De tal modo que alguien puede vivir en el mismo centro, recibir cuidados y morir allí.

De otro lado, para responder a las necesidades de las personas mayores del sector, La Unidad de vida ha desarrollado a lo largo del tiempo servicios complementarios tales como 2 plazas de estancia de respiro, un centro de día para 8 personas y un espacio de acogida de noche (2 veces por semana). Esta última alternativa se dedica a personas con deterioro cognitivo, quienes vienen al centro de día y algunas veces se quedan a dormir para que su familiar cuidador pueda descansar.

Con esta combinación que conjuga modo de vida como en su casa y una serie de servicios a la comunidad, la Unidad de Somloire ha logrado hacer convivir desde hace varios años a personas muy diferentes de acuerdo con sus propios referentes.

2. APOYAR A LA PERSONA: EL CASO DEL CUIDADO DE NOCHE

Para aproximarnos al problema de la noche escuchemos esta directora:

“Cuando las personas se levantan en mitad de la noche, piensan que tienen que ir al trabajo o en busca de los niños, debemos escucharlas y proponerles algo que tenga sentido para ellas en ese momento».

Pues para las personas con un deterioro cognitivo dormir en la noche no es algo automático. Esa situación genera angustia, sufrimiento o miedo a la muerte.

Varios equipos han reflexionado sobre diversas adaptaciones que tranquilizan a unos y permiten el descanso de los otros residentes. Señalaré algunos de los comportamientos típicos y las estrategias que han producido resultados satisfactorios:

2.1. EL SÍNDROME DE «LA PUESTA DE SOL»

Es una realidad inquietante, es por ello que en el centro de Laviana (España), para responder al malestar de los residentes al caer la noche y a petición de éstos, se organizó un juego de lotería durante los meses de invierno con la participación de familiares.

2.2. LOS «CAMINANTES NOCTURNOS»

En Treviso (Italia), se han creado jardines comunes iluminados durante la noche, a los que se puede acceder libremente. Esto ofrece posibilidades de salir a quienes lo deseen y evita todo tipo de contención.

Otra respuesta se ha dado en la unidad psicogeriátrica de Voiron (Francia), donde el personal

estaba preocupado por las personas que no lograban permanecer en su habitación, deambulaban por el centro y a las que a menudo encontraban agotadas por la mañana, a veces dos en una misma cama.

Para mejorar el descanso se instalaron dos colchones «antideslizantes» en la gran sala de estar, a una altura adecuada para poder sentarse o tumbarse con facilidad, tanto de día como de noche.

Las personas que se recogen en este salón buscan el calor humano de los otros. Tal y como lo constata una directora, el personal cuenta con gran apertura de espíritu para afrontar estas situaciones.

Ella nos dice: *«Hacia medianoche, los profesionales del turno nocturno hacen una pausa para tomar un tentempié. A veces, uno o dos residentes que no duermen se les unen y lo comparten con ellos».*

2.3. RITUALES PARA DORMIRSE

El último aspecto en relación a los cuidados de la noche es el de los rituales que acompañan el momento de dormirse. La directora de la residencia de Bully (Francia) nos comenta:

«Hace poco se incorporó al centro un nuevo “trabajador”, un perro labrador de 35 kilos que ya ocupa un lugar muy importante para nuestros residentes durante la noche. Él ha pasado a formar parte del ritual del momento de acostarse. Algunas personas esperan que entre a verlas cuando ya están acostadas y que les haga algún mimo antes de dormirse».

Es así como vemos que, aunque en los centros haya menos personal, es importante que los «caminantes nocturnos» encuentren un espacio habitado por una presencia tranquilizadora.

El conjunto de «pequeños» puntos de referencia se fusiona para formar un gran referente que da seguridad.

3. MANTENER LOS VÍNCULOS FAMILIARES

Sus problemas de memoria, sus dificultades para comunicarse con palabras, a menudo apartan a una persona aquejada de este tipo de trastornos del contacto con una gran parte de su familia. Regularmente los familiares más próximos llevan a cabo una separación de la persona con demencia de su entorno familiar que se concreta por dos vías. De un lado, la sobreprotección para evitarle situaciones de fracaso y de otro lado, resguardar a los demás miembros especialmente los más pequeños, alejándolos por temor a que sufran un «trauma».

Para paliar tal ruptura algunos centros vienen desarrollando proyectos a través de los cuales se conservan las relaciones familiares en torno a la persona enferma. Sobre este tema he elegido dos iniciativas que voy a presentarles: las comidas familiares en la residencia y el placer que generan los jardines.

3.1. LAS COMIDAS FAMILIARES EN LA RESIDENCIA

Como bien lo hemos constatado en un sitio rural de Francia, el centro de Marllhes ofrece a las personas con Alzheimer la posibilidad de invitar a sus seres próximos para compartir una comida casi "como antes".

Como nos han dicho los cocineros: «Nosotros la escuchamos e intentamos actuar como sus manos» para cocinar, cuidar la decoración de la mesa, y lograr así un carácter festivo y personal de este acontecimiento que agrupa a diferentes generaciones. Ese día, en la cocina, la anfitriona supervisa los preparativos de «su comida», en los cuales interviene en la medida de sus capacidades.

Las familias valoran en gran medida estas reuniones, tal como así lo indicó un hijo en el libro de visitas: «*Gracias por reservarnos este momento de intimidad. Y, sobre todo, gracias mamá*».

Otro de los proyectos para preservar los vínculos familiares invita a:

3.2. DISFRUTAR EL JARDÍN JUNTOS

En una Residencia donde vive un miembro de la familia un bonito jardín ofrece abundantes ocasiones para realizar conjuntamente actividades agradables y al alcance de todas las edades: pasear, gozar de la belleza y los aromas de los parterres floridos, seguir la evolución de la vegetación, cortar flores, ofrecerlas, dibujarlas e incluso trabajar juntos en el jardín.

Convencidos de las posibilidades de este espacio, el equipo de una Residencia de la ciudad de Toulouse, en Francia, decidió convertir el jardín como un lugar de convivencia.

Este jardín está repartido entre un espacio colectivo y una serie de espacios «particulares», con cubetas elevadas «pertencientes» a aquellos residentes y sus familiares que así lo desean.

Cada familia es responsable de su parcela, rotulada con su nombre, y escoge los cultivos –flores, arbustos, plantas aromáticas...– en función de las preferencias de su familiar enfermo. No resulta sorprendente, por lo tanto, constatar que los residentes reconocen su cubeta de cultivo.

Una de las aspiraciones del proyecto es que «*los niños al visitar a sus parientes no se sientan en un lugar extraño y lo vivan con espíritu lúdico*».

De igual modo en el Centro geriátrico de Nancy podemos remarcar la importancia que se concede al jardín como lugar de bienestar y de apoyo a las relaciones familiares.

Este espacio fue concebido de manera conjunta por todo el equipo del centro y un artista. En torno a los cuatro elementos fundamentales: Tierra, Fuego, Agua y Aire. También se asocian a una escultura que a la vez es una fuente, un muro de agua y un móvil sonoro.

El jardín ofrece oportunidades de restablecer relaciones, tal y como se ha recogido en un estudio de casos en el que un señor completamente paralizado hizo recoger las flores preferidas de su esposa para hacerle un ramo y regalárselo en el momento de su visita. De este modo él hizo un gesto de amor que no podía realizar desde hace años.

Las iniciativas que acabo de presentarles tanto si se trata de invitar a los suyos a una comida en el centro o disfrutar el jardín juntos, nos muestran que es posible que las personas con demencia puedan recuperar su papel en el círculo familiar. De esta manera, las discapacidades pasan a ocupar un segundo plano.

CONCLUSIÓN

Aunque hay que reconocer que las residencias clásicas viven cambios significativos –mi visión no pretende ser maniquea, solo mostrar el abanico de posibilidades que se abre mediante el conocimiento-, he elegido presentar aquí un tipo de sencillas adaptaciones que permiten convivir en la diferencia y sobre todo entender que en las relaciones entre familiares y personas con Alzheimer pueden tener cabida otro tipo de encuentros sin limitarse a la ayuda y la carga.

Esta nueva mirada es resultado de las diferentes soluciones -tanto de infraestructura como humanas-, que han generado los centros para mejorar la calidad de vida de los residentes a la vez que combaten su aislamiento al reforzar, con iniciativas muy creativas, las relaciones con sus parientes y vecinos próximos.

Finalmente, estas pruebas empíricas nos demuestran una gran riqueza de soluciones para lograr espacios de vida plenos de sentido para los residentes y sus visitantes que procuran bienestar y fortalecen los lazos sociales y afectivos.

CAMBIOS EN LAS NURSING-HOMES ESTADOUNIDENSES PARA GARANTIZAR LA DIGNIDAD DE LA PERSONA.

KAREN C. SCHOENEMAN

Subdirectora de la División de Residencias Asistidas, Centros y Servicios de Medicare y Medicaid. Departamento de Salud y Servicios a las Personas de EE.UU.

Soy Directora Técnica de la División de Residencias Asistidas (Nursing Homes) de la Agencia Federal de los EE.UU., para los Centros de Medicare y Medicaid, comúnmente llamada CMS. Esta agencia gestiona los programas Medicare y Medicaid del seguro de salud y es responsable de la regulación e inspección de todos los proveedores de servicios sanitarios y socio-sanitarios, desde los médicos, los hospitales y las residencias asistidas a las agencias de atención domiciliaria. Quiero señalar que mis observaciones en esta conferencia son exclusivamente personales y no una postura oficial de nuestra agencia. Hablo desde mi propia experiencia personal de 39 años de mi carrera profesional, dentro y fuera del gobierno federal.

Antes de hablarles del cambio de cultura y de los reglamentos en EE.UU., les presentaré unos datos estadísticos del sector residencial en los EE.UU. El número de residencias asistidas ha ido disminuyendo los últimos años –solía haber unos 18.000, pero a partir de 2009, el número ha disminuido hasta unos 15.700-.

Del total de Residencias Asistidas existentes, el 67% son de organizaciones privadas con ánimo de lucro, el 26% son de organizaciones sin ánimo de lucro, y el 6% restante son de los gobiernos de los estados o de los condados. El número de personas que viven en Residencias Asistidas es de unas 1.400.000.

Medicare no paga cuidados de larga duración, sino servicios de rehabilitación de corta duración, normalmente de unas pocas semanas. Dos terceras partes de los residentes, aproximadamente, tienen pagados sus costes gracias a Medicaid, que es un programa mixto federal-estatal, no-contributivo, de atención a la salud para personas con pocos recursos.

El tamaño medio de una Residencia Asistida es de 100 plazas, pero las diferencias son enormes. Existen miniresidencias con unas pocas plazas conectadas a un hospital en un área rural, y todavía es posible encontrar unos pocos establecimientos de 1.000 camas. Casi todas las habitaciones son dobles, las individuales son poco usuales, y algunas pocas residencias antiguas tienen habitaciones para 3-4 personas. Para ampliar esta información, puede visitarse nuestra página web, www.medicare.gov, que dispone de mucha información estadística sobre residencias asistidas.

En la División de Residencias Asistidas de CMS somos responsables de la implementación de los

reglamentos federales de las residencias asistidas, de los procesos de inspección y de la formación de los 5.000 inspectores que realizan esta función en los diferentes estados. He sido, durante años, la responsable de los reglamentos relacionados con la Calidad de Vida en las residencias asistidas. Como parte de esta responsabilidad, he sido una de las fundadoras del Movimiento americano para el Cambio de Cultura (Cultural Change Movement) y de su buque insignia, la Red de Pioneros (Pioneer Network), y el líder nacional en CMS para el cambio de cultura. Pueden conocerse los detalles de este dinámico movimiento, visitando la web de la organización: www.pioneernetwork.net.

He trabajado en CMS durante 22 años. Antes, durante 17 años, estuve trabajando como trabajadora social en una gran residencia asistida de carácter institucional, intentando ayudar a los residentes a tener dignidad y una buena calidad de vida.

Mi trabajo allí estuvo lleno de momentos de desánimo y lágrimas, mis lágrimas y las de los residentes, las auxiliares y las enfermeras. ¿Por qué? Porque este lugar institucional fue diseñado para ser frío e insensible. En aquellos tiempos era típico rotar al personal a diferentes plantas y edificios cada varias semanas. ¿Por qué se hacía? Nuestro director de enfermería siempre decía que era para evitar que el personal sintiera apego, y que de esta forma no sufriera cuando los residentes morían. Pero esto no funcionaba en absoluto, porque las personas que trabajan con personas mayores sienten afecto por ellas en pocos días. Esto comportaba que a menudo tuviera el personal en mi oficina llorando, porque no querían que los trasladaran lejos de las personas que querían y de los equipos con los que habían aprendido a trabajar de manera eficiente. Y yo no tenía autoridad para cambiar esta situación. Era triste para todos y no tenía sentido que fuera de esta manera.

Ahora que el Movimiento para el Cambio de Cultura está creciendo de forma tan rápida, la CMS está recibiendo muchas preguntas de responsables de residencias asistidas, que están tratando de innovar para lograr una vida mejor, más digna y una mayor autonomía para sus residentes. Estos innovadores son un grupo valiente, pero quieren evitar hacer algo que salga de la práctica ordinaria y que nuestros inspectores –a quienes llamamos supervisores- les sancionen.

CMS contrata cada año y con cada estado la inspección o supervisión de cada residencia asistida, para determinar si cumplen todas las reglamentaciones sanitarias y de protección contra incendios. Y cada supervisor necesita verificar rápidamente si hay prácticas que van en contra de no sólo las reglamentaciones sino también de su experiencia profesional. Muchos supervisores son enfermeras, que tienen entre 40 y 50 años, y que se formaron hace mucho tiempo, antes de que estas innovaciones y la libre elección fueran consideradas importantes. Una de mis tareas es asegurarme de que hayan asimilado la importancia que tienen la libre elección y la dignidad, de forma que estén dispuestos a apoyar los esfuerzos de los proveedores en vez de decirles: “no, usted no puede tener un perro aquí”. Es difícil mantener al día de estas innovaciones a más de 5.000 supervisores, pero están en ello y están mostrando mucho entusiasmo para estos cambios.

CMS apoya los principios del Movimiento del Cambio de Cultura de proporcionar una mejor vida a los residentes y de mejorar las condiciones de trabajo del personal. Pero los detalles están en las preguntas que nos llegan. Les daré un par de ejemplos de las preguntas recibidas de los responsables de las residencias asistidas.

- ¿Un residente puede ayudar a preparar la comida? Sí, pero tienen que llevar guantes y gorro.
- ¿Podemos tener perros y gatos? Sí, pero tened cuidado con heridas y alergias.

El reglamento dice que hay que tener pasamanos en todos los pasillos; ¿qué tiene que hacer el regulador cuando una pequeña Green House no tiene pasillos? Oí una historia sobre un supervisor que hizo poner pasamanos en medio de la sala de estar de una de estas Green Houses. ¿No es ridículo? Pero pasó.

Aquí otra pregunta:

- ¿Podemos tener un huerto grande, recoger las verduras y servir las en el comedor?

Esta cuestión tardó un año y medio en resolverse, debido a los diferentes puntos de vista. Muchos estuvimos buscando en la redacción del reglamento, intentando encontrar el equilibrio entre el placer de comer verdura fresca y la seguridad alimentaria. Pero al final la respuesta fue afirmativa.

¿Qué tiene que hacer un supervisor cuando el reglamento dice que hay que tener un menú y la residencia tiene que seguirlo, pero a un residente no le gusta lo que hay en el menú? El problema es que normalmente las residencias asistidas tienen un menú con sólo 1-2 opciones. Los restaurantes tendrían que cerrar si sólo se pudiera escoger entre 1 o 2 platos. La solución es tener un menú más amplio. Si un restaurante puede tener beneficios teniendo más opciones en el menú, una residencia asistida no tendría que tener problemas en hacerlo. El problema es que las residencias asistidas no piensan como un restaurante, sino como un hospital. Pero afortunadamente esto está cambiando.

A veces la respuesta de CMS es un "sí, pero con cuidado" y a veces es un "no". En mis charlas en conferencias, comenté a la audiencia que un "no" no es una respuesta, sino un punto de partida. El "no" me indica la necesidad de encontrar quién dice que no y cuál es la razón por ello. ¿Es posible empezar una discusión con una persona de la autoridad cuando ésta dice que no? ¿Es una norma? ¿Esta norma dice realmente "no", o la persona ha pensado que dice "no", pero en realidad no la ha leído? Si dice no, ¿Cómo se puede cambiar? ¿Podemos trabajar conjuntamente para solucionarlo? ¿Es solamente una práctica, un hábito, una antigua forma de funcionar y la gente piensa que es una norma que dice que no, pero en realidad no lo dice? Donde sea que esté la barrera, la clave del cambio es encontrar a las personas adecuadas para trabajar conjuntamente en el próximo paso a desarrollar.

Los reguladores están positivamente orientados a la calidad de vida, de hecho la calidad de vida es una de nuestras normas más importantes; ¿Pero, cómo encontrar el equilibrio entre los derechos y la seguridad cuando se está probando algo nuevo?

Mi trabajo es encontrar la manera de responder a las preguntas, a poder ser de modo que haya equilibrio entre derechos y seguridad. Pero cuando salgo a hablar en conferencias, la gente siempre me dice que lo que digo sobre la calidad de vida está muy bien, pero que los supervisores no nos dejarán hacerlo. De lo que me he dado cuenta es que CMS no es la única agencia que dice a las residencias lo que tienen que hacer; a veces se tarda en encontrar quién es la responsable de una determinada norma y hablar con ella.

CMS difiere de leyes como por ejemplo la ley alimentaria, promulgada por nuestra agencia hermana, the Food and Drug Administration (FDA). Ésta pone ciertas restricciones en las prácticas alimentarias, pero es una normativa diseñada para restaurantes, colegios y grandes instituciones. Ahora que en las residencias tenemos pequeñas unidades en las que conviven pocas personas, en la CMS tenemos que empezar a hablar con la FDA sobre el significado de sus precauciones, que restringen la libertad de los residentes de hacer lo que quieren.

También nos encontramos con algunos innovadores que desearían hacer pequeñas mejoras que no se estaban permitiendo, como colocar unas sillas en los largos pasillos de las residencias. Iba en contra de la normativa anti incendios promulgada por the National Fire Protection Agency. Entonces, como parte del grupo de reguladores federales y estatales, proveedores, innovadores y organizaciones de la industria residencial, hablamos con la Agencia de Protección contra Incendios; después de 2 años de conversaciones conseguimos 4 cambios en la normativa y hasta conseguimos la silla en el pasillo como próximo cambio en el Código para el 2012.

Aparte de las normas federales, cada estado elabora su propia normativa para las residencias asistidas. Entonces el tema a resolver es encontrar quién es realmente el responsable de una norma, para así empezar las conversaciones sobre los pros y los contras de lo que ésta estipula.

En los EE.UU. hemos dedicado 20 años a la reducción de las restricciones físicas. Ahora éstas han casi finalmente desaparecido y por lo tanto estamos en otros temas. Pero lo mejor es que ahora los responsables de las regulaciones de los EE.UU. se están sentando para hablar con las personas que quieren innovar, así como con los propios residentes. El tema que veo -como cuidadores profesionales- que tenemos sobre la mesa ahora es: ¿Cuál es el equilibrio entre derechos y seguridad? ¿Para qué son los cuidados de larga duración? ¿Hasta qué punto es positivo un magnífico protocolo sobre el plan de atención, que tiene unos objetivos para el residente que éste no quiere? ¿Perder peso, dejar de fumar, tener los dulces restringidos debido a diabetes?

Ha llegado la hora que nosotros, los profesionales, revisemos las reglas de oro que guían a las diferentes profesiones a la hora de diagnosticar y determinar qué es lo "mejor" para el residente.

Es hora de cuestionar el “departamentismo”, que fragmenta la vida del residente en diferentes departamentos, con personal diciendo: “no, esto no lo hago, esto es tarea de dietética, o sólo los auxiliares hacen esto”. Hasta podemos preguntarnos ¿Por qué tenemos 3 turnos? ¿Es esto lo mejor? Algunos innovadores están rompiendo esto. ¿Por qué una prescripción médica se llama prescripción si se vive en casa y en cambio se llama orden si se vive en una residencia asistida? ¿Quién ordena a quién el hacer qué? ¿El residente tiene la última palabra o la tiene el médico o la enfermera? ¿Qué significa la palabra “cuidado”? ¿Cuál es el objetivo de la atención en una residencia asistida, para qué existe? ¿Para alinear a todos para el desayuno a las 7 de la mañana? ¿O para ayudar a cada persona a vivir a su manera tanto como sea posible? ¿Qué más se puede hacer?

Los innovadores están enseñando cosas a los reguladores que yo no podría haber llegado a soñar hace décadas, como poder traerse al perro a la residencia asistida, o tener acceso a la nevera y coger un helado a medianoche. Lo que los residentes desean mayormente son placeres simples de la vida. Todos tenemos apetencias; a mí me gusta tomar un café de avellanas cuando me levanto y me gusta dormir hasta que me apetece levantarme. Soy vegetariana, no me gusta encontrar carne en mi plato. ¿Podemos tener lo que nos gusta, o la mayor parte de lo que nos gusta, cuando tenemos que trasladarnos a una residencia asistida? En los viejos tiempos la respuesta era no, no podemos. De hecho tuve una directora de enfermería que me dijo que no podíamos hacer nada especial por una persona porque entonces todos querrían algo. Su objetivo era privar equitativamente a cada persona de cualquier elección de manera que todos fueran tratados por igual. Esto era porque no podía ver de qué forma era posible satisfacer los deseos individuales teniendo en cuenta la carga de trabajo del personal.

Ahora los innovadores nos han mostrado claramente que si puedes tener a tu personal permanentemente asignado a los mismos residentes y orientas a los auxiliares para llegar a conocer a las personas que tienen asignadas, los deseos individuales se pueden satisfacer. Hasta pueden darse en personas con demencia o lesiones cerebrales que no nos pueden decir verbalmente lo que quieren. Es lo mismo que si tu abuela tuvo un accidente cerebro-vascular y vivía contigo. Aunque ya no puede hablar, sigue queriendo las cosas a su manera. Y si tú sabías lo que quería, puedes intentar proporcionárselo. Si siempre quería huevos con beicon para desayunar, probablemente todavía quiere. La clave es que el personal de la residencia pueda utilizar esta información de los familiares si los residentes no pueden expresar sus preferencias, de modo que puedan saber qué es lo que les gusta a cada uno y qué no, para poder hacer las cosas a su manera.

Me siento orgullosa de haber liderado –con the Pioneer Network- la organización de 2 simposios nacionales, uno en 2008 sobre entorno y otro en el 2010 sobre alimentación y dietas. Los innovadores tuvieron la oportunidad de explicar a los reguladores y al público en general lo que creían que eran escollos en las reglamentaciones relacionadas con estos dos temas. El simposio sobre entorno atrajo a 700 personas. Su transcripción está en la web de Pioneer Network. Este encuentro desembocó en un proyecto de 2 años de duración para conseguir unos pocos cambios

en el Fire Code del 2012. Eran cosas simples: permitir chimeneas a gas, poner tantas sillas como sea necesario en los largos pasillos para que los residentes puedan sentarse y descansar, y poner más adornos en las paredes. CMS hizo varios cambios en 2009 en la guía de reglamentaciones para la calidad de vida y el entorno. ¿Cuáles son estos cambios?

Los cambios mencionados clarificaban reglamentaciones que no habían descrito con suficiente detalle lo que se esperaba en referencia a la dignidad, deseos, satisfacción de necesidades, iluminación, visitas, y algunas otras cuestiones. Por ejemplo, un cambio era el referido a la reglamentación sobre el derecho a decidir, que estipula que los residentes pueden decidir sobre su horario, pero CMS nunca había concretado de qué horarios se trataba. De manera que casi no se había avanzado ni un paso para asegurar que los residentes tuvieran la posibilidad de tomar estas decisiones. Dijimos que éstas incluían, como mínimo, la hora de levantarse, de irse a la cama, la frecuencia, las horas y la forma en que preferían ser aseados, y algunas otras.

Estas decisiones no se están dando en muchas de las residencias asistidas, pero de ahora en adelante esto irá cambiando, porque los supervisores están obligados a preguntar a los residentes si tienen esta posibilidad de elección.

También hicimos cambios en la reglamentación relacionados con adaptaciones en la habitación. Especificamos qué tenían que incluir estas adaptaciones. Por ejemplo, el equipamiento de la habitación del residente debería potenciar las habilidades de funcionamiento de éste para así conseguir el más alto nivel de independencia que su condición permita. Por ejemplo: ¿un residente que se está lavando los dientes, puede mirarse al espejo si está en una silla de ruedas, o el espejo está demasiado alto? ¿Puede coger su ropa del armario, o la barra está demasiado alta? ¿Tiene una lámpara para poder leer o hacer otra cosa? En cuanto a las visitas, estaba estipulado que no eran posibles después de las 20:00, como era costumbre en hospitales y en muchas residencias asistidas. Ahora son posibles 24 horas al día. Las horas de visita excepcionales a “deshora” se han acabado.

Tras el éxito del simposio sobre entorno, CMS y Pioneer Network trabajaron conjuntamente de nuevo para organizar el simposio sobre alimentación y dietas del 2010. Tuvimos 1.200 inscripciones, pero hubo una tormenta de nieve impresionante sobre Washington durante una semana y se tuvo que cancelar. Pero se crearon 10 seminarios web –que están en la Pioneer Network- y se tomó la decisión de crear un grupo de trabajo nacional. Esto dio lugar a la primera reunión de grupos clínicos que elaboran estándares para trabajar conjuntamente en aras de liberalizar la práctica en cuanto a algunas de las terapias dietéticas y estándares relacionadas con la alimentación se refiere. Estos acuerdos no son reglamentaciones, sino estándares de práctica clínica. La CMS indica en sus reglamentos que una residencia asistida tiene que seguir los estándares de buena práctica clínica, por lo que correspondía a los grupos clínicos decidir qué hacer con sus estándares.

Las organizaciones que representan los médicos, enfermeras, dietistas, logopedas, fisioterapeutas

y terapeutas ocupacionales, farmacéuticos, auxiliares de enfermería, y además la CMS, FDA y los Centros para el control de las enfermedades trabajaron conjuntamente durante meses. Estas organizaciones profesionales que elaboran estándares nunca se habían reunido antes todos juntos, siempre lo habían hecho separadamente. Y finalmente este grupo de trabajo emitió el pasado verano unos 10 cambios liberalizadores en las dietas para personas mayores que reciben cuidados de larga duración.

Uno de éstos estipula que los espesantes no se deberían utilizar casi nunca, puesto que las personas a menudo se niegan a beber líquidos en estas condiciones, un motivo por el cual se deshidratan. Otro afirma que no es aconsejable medir el nivel de azúcar en la sangre pinchando los dedos 4 veces al día a las personas que reciben cuidados de larga duración, ya que no es necesario y les molesta. Con una vez al día es suficiente, y sí que pueden tomar un poco de pastel, siempre y cuando los profesionales vean que el azúcar en la sangre es estable.

El grupo también concluyó que la alimentación por sonda es básicamente una mala idea, que las personas con presión alta pueden tener un poco de sal en su dieta y acordó otros cambios orientados a mejorar la calidad de vida de las personas mayores con cuidados de larga duración. Estos nuevos estándares también están en la web de Pioneer Network. Ahora mis compañeros de la CMS y yo estamos liderando un esfuerzo para producir un DVD formativo y ponerlo en nuestra web para que los supervisores y los proveedores puedan ver estos nuevos y magníficos estándares y puedan ponerlos a la práctica.

Pienso que todos estos éxitos en la mejora de la calidad de vida son emocionantes. Podemos avanzar conjuntamente, pero sólo si continuamos hablando entre todos y decidiendo juntos cómo podemos conseguir un buen equilibrio entre calidad de vida y seguridad para cada una de las personas, cada día. Esto incluye a residentes y familias, investigadores, reguladores, proveedores, clínicos y el público. Todos nosotros.

Veo un futuro brillante. Poco a poco, las barreras regulatorias para la innovación están cayendo, las prácticas clínicas que causaron la rotación del personal, la distancia personal y la planificación de la atención tan restrictiva están cayendo y las personas se están dando cuenta de los no intencionados malos efectos que los bien intencionados esfuerzos de los profesionales producen. Un par de mis compañeros del cambio de cultura lo llaman "excedente de seguridad".

¿Cuánta seguridad es demasiada para llegar a perjudicar la calidad de vida? ¿Dónde está el equilibrio? Demasiada restricción en la dieta comporta tener una dieta sin sabor que las personas acaban no queriendo comer, lo que les lleva a pérdida de peso, que puede ser un problema mucho mayor que un poco de sal y de azúcar. Demasiada seguridad puede llevar a que las personas tengan una vida que no vale la pena vivir. El objetivo no es tirar la seguridad por la borda e ir a un abandono salvaje, diciendo a todos que hagan lo que quieran. Pero habría que considerar, conjunta y cuidadosamente, el balance entre derechos y seguridad. Esta es la clave de la calidad de vida.

PRIMERA PARTE: AVANCES EN DISEÑO ARQUITECTÓNICO Y MODELOS DE ATENCIÓN
EN EUROPA Y EE.UU.

Doy la bienvenida a la oportunidad de conocer lo que otros países están haciendo para introducir cambios que mejoran la Calidad de Vida. Continuemos trabajando para conseguir que las residencias sean un lugar donde las personas mayores quieran ir. Podemos lograrlo -todos juntos-.

CONSIDERACIONES CRÍTICAS PARA EL DISEÑO DE VIVIENDAS ASISTIDAS PARA PERSONAS MAYORES CON NECESIDAD DE CUIDADOS POR FRAGILIDAD O DEPENDENCIA COGNITIVA O FÍSICA.

VICTOR REGNIER

FAIA, Profesor de Arquitectura y Gerontología, Vice-Decano, Escuela de Arquitectura, Profesor Distinguido por la ACSA, Universidad de California del Sur, Los Ángeles, CA, Estados Unidos.

RESUMEN

El modelo de vivienda asistida para las personas mayores con fragilidad física y mental en los EE.UU. está cambiando. Los modelos del norte de Europa y de los Países Bajos han tenido una gran influencia en la situación actual. El autor es investigador y profesor en arquitectura con una amplia experiencia en consultoría y evaluación de proyectos arquitectónicos. En su libro del 2002, *Design for Assisted Living*, identifica, con base en su dilatada experiencia práctica e investigadora, 100 consideraciones de diseño que, en su opinión, tienen gran impacto en el éxito y eficacia de los proyectos de viviendas asistidas en los EE.UU., Canadá, Reino Unido y Alemania. En esta presentación se ha reducido esta lista y añadido algunas otras categorías para este capítulo, lo que se traduce en 60 características/consideraciones. Éstas se presentan en un formato que va de lo genérico a lo específico. Cada consideración se presenta con una foto y una breve descripción. Gran parte de éstas describen cualidades destacables del entorno relacionadas con el diseño; sin embargo, otras son específicas y describen un servicio o actividad que se realiza en el complejo asistencial. Estas ideas se sugieren como importantes, pero deben de ser el objeto de estudios empíricos adicionales.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 15 años he prestado servicios de consultoría sobre el desarrollo del diseño en más de 200 proyectos de viviendas asistidas en los EE.UU., Reino Unido y Alemania. Para facilitar la toma de decisiones de diseño, he conducido aproximadamente unas 25 evaluaciones post-ocupacionales de proyectos seleccionados. La mayoría de estas evaluaciones no fueron extensas, pero incluyeron entrevistas con cientos de personas mayores, familiares, trabajadores/as, administradores/as, promotores/as y financiadores/as. Las impresiones de todas estas personas y mis propias observaciones de las características y cualidades de los proyectos, me permitieron escribir un libro titulado *Design for Assisted Living* (Wiley, 2002) que identifica 100 cualidades/características.

Para esta presentación he seleccionado las 60 características de diseño que considero centrales

para el éxito de un proyecto. Las he clasificado en 10 categorías y organizado en función de su importancia de mayor a menor.

CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON EL VECINDARIO Y EL EMPLAZAMIENTO

1. Un emplazamiento visible dentro del mapa cognitivo de la comunidad.



Una buena localización es, generalmente, aquella situada en un lugar que las personas identifican con facilidad. A menudo estos lugares son intersecciones de calles destacadas con monumentos o edificios conocidos en la comunidad, como son iglesias, parques, tiendas, una escuela, o un hospital. El emplazamiento ideal es en vecindarios con los que las personas mayores (o sus hijos) están familiarizados. El lugar también debe tener los permisos requeridos (de obra y para realizar la actividad). Si es un lugar agradable, fácilmente identificable desde la calle, tanto mejor. Además,

el vecindario debe estar en una zona residencial (edificios de apartamentos de alta o media densidad) y no en una zona dominada por edificios con comercios o de tipo institucional.

2. Preservar los árboles y las características significativas del paisaje.



Si una localización contiene árboles ya maduros, se debería valorar cada árbol y, a ser posible, integrarlos en el proyecto. Los árboles maduros dan al lugar un aspecto atemporal, que a menudo es difícil de reproducir. También da al edificio un aspecto agradable y vital. Desde la calle, puede parecer acogedor y atractivo. Muchas personas se deciden por un complejo asistencial basándose en el aspecto que tiene desde la calle. El paisaje y especialmente los árboles maduros son características que crean un contexto residencial, relajado y “normal”.

3. Atender como a las personas mayores de la comunidad.

En el norte de Europa, la forma más común de proporcionar atención a largo plazo es ayudando a las personas a permanecer en sus propios domicilios tanto tiempo como sea posible, mediante atención domiciliaria. Enfermeras/os y auxiliares de enfermería visitan a las personas mayores en sus casas y les ayudan con sus necesidades. En la mayoría de los casos, los apartamentos en viviendas asistida se facilitan sólo a aquellas personas que no pueden permanecer ya en su propia vivienda. Para prestar apoyo a las personas que viven en viviendas con servicios, a menudo se utilizan estrategias de atención domiciliaria. Cuando los servicios son itinerantes, los/as residentes tienen una mayor sensación de autonomía y privacidad, pero siempre son accesibles niveles mayores de atención cuando son necesarios.



4. Modelos mixtos de uso del espacio.

Los proyectos de viviendas para personas mayores del norte de Europa tienen a menudo instalaciones abiertas a los residentes del edificio y también a los de la comunidad local que viven en los alrededores. Esto puede incluir restaurantes (como en la foto), un salón de belleza, un centro de fisioterapia, un despacho médico, o una pequeña tienda de comestibles. Otros usos podrían ser un bar, un centro de ordenadores, o un centro de día para niños o adultos. Los proyectos europeos están normalmente centrados en la comunidad, porque los servicios están pensados para ser accesibles a un buen número de usuarios. No es raro ver al personal y/o los visitantes comiendo en estos restaurantes abiertos al público.



5. Una entrada cubierta para resguardar a los residentes de la intemperie.



Poder pasar del vehículo al edificio de manera protegida es, para las personas mayores, tanto un tema de cortesía como de seguridad. En lugares con tiempo inclemente este punto puede ser importante para optimizar la seguridad. Además, esta entrada cubierta a menudo señala la entrada desde la calle, mostrando dónde está la entrada del edificio y por lo tanto haciendo el edificio más legible y amigable. La cubierta no debe ser demasiado alta o ancha, para no quedar fuera de la escala del edificio.

6. Patios, vistas e interacción social.



Los patios son muy convenientes y útiles para edificaciones con alta densidad. Por un lado sitúan las viviendas en una parcela de forma compacta y, a la vez, ofrecen acceso a un espacio exterior agradable, bien proporcionado y protegido. En el caso de residentes con pérdida de memoria la configuración del patio puede permitirles salir al exterior sin perderse ni extraviarse. Es útil que ofrezcan no sólo un patio con elementos duros, sino también con elementos paisajísticos. Esto permite una mayor utilidad para diferentes tipos de actividades. También proporciona protección frente al

viento y a veces también frente al sol -con estructuras que permitan zonas sombreadas-. Cuando los pasillos que rodean el patio tienen una combinación de simple y doble carga, parte del pasillo queda expuesto a la luz natural.

LA VISTA EXTERIOR

7. Miradores o ventanales de tipo europeo.

El tipo de fachada urbana que se ve en la foto es típica en el norte de Europa. Está provista de unos ventanales que se proyectan hacia afuera de la fachada unos 18-24 pulgadas. El ejemplo de la foto (The Flessement, en Amsterdam) tiene varias características distintivas, incluyendo: una puerta acristalada, un toldo para controlar la sombra, ventanas en los tres lados y vistas a la calle en los dos sentidos. Esto añade interés a la fachada y al mismo tiempo permite al residente disponer de un espacio interior/exterior propio. Muchas personas de este proyecto lo utilizan como pequeño invernadero. Es como un pequeño balcón cerrado y acristalado.



8. Espacios entre el exterior y el interior “espacios intermedios”.

A menudo a los/as residentes les gusta sentarse cerca del límite exterior del edificio. Parece que les da una seguridad adicional (especialmente a los que padecen demencia). En este diseño la construcción proporciona varios espacios intersticiales, como un porche con cubierta, un porche acristalado, una salita interior acristalada y una espaldera/enredadera. Esto proporciona a los residentes un abanico de lugares protegidos para sentarse cerca de los límites del edificio.



9. Atrios duros y blandos.



La mayoría de tipos de atrios tienen un suelo duro o un suelo blando (o una combinación de ambos). Se trata de una construcción característica en las viviendas con servicios del norte de Europa, donde los inviernos son a menudo fríos y ventosos. Muchas veces se colocan plantas para hacer un jardín de invierno. El atrio permite hacer un poco de ejercicio en días de mal tiempo y también permite la entrada de luz natural, que puede llegar al perímetro por ambos lados. La mayoría de estos atrios están acondicionados con ventiladores que quitan el aire caliente en verano y atemperan las frías temperaturas en invierno.

10. Espacio para barbacoa: un espacio exterior significativo.



Cada edificio tendría que tener un amplio espacio exterior público que pudiera acoger como mínimo al 50-75% de los residentes. Debería ser una extensión del espacio interior, como la sala de estar o el comedor. Estos ambientes resultan lugares perfectos para la familia y para celebraciones y días señalados (como el Día del Trabajo, o el 4 de julio). Este espacio exterior tendría que ser diseñado para alojar una serie de actividades que incluyan comer, bailar, escuchar música, etc. También debería disponer de un buen control del sol y del viento.

11. Control de sombras y reducción de deslumbramiento.

La falta de sombras es un problema importante en los espacios exteriores. Los porches cubiertos, las mesas con parasoles y las estructuras de espalderas/enrejados pueden ayudar a mitigar el fuerte sol. Los espacios exteriores deberían tener en cuenta la orientación y la temperatura, utilizando toldos retráctiles (especialmente en los límites exteriores de las unidades) y alojando asientos cerca de la entrada y de las puertas de salida. Es también importante mitigar el deslumbramiento.



12. Jardines terapéuticos.

Existen varios tipos de jardines especializados. Un espacio exterior para residentes con demencia proporciona un lugar seguro para caminar y hacer ejercicio a las personas con pérdida de memoria. Las/os residentes con demencia buscan a menudo lugares exteriores para pasear y caminar. Lo mejor para ellas/os es un circuito en forma de bucle. El mobiliario o equipamiento para hacer ejercicio es más popular en verano. En la foto se puede ver una instalación utilizada para potenciar el control del equilibrio y para ejercitar la musculatura fina de los pies.



13. Atraer a la fauna silvestre.



Hay grandes oportunidades de crear propias diversiones. En los límites de un jardín, es fácil observar desde cerca a pájaros, ardillas y mariposas. En ocasiones necesitan agua, alimento y refugio, pero forman parte del entorno natural y a menudo son abundantes. Pueden ser observados tanto desde una vivienda individual como desde un espacio compartido. Los espacios para pájaros y animales pueden necesitar de una planificación anticipada y deben ser respetados en su hábitat natural.

14. Paseo por un circuito en forma de bucle.



Es recomendable crear un camino alrededor del edificio para animar al paseo. O, como en el ejemplo de la foto, un circuito alrededor de un patio que conecte diferentes entradas del edificio. El paseo tendría que tener como mínimo 6 pies de anchura, con sitios resguardados del sol para sentarse y relajarse cada 100 pies aproximadamente. El paseo debe ser agradable, con vistas, árboles y elementos paisajísticos.

15. Patios/parques para niños.



Este parque danés para un jardín de infancia está situado entre un proyecto de viviendas para personas mayores en situación de fragilidad y un centro de actividades para mayores. Los apartamentos que están en la parte media-superior de este edificio miran al parque. Los daneses planifican a menudo servicios para niños con viviendas para mayores, para posibilitar actividades de intercambio intergeneracional y para compartir los servicios de restauración.

16. El uso de agua para relajar.

La literatura reciente sobre diseño biofílico describe al agua como uno de los elementos más importantes para facilitar la relajación. Este pequeño estanque está diseñado para permitir el acceso a las sillas de ruedas, de manera que los residentes que las utilizan puedan experimentar el agua. El agua también atrae animales y favorece la fauna (sapos, peces y tortugas).

CARACTERÍSTICAS DE DISEÑO IMPORTANTES

17. Aspecto amigable y acogedor.

Esta casa de campo, de estilo victoriano, está diseñada para encajar con las viviendas existentes en los suburbios de Minnesota. La línea inferior del tejado y el porche que la rodea con barandilla hace que el edificio parezca más pequeño de lo que es en realidad. Una estrategia común es la de configurar el perímetro del edificio de manera que no se vea toda la casa de una sola vez.

18. Como un Hogar: el techo inclinado, la puerta de entrada, las escaleras y la chimenea.

El edificio debe ofrecer un aspecto amigable tanto en el interior como en el exterior. La puerta de entrada, un techo inclinado y una chimenea son características que –para la mayoría de personas– indica un estilo de vida hogareño. Una escalera abierta y un conserje con cara amigable sentado en un mostrador para saludar a los/as visitantes, también da un mensaje potente.



19. Espacios abiertos que crean definición y ambigüedad.



Adaptar un espacio abierto/diáfano es una idea que se remonta a las casas diseñadas por Frank Lloyd Wright. Se trata de dividir un gran espacio en varios espacios pequeños, añadiendo intimidad y detalles. A las personas mayores, además, les permite que puedan vislumbrar las habitaciones y espacios adyacentes. Esta posibilidad de “pre-mirar” les da la posibilidad de ver lo que hay en la sala contigua antes de tomar la decisión de entrar, haciéndoles esta decisión más fácil. Las técnicas utilizadas implican medias paredes, salitas, columnas, paredes de altura $\frac{3}{4}$, diferencias en

la altura del techo y cambios en los materiales del suelo, plafones, y en el color y la textura de las paredes.

20. Empequeñecer los grandes espacios y agrandar los pequeños.



Los grandes espacios como los comedores a veces son demasiado grandes debido a que están diseñados para acomodar a todos los residentes de una sola vez. Utilizando técnicas como las anteriormente descritas (19) se puede subdividir el comedor en pequeños espacios más íntimos. Estas técnicas suavizan la escala del espacio más grande del edificio. Hacer que los pequeños espacios parezcan mayores es el problema contrario. Unos alféizares a baja altura y unas ventanas grandes que permitan la vista exterior hacen que una habitación pequeña parezca mayor.

21. Pasillos como habitaciones y pasillos con carácter.

Los pasillos que contienen muebles, que varían de anchura, utilizan claraboyas o rompen líneas, parecen a menudo más cortos y acogedores. En el ejemplo, hay vitrinas montadas a lo largo del pasillo, que contienen objetos personales de los residentes que viven en los apartamentos y éstos los pueden identificar, porque los han recogido o coleccionado durante su vida. Además, los objetos artísticos y las colecciones informan sobre los residentes con demencia que viven al otro lado de la pared del pasillo.



22. Puntos de luz y variedad en las fuentes de luz.

Se deben evitar niveles de iluminación uniformes añadiendo puntos de luz que den variedad y diferenciación al entorno. Hay varias clases de iluminación que pueden añadir diferenciación al lugar, como son lámparas colgantes, apliques, luces empotradas, lámparas de mesa, lámparas de suelo, iluminación indirecta, iluminación de techo y luces de dintel. También es importante evitar suelos poco iluminados o pasillos oscuros.



23. Personalización de la antesala de las unidades.



En The Captain Eldridge House (Hyannis, Massachusetts), se utiliza una puerta holandesa (puerta con parte superior e inferior independientes), un espacio para sentarse, una ventana con apoyos en ambos lados, una luz (para indicar el interés por la socialización) y luces de techo para crear una transición entre la privacidad del

apartamento y la naturaleza semi-pública del pasillo. En los Países Bajos, los/as residentes utilizan el pasillo para colgar manualidades y fotos. Esto convierte el espacio público del pasillo en algo mucho más íntimo y personal.

ESTIMULAR LA INTERACCIÓN SOCIAL

24. El rincón cien por cien.

Una mesa con sillas colocada en una zona central es muy atractiva para diferentes grupos durante el día y al atardecer. En el Heritage (Newton, Massachusetts), existen nueve puntos desde los que visualizar los diferentes espacios colindantes, lo que hace de este espacio un lugar muy atrayente para sentarse.



Desde este espacio se puede ver: el parking, la cocina office, el buzón de correos, la sala de actividades, la biblioteca, el conserje, el comedor, el porche y la entrada del edificio. Este espacio también

proporciona fácil acceso al baño, a un porche exterior, buena iluminación, posibilidad de observar la actividad del personal, surtidor de tentempiés, espacio de almacenamiento y provisiones y la actividad que produce la circulación adyacente.

25. El Refugio.

Esto es lo opuesto al rincón 100%. Es un lugar donde las/os residentes pueden ir para estar solas/os o para estar en contacto con la naturaleza. Necesita ser un espacio de calidad que atraiga a las/os residentes. Las características podrían incluir: vistas a un camino, una vista atractiva ya sea cercana o lejana, sombra, lugar que atraiga pájaros u otros animales, un sitio cómodo para dos personas para sentarse y conversar, o que tenga cierta paz y quietud.



26. Espacio socializador.

Un patio es un ejemplo de espacio que promueve la interacción y la comunicación social. En la foto, las sillas y los espacios comunes para sentarse están situados en un patio central, que actúa como espacio compartido. Del mismo modo, el mobiliario –como una mesa para comer– también puede crear un espacio socializador, porque invita a las personas a comer juntas, a reunirse y a realizar actividades en grupo.



27. Pre-visión.

Esta pared acristalada separa una sala común del pasillo, permitiendo que los/as residentes vean el espacio antes de decidir entrar en él. En un lugar donde se vive en comunidad siempre hay personas con las que quieres encontrarte y personas que quieres evitar. Otros métodos son la utilización de rellanos y medias paredes para crear barreras que permitan poder visualizar un espacio antes de entrar.



28. Observación discreta e indirecta.



Lugares como el de la fotografía permiten a los/as residentes visualizar la actividad que se produce en la entrada del edificio. Intrínsecamente son emplazamientos interesantes. A veces, cuando no hay espacios de este tipo, los residentes se agrupan alrededor de la entrada –dentro y fuera- para mirar a otras/os residentes, familiares y visitantes que entran y salen del edificio. Aunque esto puede ser una actividad placentera para algunos/as, puede ser desalentadora e incómoda para otros/as. El truco está en encontrar emplazamientos

donde los residentes puedan observar discretamente este tipo de actividades sin convertirse ellos/as mismos/as en el objeto de las miradas.

29. Pequeñas agrupaciones que animan a la interacción social.



Agrupar viviendas y espacios comunes tiene múltiples beneficios sociales y operacionales. El espacio puede ser tan pequeño como dos puertas adyacentes o una delante de la otra. Las/os residentes que conviven en pequeños grupos tienen más probabilidades de crear amistades y relaciones de ayuda mutua. Estos espacios pueden ser tan sencillos como una sección más amplia del pasillo común o pueden incluir espacios para comer, realizar actividades o conversar. Lo que se preguntan muchos diseñadores es cuál es el número correcto de las unidades (o apartamentos) de convivencia.

¿Son 8 ó 10 ó 12? Para crear un espacio que resulte atractivo se necesita un foco o centro, que puede ser tan simple como una vista, una chimenea, una TV o un sillón confortable para leer.

30. Pasillos que promueven la interacción social.

Cuando la circulación interior y las áreas de descanso están interconectadas, se crea un potente mecanismo de interacción e intercambio social y de formación de amistades. Los pasillos pueden ser utilizados para socializar y circular a la vez. Hay muchos ejemplos en Europa, aunque soluciones como ésta no son tan populares en los EE.UU. –por los reglamentos de seguridad para no obstaculizar la evacuación-. En este ejemplo, los pequeños espacios del pasillo creados frente a las habitaciones, se utilizan para plantas, sentarse, leer e interactuar con los demás. Este espacio tiene vistas al centro medieval de Halmstad, en Suecia. Estas unidades también tienen balcones privados en la parte de atrás de la unidad.



31. Espacios que invitan a las familias.

La implicación de las familias es muy importante, especialmente en el caso de las personas mayores en situación de mayor fragilidad. Se debe disponer de espacios donde las/os residentes mayores y sus familias puedan pasar tiempo juntos fuera de la unidad de convivencia. También tendría que haber espacios de juego para niños, que permitieran que las/os residentes pudiesen observarlos. Esto puede ser tan sencillo como una caja de juegos en un pasillo, o equipamiento para jugar en el exterior. Otros espacios de encuentro tendrían que ser reservados para seminarios y charlas sobre enfermedades, como la demencia, para que los familiares pudieran aprender estrategias de comunicación y adaptación. La participación de las familias en los cuidados es ahora mucho más común que en el pasado.



32. Entretenimiento nocturno.



Muchos/as residentes frágiles tienen poca energía y están muy interesados/as en un entretenimiento pasivo, como son la televisión o las películas/el cine. De todas formas, sus expectativas son altas, por lo que el sonido envolvente, las imágenes de alta definición digital y unos asientos confortables son muy importantes. Las salas para ver películas con el suelo inclinado y los asientos fijos están adquiriendo mucha popularidad. El control de la acústica y la luz ambiental son importantes para crear unas condiciones de visualización excelentes.

33. Clubes y actividades.



Las salas de actividades tendrían que ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a diferentes usos (duras y blandas, sobrecargadas y austeras, oscuras y claras). Deben poder ser utilizadas por una persona sola o por pequeños grupos. Los suelos necesitan ser suficientemente duros para facilitar la limpieza y los derramamientos. La iluminación tendría que ser tanto ambiental como orientada a las actividades. Se debería poder disponer de áreas de exposición para mostrar lo que las/os residentes han creado. El acceso a agua y a un horno es a menudo necesario. Puede que los/as

residentes tengan un nivel de energía y atención menor, por lo que los juegos y actividades tendrían que adaptarse a sus habilidades. Formar clubes alrededor de intereses comunes es una buena manera de identificar hábitos y preferencias comunes de los/as residentes. Una salita para la persona responsable de organizar actividades tendría que estar junto al espacio destinado a actividades.

FAVORECER LA INDEPENDENCIA

34. Apoyar el envejecimiento en el entorno.

Los/as residentes envejecen de forma natural al tiempo que lo hace el edificio. El modelo holandés *apartments for life* tiene como objetivo mantener en ellos a las/os residentes por un período mayor de tiempo. Los apartamentos están diseñados con un diseño universal que se ajusta a los cambios en las capacidades de resi-



dentados ancianos/as. El modelo también adapta las características del servicio. A medida que el/la residente envejece y requiere más ayuda para mantener su independencia, se añaden servicios. La cocina tiene fijaciones que se pueden elevar o bajar para facilitar su uso a las personas que se desplazan en silla de ruedas o que son de estatura baja o alta. Los baños y las cocinas se diseñan para facilitar el acceso y su uso a las personas que utilizan sillas de ruedas y muletas o andadores. También se utilizan puertas correderas para aumentar la accesibilidad. Este movimiento holandés se llama *levenslopebestendige* o viviendas para toda la vida.

35. Terapia con “t” minúscula: combinar ejercicio y fisioterapia.

Los/as daneses/as han tenido mucho éxito desdibujando la línea separadora que hay entre ejercicio y fisioterapia. Tienen una fuerte creencia en el beneficio del movimiento físico y del ejercicio. Se puede ver en lo que gastan en equipamiento y personal en las viviendas con servicios. Muchos centros sociales tienen salas con equipamiento para hacer ejercicio, equipamiento para fisioterapia y salas de fitness. En las piscinas se programan a menudo ejercicios aeróbicos y se diseñan para ser compartidas con las personas mayores de la comunidad.



36. Promover el paseo por el interior.



Uno de los objetivos más importantes en los cuidados de larga duración es animar a las/os residentes a que caminen tanto como puedan. Tendríamos que animar especialmente a aquellos/as que necesitan un andador o un bastón cuadrípode para andar. En el interior del edificio, en los pasillos, tendríamos que tener bancos a una distancia de 35-40 pies unos de otros. El rellano de las escaleras también puede utilizarse para poner un asiento; de esta forma los/as residentes tienen un sitio para descansar y recargar pilas, lo que les anima a utilizar las escaleras. Cuando se traslada

a un/a residente en silla de ruedas a comer, se le está erosionando rápidamente su capacidad, no permitiéndole que haga ejercicio. Los coches eléctricos se están popularizando pero, aunque aumentan la accesibilidad, pueden también disminuir la capacidad de andar por uno/a mismo/a.

37. Tecnología que aumenta y alarga la independencia.



Las computadoras se están utilizando cada vez más para monitorizar/planificar los cuidados y para comunicar más eficientemente el estado de salud a los miembros del equipo y a las familias. También es probable que los robots jueguen un papel importante en el futuro. Su rol será probablemente proporcionar soporte para levantar y mover residentes, así como para comunicarse con ellas/os. Se pueden utilizar para estimulación cognitiva y también para otras muchas aplicaciones.

ESTIMULAR LOS SENTIDOS

38. Reducción de ruidos y olores desagradables.

El ruido y los malos olores son dos de los mayores problemas en los cuidados de larga duración. Las moquetas han sido de gran ayuda para añadir resiliencia y suavizar la reverberación y el ruido no deseado. Sistemas avanzados de aspiración pueden sacar los malos olores de pasillos y espacios comunes. Los materiales con superficies reflectantes y brillantes en paredes y suelos han sido reemplazados por materiales que absorben mejor el sonido. Con los productos personales para la incontinencia que tenemos hoy en día no hay necesidad de preocuparse por las moquetas –como hace 20 años-.



39. Tomar un baño para estimular los sentidos.

Tomar un baño es uno de los grandes placeres que una persona mayor frágil puede experimentar, y aun así continuamos bañándolas en habitaciones que son frías, ruidosas e incófortables. En Holanda comenzó de manera pionera a utilizarse la terapia “Snozlean” de estimulación sensorial, creando ambientes con temperatura más agradable, música suave, aromaterapia, burbujas y entretenimientos en el baño y otras estancias. Los colores, luces, revestimientos para la pared y tratamientos del techo pueden también ayudar a conseguir un ambiente más agradable y relajante.



40. Claraboyas.



La luz que entra en un espacio desde arriba, es natural y atractiva. A veces el control de las sombras puede ser un problema, pero una cubierta ofuscada puede mitigarlo. En conjunción con las plantas, las claraboyas pueden convertir un espacio en un lugar más bonito y acogedor. Lo más eficiente es colocar las claraboyas en la parte más oscura del edificio. También puede ayudar a iluminar lugares oscuros las paredes con apliques integrados, lucernarios, ventanas interiores y paneles de puerta.

DAR AFECTO

41. Animales, plantas y niños.



El amor incondicional de un animal es muy poderoso en cuidados de larga duración. El tema es cómo atenderlo y manejarlo de la forma más apropiada. Algunos lugares adoptan animales para la comunidad, que las/os residentes comparten. El contacto inter-generacional puede ser divertido y muy gratificante para niños/as y residentes mayores. Las plantas también pueden humanizar los lugares y al mismo tiempo proporcionar oportunidades para su cuidado. La ciencia ha demostrado que la visión de plantas en un hospital acorta la convalecencia.

42. Estimular la imaginación mediante detalles que emocionan.

La creatividad, el humor, las imágenes alegres, los chistes y cualquier ilustración divertida o emocionante, traen un efecto positivo. La mayoría de residencias asistidas están decoradas con paredes estériles que no se explotan con temas o cualidades edificantes. La mayoría de la población son mujeres, que probablemente se emocionan viendo imágenes de niños/as y animales. Muchas emociones positivas están atadas a recuerdos destacados del pasado. Objetos o/y accesorios pueden a veces estimular este tipo de recuerdos.



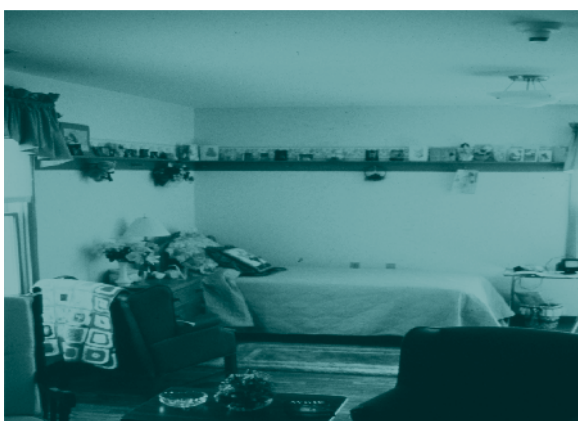
43. Reminiscencia y revivir tiempos pasados.

El museo de recuerdos, integrado en el edificio de viviendas para mayores de la organización no gubernamental Humanitas en Rotterdam, Holanda, contiene una colección de muebles, objetos cotidianos, antigüedades y atributos del estilo de vida de los períodos comprendidos entre el 1920 y el 1950. Ropa "vintage" se utiliza para recordar eventos y experiencias destacadas del pasado (una boda, el servicio militar, un viaje, etc.). Estas estrategias son especialmente poderosas para personas con pérdida de memoria o deterioro cognitivo leve.



DISEÑAR LA VIVIENDA INDIVIDUAL

44. Convertir la habitación en algo propio.



Personalizar la habitación es muy importante. La estrategia más simple es permitir que las/os residentes traigan sus propios muebles, fotografías y objetos decorativos. El objetivo es que la habitación se sienta como propia. En muchos casos es importante crear continuidad con la vivienda anterior. En este ejemplo de Woodside Place en Oakmont, Pennsylvania, se ha añadido un estante para colocar objetos. Observen en la foto el suelo granulado de madera, los muebles personales y la disposición de la iluminación. Esta habitación/apartamento también tiene una “puerta holandesa” que permite una conexión más amigable con el pasillo.

45. Ventanas grandes y repisas bajas.



Las ventanas tendrían que ser como mínimo de 2 m² con alturas de repisa de entre 20 y 24 pulgadas desde el suelo (para facilitar la vista al exterior). Al añadir luz al travesaño (ventanas altas) se permite que entre más luz en la habitación, haciendo parecer la habitación mayor. El truco es conectar el exterior con el interior para permitir a la mente que parte del espacio exterior sea espacio interior. Las ventanas rinconeras también son efectivas y potentes para “romper el espacio”.

46. Un baño seguro.

El baño es uno de los espacios más peligrosos de la casa. También es importante porque puede significar la diferencia entre dependencia e independencia. Poder ir al baño sin ayuda es un signo importante de independencia. Artículos como asideros en inodoros y duchas son muy importantes. También lo es un suelo no deslizante. En este diseño el lavamanos se puede subir, bajar o mover hacia los lados para adaptarlo a una persona que se desplaza en silla de ruedas.



47. Movilizar residentes con discapacidad física.

Lo último que se está utilizando para trasladar residentes con discapacidad física a la ducha o a la silla de ruedas, son los equipos que se cuelgan al techo. Los/as residentes son normalmente mayores y de mayor peso que en generaciones anteriores, lo que crea mayores problemas. El mayor beneficio que tiene utilizar equipos para realizar el traslado de residentes es el de proteger a los/as trabajadores/as de lesiones en la espalda.



48. Balcones y ventanales de estilo francés.



Proporcionar balcones para las personas mayores frágiles ha sido siempre un reto, a causa de los problemas de movilidad debidos a las limitaciones funcionales. También los balcones tienen que tener como mínimo 5-6 pulgadas de anchura para permitir el mobiliario. Recientemente, la idea de utilizar un balcón tipo francés

(balcón-ventana) o un pequeño espacio que pueda cerrarse en invierno y ser utilizado todo el año, ha sido una solución habitual para añadir una fuente de aire fresco y acceso al exterior. Un ventanal saliente también añade variedad a la fachada y permite a los residentes poder abrirlo para respirar aire fresco. Estas soluciones son mucho más comunes en Europa.

INVOLUCRAR AL PERSONAL (Y A LAS FAMILIAS)

49. Personal cercano y competente.



El personal, a menudo trata de promover la participación de las/os residentes en actividades, para que se involucren en éstas. Hoy en día la Wii (vídeo consola) atrae personal y residentes a competir unos contra otros utilizando diferentes juegos. Es muy importante tener al personal y a la familia involucrados en conversaciones sobre los eventos y las actividades de la residencia. El personal debe conocer los deseos y necesidades de los residentes –y hacer todo lo posible para animarles a participar en actividades e implicarse en la vida del centro.

50. Despachos amigables.

Los despachos del personal deben ser abiertos, cercanos y parecer amigables. Las conversaciones profesionales con los/as médicos y cuidadores/as, así como el historial, tendrían que poder ser mantenidos en privado tanto como sea posible. Las ventanas permiten visualizar el interior, pero no necesariamente oír lo que se está diciendo. El mostrador debería estar a la altura del escritorio –y no más-. Este diseño puede estar abierto por uno de los límites con una puerta holandesa, y en el otro estar cerrado con ventanas para permitir privacidad. En servicios descentralizados de menor escala, estos espacios para el personal pueden estar integrados en la cocina de la unidad.



51. Técnicas para prestar cuidados.

Tendríamos que estimular a los/as residentes a hacer todo lo que puedan por ellos/as mismos/as, así como ayudar a otros/as residentes a maximizar sus habilidades. La “filosofía de la inmediatez” hace que demasiada ayuda (que erosiona la auto-motivación y las capacidades) sea peor que poca ayuda incurriendo en la llamada dependencia aprendida. Conocer a los/as residentes y ser capaz de saber cuándo es necesaria una ayuda y cuándo no, no es una tarea fácil. En Europa del norte se aboga por una atención personalizada y adaptada a las capacidades de cada uno. Esta filosofía significa que se interviene de la forma más natural posible –sin distraer el hábito o la habilidad de hacer por sí mismo/a una cosa-.



DISEÑAR PARA LA DEMENCIA

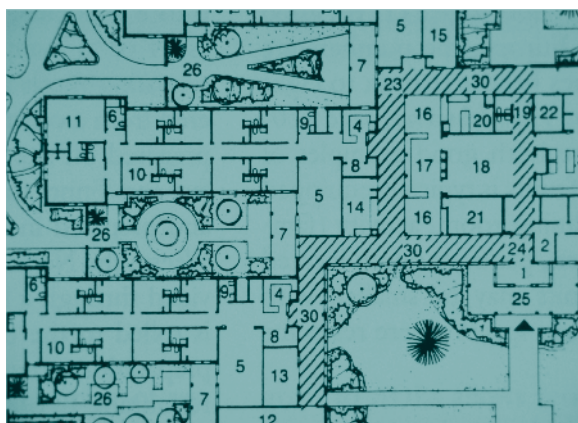
52. Pequeñas agrupaciones.



The greenhouse es una estrategia para organizar los espacios en pequeñas unidades de convivencia para la atención a las personas con demencia, que está creciendo en los EE.UU. Los clústeres/unidades de convivencia tienen su propia cocina y comedor, y las/os residentes disponen de una habitación individual. El carácter hogareño del entorno es muy atractivo y las primeras experiencias han sido muy alentadoras como sustitución de las residencias asistidas convencionales. Generalmente se agrupan entre 6 y 8 apartamentos, creando una masa crítica de residentes que

comparten personal bien pagado y especializado (enfermeros/as, animadoras/es socio-culturales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc.).

53. Paseo interior y exterior.



En Woodside Place, se enlazan las salas de actividades, las áreas de TV, las salas para el desarrollo de habilidades artísticas y las salas de estar, de manera que los/as residentes puedan pasear con un objetivo/propósito y a la vez beneficiarse del ejercicio y de la actividad. Estos caminos en forma de bucle crean un circuito cerrado, en el que los/as residentes vuelven al lugar donde empezó el paseo. Practican ejercicio y a menudo pueden satisfacer la necesidad incesante de caminar y explorar. También se utilizan ventanales transparentes en los espacios donde se realizan actividades, para permitir su observación a lo largo del paseo.

54. Actividades y mobiliario para mantener habilidades de la vida diaria.

Las actividades desarrolladas por las/os residentes durante la vida -como poner la mesa- tendrían que seguir realizándose diariamente (especialmente en los casos de residentes que sufren demencia). Estas actividades pueden incluir tareas como doblar ropa y recoger y lavar los platos. También es efectivo incorporar mobiliario (que es fácilmente montado con una serie de complementos) que permita seguir desarrollando las habilidades. Algunos de los más efectivos son una mesa para maquillaje, un escritorio y una mesa de trabajo para bricolaje (para las actividades de los hombres).



55. Las personas con demencia sólo conocen lo que pueden ver.

Las configuraciones abiertas son particularmente efectivas porque permiten ver de una habitación a otra. Generalmente una persona con demencia no puede imaginar qué hay al otro lado de una puerta o pared. Ha perdido la facultad de comprender de forma independiente la organización espacial. Lo mismo ocurre con la visión del baño desde la cama o la unidad residencial. Si los residentes ven el baño, hay más probabilidad de que decidan utilizarlo cuando lo necesitan.



56. Disimular la salida.



Es importante evitar que los/as residentes salgan de un área residencial segura. De todas formas, en muchos casos sienten la urgencia de fugarse (especialmente en las primeras semanas de su llegada). Una forma efectiva de evitarlo es disimular la puerta de entrada. Otra buena estrategia es poner la salida lejos de la zona más activa e iluminada. Las/os residentes se sienten atraídos por la actividad y por la luz solar/intensa.

57. La atracción por la actividad y las zonas más iluminadas. (fototropismo).



Frank Lloyd Wright utilizaba el fototropismo para direccionar el movimiento de las personas en sus edificaciones. Los residentes se sienten atraídos de forma natural por las áreas donde hay más claridad de luz natural. Las áreas más oscuras con menos luz natural tendrían que contener las oficinas del personal y la entrada.

58. La cocina de uso combinado.

En muchos casos de atención descentralizada –en el norte de Europa-, la cocina se utiliza como un centro de actividades y también como enfermería y oficina ad-hoc. En muchos casos los medicamentos y la documentación (informatizada) necesaria para los cuidados se almacenan allí. En la esquina de esta cocina, hay un estante intermedio con un fax, un ordenador (arriba a la izquierda) y medicamentos (arriba a la derecha). También hay un mostrador abierto para tomar anotaciones en el historial mientras se está sentado o de pie.



59. Espacios abiertos para las personas con demencias.

Los/as residentes tienen a menudo ansiedad por caminar y dar una vuelta y cuando hay buen tiempo les gusta caminar por el exterior. Los espacios más atractivos para ello son los que están en medio de actividades, y/ o desde donde éstas se pueden observar. Los espacios que están conectados al edificio y que tienen asientos confortables y con control de sombras son muy populares. También se puede orientar a los residentes a salir al exterior teniendo en la entrada un espacio con abrigos, paraguas e impermeables. En Woodside, los/as residentes caminan por la nieve y bajo la lluvia en un área exterior protegida y vallada.



60. Un vitrina para la orientación y la información.



Una vitrina cerca de la entrada de la habitación de los/as residentes puede ayudar a transmitir parte de su historia personal, basada en fotografías y recuerdos destacados. Esta gran e iluminada vitrina de la foto permite valorar fácilmente los objetos que se han colocado allí. Aunque el/la residente no pueda explicar su historia, los objetos pueden hacer un buen trabajo poniendo el marco de la narración, que puede ser complementada por el personal o por los familiares. Estos objetos familiares también permiten al residente la identificación de su entrada privada.

CONCLUSIONES

Estos 60 ítems son características importantes que se pueden utilizar para crear un entorno más amigable para el personal, residentes y familiares. Algunos son ajustes triviales que implican hacer cambios de mobiliario o en su distribución, en las paredes o el suelo, mientras que otros no pueden ser implementados a no ser que se hayan considerado desde el inicio del proceso de diseño.

Aunque no disponemos de datos sobre el coste-beneficio de estas ideas, sabemos que cuanto más apoyemos y motivemos a los/as residentes a ser independientes, mejor serán sus vidas y la instalación será menos costosa de operar.

Tanto los/as residentes como sus familiares se guían normalmente por el atractivo del entorno –de hecho es una de las principales razones para trasladarse a un lugar en particular-. Pero se van, sin embargo, a causa de problemas en la atención o en la gestión de la misma.

Aunque el aspecto del edificio les lleve a la puerta de entrada, para mantenerles satisfechos/as hay que seguir prestándoles una atención excelente.

BIBLIOGRAFÍA

Alexander, Christopher, S. Ishikawa, M. Silverstein, A Pattern Language: Towns, buildings, Construction, New York: Oxford University Press, 1977.

Brawley, E.C. (2006) Design Innovations for Aging and Alzheimer's, New York: Wiley.

Perkins, B, J.D. Hoglund, D. King and E. Cohen (2004) *Building Type Basics for Senior Living*, New York: Wiley.

Regnier, V. (2002) *Design for Assisted Living: guidelines for Housing the Phisically and Mentally Frail*, New York: Wiley.

Regnier, V. (1994) *Assisted Living Housing for the elderly: Design Innovations from the United States and Europe*, New York: Wiley.

Zeisel, J (2006) *Inquiry by Design*, New York: W. W. Norton and Company.

SEGUNDA PARTE: INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

INNOVACIONES EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

segunda parte:

Innovaciones y tendencias de futuro en el modelo de atención a personas en situación de dependencia en España.

1. El Proyecto Etxean Ondo, promovido por el Gobierno Vasco.
2. Tendencias de futuro en la atención residencial de personas mayores de la C.A. de Castilla y León.
3. Alojamientos para personas con discapacidad en Álava.
4. Planificación centrada en la persona (PCP) en residencias de personas mayores. La experiencia de Caser Residencial.
5. Avances en diseño y modelo de atención centrada en la persona. La Residencia de San Camilo (Madrid).
6. Humanizar el cuidado a los mayores en centros residenciales.
7. Modelos de apoyo para una vida independiente. Una propuesta desde las personas con discapacidad.
8. Residencial Santa Clara de Málaga. Una iniciativa de las personas mayores.
9. La opinión y los deseos de las personas mayores.
10. La residencia en la que nos gustaría vivir.
11. Coste efectividad, economías de escala y tamaño de los centros residenciales para personas mayores y con discapacidad.

SEGUNDA PARTE: INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

EL PROYECTO ETXEAN ONDO, PROMOVIDO POR EL GOBIERNO VASCO.

MIREN AMILIBIA

Directora de Alta Inspección de los Servicios Sociales.

INTRODUCCIÓN

En principio se va a presentar un somero relato de la normativa básica que posibilita el desarrollo de este proyecto piloto que se fundamenta en la investigación-acción sobre nuevos modelos de atención a personas en situación de discapacidad, dependencia y envejecimiento, en el marco de la estrategia de innovación sociosanitaria que desarrolla el Gobierno Vasco en esta legislatura.

Con la intención de avanzar en la construcción de un modelo de atención cuyo punto de partida sea la atención centrada en las necesidades de las personas que precisan de apoyos y que residen en su domicilio o en un entorno residencial, el centro gerontológico, de manera que éste se convierta en un entorno hogareño, adaptándolo a las necesidades particulares de cada una de las personas.

Dicho modelo pivota sobre dos principios conceptuales:

- La atención se centra en la persona, sus preferencias y necesidades.
- Las personas desean permanecer en su entorno habitual: vivir en casa y, si esto no es posible, vivir como en casa.

Finalmente se presenta el Proyecto Etxean Ondo, -vivir bien en casa, o como en casa-, que defiende que las personas en situación de discapacidad, dependencia o envejecimiento, pueden y tienen el derecho de ser atendidas lo mejor posible utilizando el modelo de atención integral y centrado en la persona como un medio facilitador de tal objetivo.

NORMATIVA

La ley 12/2008 de Servicios Sociales, reconoce *el derecho subjetivo al acceso a los 40 servicios y prestaciones determinados en el catálogo de servicios sociales, ampliando así los derechos reconocidos en la LAPAD* para las personas en situación de dependencia a otras situaciones como la discapacidad, la desprotección o la exclusión. Y establece el año 2016 como año de entrada en vigor pleno del derecho subjetivo.

La mencionada Ley 12/2008 reconoce el ámbito sociosanitario como uno de los principales

espacios de colaboración entre sistemas, y emplaza a la creación de un Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, con participación de las administraciones competentes en los dos sistemas (sanitario y de servicios sociales) que en su sesión de febrero de 2011 aprobó el documento marco de líneas estratégicas para la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Este Plan de atención sociosanitaria establece diversos planes operativos a nivel territorial, de los que es responsable cada una de las diputaciones forales, y una serie de objetivos autonómicos, cuya responsabilidad recae en el Gobierno Vasco; entre ellos destaca la promoción de la innovación en el ámbito de la atención sociosanitaria.

Por otro lado, el departamento de Sanidad del Gobierno Vasco está trabajando de manera intensa la estrategia para afrontar la cronicidad, definiéndola como una *“Intervención estructural organizada sobre el Servicio vasco de salud que complementa las medidas de gestión que se están tomando para afrontar la crisis económica; y en la que la persona y su entorno pasa a ser el foco de atención del sistema que debe responder a las necesidades cambiantes del paciente”*. Esta estrategia se desglosa en 14 proyectos estratégicos entre los que se encuentra *“la colaboración sociosanitaria”* y *“la innovación desde los profesionales clínicos”*.

Por último, el Plan de ciencia, tecnología e innovación 2015 del Gobierno Vasco, establece el envejecimiento como una línea estratégica definida *“como palanca para incrementar la calidad de vida de la sociedad vasca a través de una mejora de los servicios asistenciales y el desarrollo de nuevas aplicaciones; así como nicho de oportunidad empresarial a través de la generación de un parque de empresas suministradoras de productos y servicios que puedan competir a nivel global”*.

Según el marco normativo al que se ha hecho referencia, y haciendo referencia específicamente al desarrollo de la LAPAD y la Ley vasca de Servicios Sociales, ésta determina un ámbito institucional plural y complejo, por lo que nos encontramos con que **la cooperación interinstitucional es el primer gran reto del proyecto:**

- Para todo lo referido al Sistema de servicios sociales, participan el Gobierno Vasco, las Diputaciones y los Ayuntamientos,
- Por parte del sistema sanitario, las direcciones territoriales y las gerencias de atención primaria.

Importa explicitar que nuestro marco normativo actualmente existente:

- Recoge el derecho subjetivo de las personas a la cartera de prestaciones y servicios en el sistema de SSSS.
- Facilita que se puedan desarrollar este tipo de programas piloto.
- Establece un Modelo integral de intervención en el que se preserve la dignidad de las personas, sus derechos y preferencias.

- Indica el establecimiento de la necesaria coordinación sociosanitaria y de la cooperación interinstitucional.

Por lo tanto, vemos que existen diferentes actuaciones y estrategias en el Gobierno Vasco encaminadas a promover la innovación en los modelos de atención a las personas en situación de dependencia, discapacidad o envejecimiento, desde una perspectiva de colaboración entre los sistemas de sanidad y de servicios sociales, que sitúan a la persona en el centro de la intervención.

Para desarrollar este proyecto el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco firmó un Convenio con la Fundación Matía Ingema a través de cual se está haciendo posible:

- La investigación y desarrollo de diferentes proyectos que pretenden generar un conocimiento sólido y contrastable, abordando unos procesos que nos permitan comprender mejor en Euskadi los mecanismos y procesos de envejecimiento de la población (investigación).
- Que permitan sentar las bases y proveer de evidencia científica el proceso de cambio de modelo de atención (innovación y desarrollo) caracterizado por la provisión de servicios segmentados: domiciliarios o institucionales, sociales o sanitarios o sociosanitarios.
- Que faciliten el conocimiento para la construcción de un nuevo modelo basado en la atención integral y centrada en la persona cuyo punto de partida sea la vivienda o, en su caso, el centro gerontológico.

PROGRAMA ETXEAN ONDO

El principio básico del programa *Etxean Ondo* se encuentra en la lógica del modelo Housing, que integra la idea de vivir bien en casa, pero que también se extiende a la vida en un centro gerontológico, cuando éste se transforma para parecerse lo máximo a un hogar.

El proyecto Etxean Ondo en domicilios, se desarrolla en cinco municipios guipuzcoanos, y atiende a 150 personas, con un grupo control de otras 150. Consiste en convertir el domicilio en el centro de atención a la persona, integrando diferentes servicios, de ayuda a domicilio, de teleasistencia avanzada, de servicios de proximidad, de apoyo a cuidadores informales, de integración de servicios sanitarios y sociales, de voluntariado, asignando un profesional de referencia bajo la metodología de gestión de caso.

Paralelamente, se están realizando diferentes estudios en relación a los perfiles profesionales emergentes, a los costes y la efectividad del modelo, y a la necesaria adecuación del marco normativo al cambio de modelo.

El programa Etxean Ondo está basado fundamentalmente en una atención integral centrada en la persona respetando el:

a) **Principio de autonomía.** Las personas destinatarias de los programas tienen **derecho a mantener el control sobre su propia vida** y, por tanto, siempre podrán actuar con libertad. Que conlleva el:

- **Criterio de diversidad.** En el proceso de planificación debe tenerse en cuenta este criterio y realizar un diseño en el que se contemple una oferta diversificada de respuestas ante las necesidades capaz de componer un abanico amplio de posibilidades que facilite la elección para el ejercicio de la autonomía. Cuestiones como la edad de la persona, su grado de dependencia, su estilo de vida, sus redes de apoyo, su cuidador/a habitual, su biografía, sus gustos y preferencias, etc., han de ser tenidos en cuenta a la hora de planificar de manera personalizada cada caso y de diseñar los apoyos precisos para desarrollarlo.

Por tanto, la metodología de trabajo en los diferentes programas y servicios se enfocará de tal manera que las personas muestren sus preferencias y puedan elegir entre opciones diversas relacionadas con los procesos que les afecten (tipo y horarios de comidas, gustos en el arreglo personal para mantener su imagen, relaciones familiares y sociales...).

b) **Principio de continuidad de atención.** Las personas con discapacidad y aquéllas que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera **continuada y adaptada permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso.** A lo largo de toda la vida. Que conllevan los:

- **Criterios de coordinación y convergencia.** En las planificaciones que se desarrollen hay que contemplar mecanismos formales y estructurados de coordinación y complementación para que los recursos puedan adaptarse al proceso de la discapacidad, la fragilidad o la dependencia, que siempre es cambiante a lo largo del tiempo. Esta coordinación se refiere tanto a los diferentes recursos, prestaciones y niveles de los servicios sociales, como entre los diferentes sistemas cuando han de intervenir conjuntamente en la atención de los casos **especialmente, social y sanitario.**

Es un proyecto que prevé presentar desarrollos innovadores en política social y que requiere de la coordinación sociosanitaria y de la cooperación interinstitucional.

ETXEAN ONDO EN RESIDENCIAS

El proyecto Etxean Ondo en residencias, se desarrolla en el centro gerontológico Lamourous en San Sebastián, - gestionado por la Fundación Matía -, bajo la metodología de atención centrada en la persona, convirtiendo el ámbito residencial en un marco similar al domicilio, incorporando en la vida diaria de las personas residentes actividades cotidianas existentes en el domicilio.

Este es un proyecto que pretende:

- Aglutinar las mejores prácticas asistenciales.
- Permite conocer los resultados en las personas residentes, en los familiares y en los trabajadores.
- Lo que facilita la definición de las nuevas tareas y las competencias asociadas a ellas.
- El impacto en la gestión económica.
- y la interacción, si la hubiera, en la normativa aplicable.

Las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad.

Con este proyecto piloto se quiere comprobar si la implantación de un cambio de modelo en los centros gerontológicos puede mejorar la calidad de atención de la personas, así como lo que puede suponer en temas presupuestarios, modificaciones de normativa, modificaciones de infraestructuras, e incluso de cambios o redefinición de perfiles profesionales.

Este modelo, que ya se está experimentando actualmente, ha hecho que el entorno residencial se convierta en un entorno hogareño, que incorpora y se impregna de una filosofía de atención que conlleva cambios en las formas de atención y de prestación de los servicios, en los que las personas son el centro de atención y convivencia. Los espacios se convierten en espacios de habitabilidad convivencial similares al domicilio en los que las personas pueden tomar decisiones cotidianas que afectan a la forma de la vida cotidiana de las personas en la medida de sus posibilidades.

Los profesionales de referencia actúan y se responsabilizan integralmente de los apoyos necesarios de cada persona, como si estos apoyos fueran dados en su propia casa, a sus familiares, y van adaptando los cambios en la atención según los diferentes días que tenemos las personas, con los pequeños cambios que se producen en nuestro comportamiento diario. Cotidiano.

Las profesionales de referencia son las que toman las decisiones para que se vayan adaptando a aquellas pequeñas modificaciones que se producen en la cotidianeidad de la intervención y de la convivencia y en el transcurrir de la vida de una persona con las características de persona dependiente y con necesidades de cierto tipo de apoyos.

Pasar de la atención centrada en los servicios que se deben de prestar a los residentes, a la atención centrada en la persona, y en sus necesidades, y por lo tanto en la cobertura de apoyos que respondan específicamente a su realidad y sus necesidades diferenciales nos lleva YA a observar, después de tres meses de llevar experimentando este tipo de metodología, lo siguiente:

- Las personas están más activas en el desarrollo de tareas cotidianas, como puede ser algo tan sencillo como poner la mesa, recogerla, introducir el menaje en el lavavajillas...

- Las personas no se limitan a estar sentadas esperando que las auxiliares, terapeutas, enfermeras, etc. les preparen las cosas o les indique lo que deben de hacer.
- Las personas se mueven, se movilizan y dialogan más entre ellas, y con los profesionales, se fomenta el espíritu solidario, la posibilidad de cómo se pueden organizar en su vida cotidiana, aplicar sus sugerencias y también, por qué no, la expresión de rechazo cuando no están de acuerdo entre ellos o con el método establecido.
- Las profesionales de referencia son las responsables directas de los usuarios.
- Los profesionales de referencia comen con ellos.
- Los profesionales de referencia ya no usan el uniforme, van vestidas como en casa.

En definitiva, antes estaban en actitud pasiva esperando que se les indicara lo que deben o pueden hacer, que podía ser algo ajeno a sus propios intereses, y pasan a decidir qué es lo que pueden y quieren hacer.

Han desaparecido las sesiones grupales de actividades ocupacionales al uso tradicional, que en la mayoría de los casos anteriormente nunca habían desarrollado, y por lo tanto pueden tener un escaso interés en participar. Y sin embargo, se presentan actitudes proactivas para desarrollar actividades como poner la mesa, servirse la comida, recogerla... ir a la compra.

En el anterior modelo –basado en los servicios a prestar por parte del centro- los diferentes trabajadores tenían todo perfectamente planificado para que estuviera garantizada la prestación de los servicios –previamente establecidos- que cada residente debía de recibir. Sin preguntarle a la persona lo que opina sobre el particular, sin conocer si esas actividades son de su agrado o no, si se realizan en los tiempos que a la persona le conviene, etc.

Ahora, recibiendo y garantizando la atención de cuidados y apoyos precisos, centrando la responsabilidad en los profesionales de referencia, se interviene desde otra perspectiva y, de momento, se presentan resultados como estos:

- Se parte del conocimiento y respeto de la historia de vida de cada persona. Por lo tanto se tiene en cuenta su voluntad.
- Se evita el uso de restricciones físicas y/o químicas.
- Se realiza un proyecto de intervención individual basado en las diferencias personales de cada uno y se priorizan las actividades a realizar, con la participación de cada persona.
- El profesional de referencia decide cuándo y cómo se prestan los apoyos, bajo la supervisión del equipo técnico.
- Siempre se busca el debido equilibrio que debe de existir en la cobertura de las necesidades

en materia de salud y seguridad que precisan las personas y que los profesionales competentes son capaces de identificar.

El trato digno en la atención a las personas mayores en situación de dependencia se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico, la máxima independencia y control de la vida cotidiana posibles, desde el marco de la atención integral y de la calidad de vida de los individuos. Y se concreta en aspectos de la atención cotidiana como:

- a) su bienestar físico y emocional,
- b) el respeto y apoyo a sus decisiones y preferencias en relación con su vida cotidiana,
- c) la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores,
- d) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad,
- e) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal,
- f) el fomento de la inclusión social o
- g) el respeto a la edad adulta.

La principal característica que define a los denominados modelos de atención orientados en la persona, frente a otros modelos tradicionalmente diseñados desde la óptica de los servicios, es que reconocen el papel central de la persona usuaria en su atención y, en consecuencia, proponen estrategias para que sea ella misma quien realmente ejerza el control sobre los asuntos que le afectan. Esta es la principal aportación y lo realmente innovador de estos modelos frente a los que se orientan a los servicios, en los que aun estando entre sus objetivos la atención personalizada, el individuo tiene un papel más pasivo y se sitúa como receptor de servicios, siendo los profesionales desde su rol de expertos quienes prescriben lo que consideran más adecuado a sus necesidades individuales.

En la actual provisión de servicios, este enfoque requiere un claro conocimiento de algo que no es fácil de saber y es el de definir y conocer el actual modelo de atención. ¿Lo tenemos identificado? ¿Sabemos realmente cuáles son los principales indicadores de su bondad y del impacto para los diferentes agentes implicados?

En la primera parte del proyecto de investigación, el equipo de atención residencial de Matía Lamourous identifica aquellos aspectos clave que diferencian los modelos de atención de calidad actuales, basados en la prestación de servicios y los modelos de atención centrados en la persona.

Modelo éste utilizado en los países nórdicos y en países norteamericanos y que se concretan en la potenciación y apoyo en el domicilio, o en el ámbito residencial, en aplicación de cuidados evitando el uso de restricciones, la incorporación de lo que nos enseña la historia de vida en la planificación de cuidados, y lo más importante, poner como prioritaria la voluntad y primacía de las personas atendidas. Todo ello equilibrado con las necesidades que en materia de salud y

seguridad que dichas personas necesitan y los profesionales competentes de atención identifican.

Cuando se piensa en la forma de aplicar este modelo con estos cuidados, se piensa también en el entorno físico que contribuye a que el cuidado sea “como en casa”, es decir, se provea desde unidades de convivencia con pocas personas atendidas por profesionales estables, que tengan empatía con los usuarios y con conocimiento de la historia de vida y las preferencias que presentan. Esto complica aún más la provisión de los cuidados con este enfoque ya que no es fácil diseñar espacios y unidades con pocos residentes, por una parte porque puede encarecerse la prestación del servicio y, por otra parte, no es fácil asignar cuidadores fijos a estas unidades ya que las cargas asistenciales no son homogéneas entre unidades y puede corresponder la máxima siempre a los mismos trabajadores si no rotan; salvo que se tenga en cuenta también este factor al asignar las habitaciones, etc.

Dichas unidades de convivencia deberán además contar con espacios, utensilios y equipamientos que permitan incorporar actividades cotidianas al día a día de los residentes sin prescindir por ello de los servicios del centro, si queremos introducir las estrategias de las que estamos hablando.

En definitiva, muchos son los aspectos que desde la perspectiva del nuevo modelo deben ser revisados si se pretende dar un vuelco definitivo al modelo de atención. Se debe de dar un cambio en el enfoque de todos los profesionales del centro para incorporar a los usuarios en tareas cotidianas de la mejor manera posible y la implicación que ello conlleva. Se precisarán también cambios de infraestructuras, pero no se puede olvidar el impacto en la normativa y legislación necesario, ni el nuevo modelo económico que de este nuevo enfoque se deriva.

Como tampoco se pueden olvidar elementos ligados a prácticas cotidianas en la atención *como son el uso de restricciones físicas y/o químicas que inciden de forma directa en la limitación de la libertad de acción, cuestionándose en este momento su beneficio en el control que esas medidas tienen en los residentes.*

ASPECTOS CLAVES O ELEMENTOS DEFINITORIOS DEL NUEVO MODELO:

- Unidades de convivencia.
- Diseños modulares con personal y funcionamiento.
- Personalización de los ambientes.
- Profesionales de referencia.
- Centro libre de restricciones.
- Historia de vida como elemento definitorio de los programas de intervención.
- Intervenciones ligadas a vida cotidiana.
- Calidad de vida.
- Equipos interdisciplinarios de atención.

- Sistemas de información como apoyo a la orientación de la atención a los profesionales.
- Familias como participantes en el plan de atención.
- Familias como objeto de atención.

RESULTADOS ESPERADOS

- Cuidadores y profesionales involucrados con gran implicación, conocimiento y satisfacción.
- Demanda competente de servicios sociales y sanitarios especializados.
- Satisfacción de usuarios y familias.
- Conocimiento real de los aspectos diferenciados implicados en los cuidados, sean estos hosteleros, asistenciales para la dependencia y asistenciales para garantizar salud y seguridad.

SEGUNDA PARTE: INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

TENDENCIAS DE FUTURO EN LA ATENCIÓN RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES DE LA C.A. DE CASTILLA Y LEÓN.

JESÚS FUERTES

Gerente de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

RESUMEN

Se presentan en esta colaboración las líneas de trabajo abiertas en Castilla y León orientadas al cambio de modelo de atención en residencias para personas mayores. Se propone ir hacia un modelo distinto al institucional, con centros multiservicios organizados en pequeñas unidades de convivencia, en el que cada persona mayor y su proyecto de vida sean el eje.

INTRODUCCIÓN

Una atención centrada en las necesidades de las personas requiere que a la hora de planificar o intervenir se contemplen todos los ámbitos que nos constituyen como tales. Surge así la necesidad de actuar desde diferentes ámbitos mediante la coordinación entre niveles o sectores de intervención.

A este respecto, en la Comunidad Autónoma de Castilla y León se han alcanzado una serie de **acuerdos en materia sociosanitaria** que, en resumen consisten en:

- Atención al ciudadano:
 - Plan de prevención de la dependencia.
 - Atención temprana.
 - Atención en domicilio.
 - Atención en centros de personas mayores y de personas con discapacidad.
 - Atención sociosanitaria a personas drogodependientes.
- Salud mental.
- Profesionales.
- Gestión, procesos e intercambio de información.

En cuanto se refiere a la atención que desde los centros para personas mayores o con discapacidad se presta, el acuerdo contempla la creación de los siguientes servicios o actuaciones:

- Farmacia hospitalaria (depósito de medicamentos en los centros públicos dependientes de la C.A., con extensión a CCLL y centros concertados).
- Unidades de Convalecencia de media y larga estancia Sociosanitaria.

- Implantación progresiva de la atención sanitaria en centros de mayores y centros de personas con discapacidad desde el sistema sanitario público, asumiéndose la perspectiva de la atención a los ciudadanos en su residencia habitual.
- Formación (Profesionales sanitarios y profesionales de servicios sociales).

Pero es verdad que en el camino hacia el cambio de modelo partimos de una situación que no siempre lo favorece. En concreto, se señalan algunas de las dificultades que se presentan en esta Comunidad:

- Si desde los centros ahora autorizados se decide ampliar la oferta de plazas, sería necesario generalmente acometer reformas en la totalidad del centro con el fin de adecuarse al Decreto 14/2001, siendo esto muy difícil, incluso imposible en algunos casos.
- Desde la literatura científica se señala que entre las características que debieran reunir las residencias para resultar más atractivas a sus potenciales destinatarios se encuentra la disponibilidad de habitaciones individuales que se puedan personalizar y que garanticen la privacidad y la intimidad; sin embargo la realidad nos muestra que existen centros autorizados con habitaciones triples y hasta de cuatro plazas.
- Hay consenso en admitir que el hecho de estar cerca del 8% de cobertura, superando el 11% en algunas zonas, pone en riesgo la viabilidad del sector. De hecho, existen centros con un alto número de plazas vacantes (en algunos casos el 30% de su capacidad total).
- Las exigencias del Decreto 14/2001, con relación al personal sanitario, son muy difíciles de cumplir, sobre todo con relación al médico y a las enfermeras, fundamentalmente en el medio rural y en los centros de tamaño mediano y pequeño.
- En algunos centros la descoordinación con el Centro de Salud está generando continuos conflictos. No se asume la obligación de la atención sanitaria por algunos profesionales del SACYL.
- El Consejo territorial del SAAD ha establecido unas ratios mínimas de los profesionales de atención directa para 2011, y ha planteado algunos otros requerimientos.
- Se plantea la necesidad de establecer cuál debe ser el papel de los servicios sociales dentro del contexto de la Ley de Dependencia, habida cuenta que la atención sanitaria a las personas mayores la encomienda al Sistema Nacional de Salud.
- Necesidad de regulación normativa de la acreditación de los centros y servicios para atender a las personas en situación de dependencia.

Si a todo ello le añadimos que vivimos una época de crisis económica aguda, se concluye que

estamos obligados a ser prudentes a la hora de plantear soluciones a los problemas detectados. Se persigue, por tanto, que las medidas que se lleven a cabo no incrementen los costes para los titulares de los centros, las personas usuarias, o los conciertos que se establezcan. No obstante, la demanda social de un modelo de atención residencial alternativo al vigente, llama a la Gerencia de Servicios Sociales y a los representantes del sector, a generar una normativa de consenso en favor de este cambio.

LAS RAZONES PARA EMPRENDER EL CAMBIO DE MODELO

Este es el momento: Llegados a un punto en que hemos alcanzado la máxima extensión de la red de centros de mayores (aspecto cuantitativo), y habida cuenta de los logros en las tasas de cobertura, es la hora de atender ahora a lo cualitativo.

El reto, por tanto, ya no es ofrecer un mayor número de plazas, sino lograr que las personas mayores deseen acudir a nuestros centros. Se trata de trabajar para que las residencias se perciban como un lugar idóneo al que trasladarse cuando se requieren cuidados, y no como un lugar a evitar, al que se recurre como última opción una vez agotadas todas las demás alternativas. Consideramos que la supervivencia del sector depende de que se avance en esta dirección.

Conocemos las experiencias que tienen lugar en otros países (Países Nórdicos, Benelux, Alemania, EE.UU., Canadá...), que constituyen una referencia y un incentivo en avance en la implantación de un modelo centrado en la persona. Y podemos encontrar experiencias más cercanas en nuestro país, pues los centros de personas con discapacidad hace tiempo que están trabajando en esta dirección.

En consecuencia, la línea de mejora que en nuestra C.A. estamos impulsando se concreta en Especificaciones Técnicas (que se constituyen como innovación) como las siguientes:

- Los requisitos de infraestructura a cumplir cuando se realicen ampliaciones de los centros ya autorizados serán los determinados por la nueva normativa que introduce el Decreto que tenemos en elaboración en la zona de ampliación, y conforme a la anterior normativa en la parte del centro ya autorizado.
- Los nuevos centros y las ampliaciones llevadas a cabo en los ya autorizados, se organizarán conforme a unidades de convivencia.
- Los centros residenciales con unidades sociosanitarias contarán con doble autorización. Los servicios sanitarios a desarrollar en estas unidades deberán estar autorizados por la Consejería de Sanidad.

- Se establecerá un plazo para que los centros que cuenten con habitaciones triples y cuádruples pasen a tener habitaciones dobles. Cuando la capacidad de centro sea superior a 60 plazas, al menos el 10% del total deberán ser habitaciones individuales.

CENTROS MULTISERVICIOS

Los cambios que se pretenden generar no sólo atañen a la manera en la que se presta la atención residencial; el objetivo es fomentar que los centros para personas mayores pasen a ser polivalentes y multiservicios, es decir, que se dispensen desde el mismo distintos tipos de servicios destinados también a personas que continúan viviendo en su domicilio. De esta manera, un centro que ofrece servicios residenciales, de centro de día o centro de noche, podrá también procurar ayuda a domicilio, servicios de lavandería, comedor, talleres, teleasistencia, etc.

Es un cambio hacia un modelo de centro más abierto, flexible y de mayor calidad, que se adapta mejor a las nuevas demandas de la ciudadanía. Pero además los cambios también van dirigidos a garantizar la viabilidad y supervivencia de la red de centros.

NUEVO MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES

Se aspira a que las residencias pasen a constituir un hogar para las personas usuarias.

El proyecto de vida de cada persona constituye el eje de la planificación para su atención, por lo que ha de contarse con conocimiento de su biografía y elaborar para cada persona una historia de vida, con el fin de garantizar que sus deseos y preferencias serán tenidos en cuenta en las intervenciones.

Se trata, en definitiva, de un cambio de enfoque que afecta radicalmente a su concepción, tal como se expresa el cuadro siguiente:

DE	A
El hospital, el centro, la institución	Mi hogar / mi casa
Vivir en grandes espacios comunes	Vivir en unidades de convivencia
La prioridad de la salud	La dignidad
Historia clínica: Acento en la enfermedad o la dependencia	Plan de vida: Autodeterminación
La gestión como eje: La organización, el control, el personal...	El usuario como eje: ¿Qué quiere, cómo le gustaría vivir, cómo se siente?
Yo sé lo que le conviene	Dime lo que quieres: Existen las limitaciones, pero siempre se puede hacer algo
Cuidar de	Apoyar la autonomía de
Todos para todos: Visión fragmentada de cada profesional	Coordinador personal: Visión global del profesional de referencia
Aquí vas a estar muy bien	Cómo te gustaría vivir
Informamos a la familia	La familia participa
NUESTRO	SUYO

Para lograr un entorno hogareño es preciso generar un modelo de trato personal y familiar, alejado de los modelos institucionales.

Los espacios son también clave a la hora de crear una sensación de hogar. Se propone una estructuración basada en unidades de convivencia, de no más de diez habitaciones, y alrededor de 12 personas.

Estas unidades de convivencia podrán ser:

- Ordinarias.
- Psicogeríatricas.
- Sociosanitarias.

Y un mismo centro podrá contar con varias de ellas.

Las unidades de convivencia, que estarán delimitadas, identificadas y diferenciadas, se compondrán de zonas comunes, habitaciones de las personas usuarias y los espacios y dotaciones necesarias para el lavado y planchado de la ropa de éstos.

Los espacios comunes de cada unidad tendrán una zona de cocina y comedor, sala de estar y de actividades. En caso de ser una superficie indivisa, deberá medir al menos 60 metros cuadrados útiles; pero si se compartimenta en dependencias separadas, la cocina-comedor alcanzará los 20, la sala de estar y de actividades 50, y cada habitación no será inferior a 17 metros cuadrados útiles.

En referencia a las habitaciones, deberán contar además con un baño propio, serán de uso individual o doble cuando a iniciativa de la persona usuaria, por razones de parentesco o afecto, o por recomendación técnica, decida compartirla.

El centro pondrá a disposición de las personas usuarias que lo soliciten una cama supletoria para uso de los familiares cuando decidan permanecer en la habitación acompañando a la persona residente. El acceso a la cama supletoria, así como las circunstancias que deben concurrir para que se produzca este uso por el entorno afectivo de la persona usuaria deberá quedar regulado en el reglamento de régimen interior del centro.

Las habitaciones serán personalizables por la persona usuaria que vaya a ocuparlas como residencia permanente, y la entidad titular o gestora del centro estimulará y facilitará el traslado de los elementos de personalización, que pueden consistir en la totalidad de los componentes muebles y cortinas, a excepción de la cama.

Cuando un residente no desee personalizar la habitación con mobiliario propio, la dotación

mínima contendrá al menos, una mesilla con ruedas, una mesa, una silla, un armario individual y cortinas, visillos o estores.

ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN EN EL CENTRO RESIDENCIAL

Los centros residenciales contarán con las siguientes estructuras de coordinación, para la programación, la coordinación técnica y la evaluación de la intervención individualizada.

El Equipo Técnico

Le corresponde al equipo técnico, entre otras funciones, la valoración integral de las personas al ingreso, la asignación del coordinador personal de referencia y su unidad de convivencia y la elaboración, con la participación de la propia persona y el coordinador personal, del Plan de Atención y Vida de cada caso.

El coordinador personal de referencia

Es el profesional de atención directa encargado de desarrollar el Plan de Atención y Vida de la persona asignada, ser la persona de referencia y servir de enlace con la familia. Colaborará en los apoyos de todas las personas de la unidad de convivencia a la que esté asignado. Ningún profesional tendrá a su cargo más de cuatro personas.

El Equipo de Atención Directa

Está constituido por el personal de atención directa de cada unidad de convivencia y garantizará la continuidad de la atención a las personas de la unidad de convivencia a la que estén asignados.

PARA LA REFLEXIÓN

Como es natural, a lo largo de este proceso de cambio surgen una serie de cuestiones aún por resolver sobre las que toca reflexionar; nos referimos a aspectos como:

- La conveniencia o no de que existan Unidades/centros de carácter específico (destinado a personas con Alzheimer).
- La definición de los perfiles que resultan más adecuados para los profesionales de atención directa que prestan los apoyos (auxiliares de enfermería, técnicos en atención sociosanitaria, auxiliar de ayuda a domicilio...).

- Desarrollar actividades para la vida cotidiana de los residentes que eviten diseño sanitarios, infantilización del trato, etc.
- Los límites a la autodeterminación del residente (seguridad, responsabilidad vs. calidad de vida, autonomía).
- El valor de la normalización en el acceso a las prestaciones sanitarias del sistema de responsabilidad pública.

SEGUNDA PARTE: INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

ALOJAMIENTOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ÁLAVA.

FRANCISCO JAVIER LETURIA

Subdirector Área personas con Discapacidad. Instituto Foral de Bienestar Social.
Diputación Foral.

1. ATENCIÓN INTENSIVA PARA PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD

Las personas adultas con discapacidad que, debido a su elevado grado de dependencia, precisan de una atención intensiva disponen, siguiendo los datos del Observatorio de Servicios Sociales de Alava, [www. Arabakobehatokia.net](http://www.Arabakobehatokia.net), o www. Alava.net/ifbs/, de 501 plazas en servicios de alta intensidad: 273 de ellas en servicios residenciales, 110 en centros de día asistenciales y 118 en la modalidad intensiva del servicio de asistencia domiciliaria.

En conjunto, estas cifras arrojan una cobertura de 2,26 plazas por mil habitantes de 18 a 64 años, 28,4 plazas por mil personas con discapacidad censadas en el registro de minusvalías o 75,22 plazas por mil personas registradas con una discapacidad superior al 65%.

Por lo que a la atención intensiva en el domicilio se refiere, cabe destacar que la mayoría de las personas adultas con discapacidad que eran usuarias de atención domiciliaria –118 de las 190 personas usuarias, es decir, el 62,1%– estaban atendidas en la modalidad intensiva del servicio y recibían más de 10 horas semanales de atención. La intensidad media del servicio era de 13 horas semanales en el caso de los usuarios/as de la modalidad intensiva de SAD y de 27,9 horas semanales en el caso de los usuarios/as de la modalidad muy intensiva.

Las personas atendidas en el domicilio suponen, en este caso, alrededor del 25% de las que reciben atención intensiva, domiciliaria o residencial, lo que permite considerar que la atención que reciben las personas adultas con discapacidad en Álava resulta adecuada en lo que se refiere al equilibrio entre atención intensiva domiciliaria y residencial.

La gran mayoría de estas personas fueron atendidas en servicios de carácter comunitario – servicios de atención diurna (399 en Centros ocupacionales y 115 en centros de actividades diurnas) y de atención domiciliaria, fundamentalmente.

2. UNOS SERVICIOS RESIDENCIALES DE CALIDAD: RESIDENCIAS, HOGARES EN GRUPO Y PISOS SUPERVISADOS O ASISTIDOS

Son servicios de atención residencial dirigidos a aquellas personas con discapacidad intelectual, física o sensorial, en situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la

vida diaria o necesidad de apoyos para su autonomía personal, que carezcan de hogar propio o precisen, por razones familiares, laborales o de índole personal, un alojamiento en el que se les proporcionen los apoyos específicos requeridos para lograr su máximo grado de autonomía personal e integración social.

Además de ofrecer un hogar alternativo en el que se prestan servicios básicos de alojamiento, manutención y cuidados personales, las residencias tienen por objeto, en coordinación con los centros de día, ocupacionales y laborales, promover el desarrollo integral de la persona usuaria del servicio y potenciar la integración de la misma en una vida más autónoma.

Las residencias ofertan igualmente, dentro de sus posibilidades y capacidad organizativa, programas de corta estancia como apoyo a las familias y/o a la persona con discapacidad y dependencia.

Los pisos asistidos se diferencian de los servicios residenciales en que la intensidad de los apoyos proporcionados es menor, por lo que están dirigidos a personas con mayor grado de autonomía.

A lo largo del año 2010, 292 personas fueron usuarias de las diferentes alternativas residenciales en la modalidad de estancia permanente y 73 de cortas estancias con una media de 2,25 cortas estancias/usuario.

Se dispone de 22 centros de alojamiento para 273 personas, 154 hombres y 107 mujeres, con una edad media de 49 años y un tiempo medio de estancia en los centros de 12 años, con algunas personas que llevan ya 34 años. 120 de ellos acuden a otros recursos para las actividades diurnas u ocupacionales.

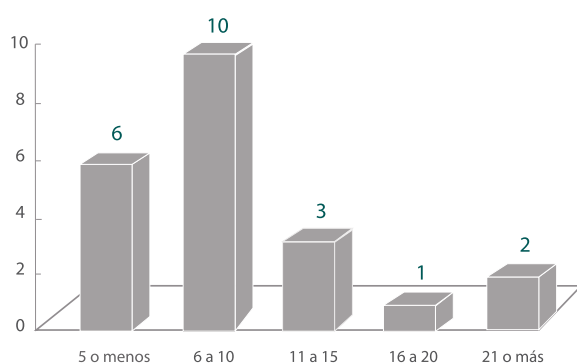
Hoy en día, la atención de personas con discapacidad en centros residenciales se reserva –especialmente cuando éstas son todavía jóvenes– a aquellas personas con un mayor grado de afectación y con unas necesidades tan complejas como para imposibilitar prácticamente su atención en el domicilio familiar. La atención residencial se hace también cada vez más necesaria para atender a personas que, sin presentar un cuadro de necesidades tan complejo, se van haciendo mayores, y pierden el apoyo de las personas – generalmente sus padres – que se han ocupado de su cuidado durante toda su vida.

Se trata, por lo tanto, de un colectivo tremendamente vulnerable, bien porque se trata de personas con limitaciones muy graves en su autonomía, que precisan de la ayuda de terceras personas continuamente, o bien porque se encuentran en un momento muy difícil de su vida, por haber tenido que salir del entorno en el que han vivido desde siempre. En cualquier caso, resulta imprescindible que la atención a este colectivo desde los servicios residenciales sea una atención lo más cercana e integradora posible. El criterio de buena práctica que establece que los servicios residenciales deben parecerse lo máximo posible a un hogar corriente es especialmente importante

en el caso de las personas con discapacidad, ya que, para muchas de ellas, la permanencia en esos centros se prolongará durante toda la juventud y la edad adulta.

En este sentido, cabe resaltar que de los 22 centros residenciales existentes en Álava, sólo tres son residencias o centros con más de 15 plazas y solamente un centro cuenta con más de 50 plazas, algo que sería relativamente habitual si se tratara de servicios para personas mayores.

Distribución centros residenciales según número de plazas



Por el contrario, algo más de una cuarta parte de los centros son pisos integrados en bloques corrientes de viviendas, en los que conviven cuatro personas o menos, y el 60% son hogares de grupo en los que conviven entre 5 y 15 personas (generalmente de 8 a 12). Esto contribuye a que las personas residentes lleven una vida lo más normalizada posible.

Otro factor que, desde la clausura de las grandes instituciones para personas con discapacidad, se ha solido relacionar con un estilo de vida normalizado y, por lo tanto, se puede considerar un indicador indirecto de la calidad de la atención prestada es la participación de las personas usuarias en diversas actividades de día fuera del centro en el que residen. El hecho de que las personas residentes, al margen de su grado de discapacidad, en ocasiones muy elevado, acudan diariamente al exterior del centro para participar en actividades educativas o laborales, se considera un requisito deseable en el camino de la normalización, y una buena práctica para los servicios.

En este sentido, se debe considerar como un dato positivo el hecho de que algo más de la mitad de las personas residentes en centros residenciales alaveses acudiesen a programas y servicios –centros de día, de rehabilitación, ocupacionales o especiales de empleo– que se desarrollaban fuera de su lugar de residencia habitual. Este dato, de por sí positivo, adquiere mayor significación si se considera la población residente menor de 55 años, en cuyo caso, la proporción de quienes salen del centro a realizar actividades diurnas ascendería al 73,8%.

Respecto a las principales características sociodemográficas del colectivo atendido en centros residenciales, se observa que son mayoritariamente hombres, el 59,8%, y de mediana edad (la mayoría tiene entre 35 y 55 años). Los jóvenes menores de 35 años representan en torno al 20% de las personas usuarias y las mayores de 55 cerca del 30%. Es probable que, a medida que aumenta la longevidad de las personas con discapacidad y aumentan también sus posibilidades de vivir en la comunidad de forma independiente, el peso de las personas con discapacidad mayores de 55 años tienda a incrementarse, especialmente en el ámbito residencial. Actualmente más de una cuarta parte de las personas atendidas en servicios residenciales de las personas usuarias de

centros de día tienen 55 o más años.

En lo que respecta a las personas actualmente atendidas en servicios residenciales para personas con discapacidad, surge un debate en torno a si, cuando estas personas llegan a hacerse mayores, deben continuar siendo atendidas en los mismos recursos, si deben ser trasladadas a recursos generalistas para personas mayores, o si, por último, se deben crear recursos específicos para personas con discapacidad mayores.

En Álava el criterio de decisión siempre basado en la planificación centrada en la persona busca mantener a la persona en su domicilio u hogar sin trasladarlo a dispositivos del área de personas mayores, reservándose estos para aquellas personas que por sus características o contingencias derivadas de dependencia o enfermedad, etc. requieren de mayores cuidados y soporte socio-sanitario y asistencial, más allá de los apoyos ofrecidos en el área. No obstante tenemos casos en los que se han podido ofrecer cuidados paliativos en la vivienda a través de una correcta coordinación sociosanitaria con un muy buen éxito en calidad de atención y una buena muerte en casa, pero a costa de una muy importante implicación de las monitoras y equipo técnico. Y también contamos con experiencias en las que se ha podido garantizar los cuidados necesarios con un mayor soporte sociosanitario del área garantizando así la continuidad, con apoyos de las monitoras y equipo técnico propio. En ambos casos se nos plantea el elevado coste personal de esta implicación y la manera de afrontarlo.

CORTAS ESTANCIAS EN RESIDENCIAS PERSONAS DISCAPACIDAD

Finalmente, cabe destacar que, además de servir de residencia habitual a un importante número de personas con discapacidad, los servicios residenciales funcionaron como servicio de respiro para 104 personas a lo largo del año. El número total de personas usuarias del programa de cortas estancias en residencias ha sido de 73, con una media de 2,25 cortas estancias por usuario/a que han supuesto un total de 1.844 días.

Por término medio, cada una de las personas atendidas estuvo alojada durante 7,25 días, con una concentración mayor en el período vacacional: entre julio y septiembre, el número de plazas ocupadas por cortas estancias fue, por término medio, de 3,6 al día, mientras que en el resto del año, sólo se ocuparon 1,5 plazas diarias.

3. GESTIÓN EN COLABORACIÓN CON LAS ASOCIACIONES REPRESENTATIVAS Y EMPRESAS COLABORADORAS

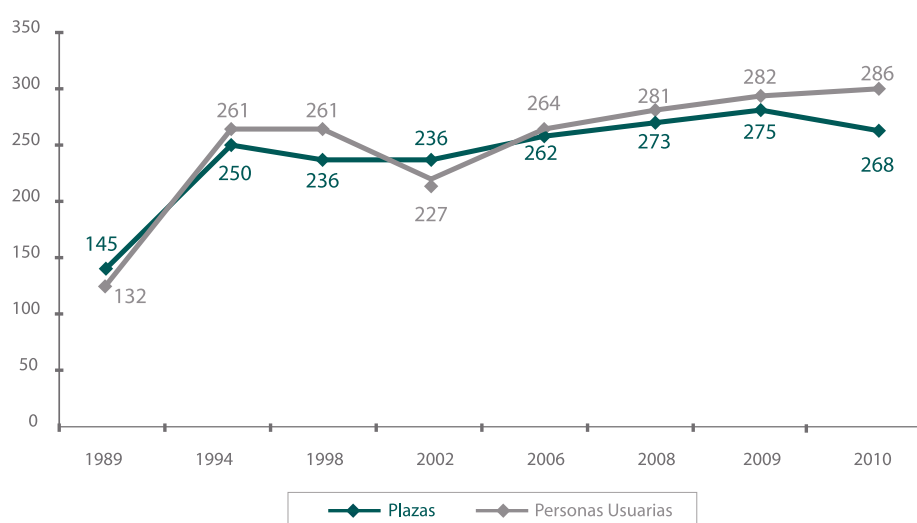
Tal y como se manifiesta en el decálogo del área y en proceso de gestión de alianzas la administración pública no es suficiente para ofrecer servicios públicos de calidad y se puede enriquecer desde el enfoque comunitario al trabajar en red con asociaciones y empresas colaboradoras.

TIPO DE GESTIÓN	Nº DE CENTROS	Nº DE PLAZAS	PERSONAS USUARIAS ANUAL
Gestión Directa	8	137	151
Gestión Indirecta	14	136	140
TOTAL		273	291

La gestión convenida se realiza con la asociación APDEMA principalmente, así como con la Asociación de Personas con baja Visión ITXAROPENA.

Así mismo, el convenio con dicha Asociación APDEMA incluye un recurso de Respiro de Fines de Semana y desde 1998 el **Programa AVI de Apoyo a la Vida Independiente** con 40 personas usuarias en 2010 consistente en ofrecer ayuda, orientación y apoyo a las personas con Discapacidad Intelectual que deciden o han decidido vivir de forma independiente y que, en algunos aspectos, plantean necesidades o tienen carencias que no pueden satisfacer o solucionar por sí mismos/as. En consecuencia, el funcionamiento mejorado de estas personas en su capacidad social y comunicativa, en la autodirección y autodeterminación, en su estado físico, emocional y psicológico afianzará su condición de independencia. En definitiva, se trata de cambiar el concepto de apoyos identificados casi siempre con recursos del estilo de residencias, por otros apoyos más ligeros, flexibles y adaptados, como un "traje a medida", a las características particulares y únicas de cada persona. Otro programa de vida independiente se lleva a cabo con la asociación Isabel Orbe con 15 personas.

Evolución nº plazas residenciales y de personas usuarias (1989 - 2010)



4. ORGANIZACIÓN DE LOS CENTROS SEGÚN LA INTENSIDAD DE LAS NECESIDADES DE APOYO QUE NECESITEN LAS PERSONAS

Desde el Modelo de intensidad de apoyos tenemos como referencia 4 intensidades siguiendo a Luckasson y cols. (1992), que presentamos a continuación. De acuerdo a este marco teórico, el Área de Personas con Discapacidad tiene establecida una distinción más flexible, habida cuenta del carácter dinámico de la necesidad de apoyo:

Los cuatro niveles teóricos serían los siguientes:

4.1.-Intermitente: Apoyos cuando sea necesario, caracterizados por su naturaleza episódica (la persona no siempre requiere los apoyos, su naturaleza de corto plazo (apoyos requeridos durante transiciones del ciclo vital, por ej., pérdida de un empleo, o crisis médica agudas). Los apoyos intermitentes proporcionados pueden ser de alta o baja intensidad. Como ejemplo un Piso con Apoyo puede tener un ratio de 0,25 monitores/3 residentes, aproximadamente 1 monitor, 5-8 horas a la semana. El Programa AVI gestionado por Apdema ofrece entre 6-15 horas/semana por persona o los Pisos supervisados propios que disponen de 8 horas día de educadora para tres pisos con 10 personas en total.

4.2.- Limitado: Intensidad de apoyos caracterizada por su consistencia a lo largo del tiempo, se ofrecen por un tiempo limitado pero sin naturaleza intermitente, pueden requerir menos personal y costes que niveles de intensidad de apoyo más intenso (por ejemplo, apoyos de entrenamiento en el empleo por tiempo limitado o apoyos transitorios durante el período de transición de la escuela a la vida adulta).

4.3.- Extensos: Apoyos caracterizados por la implicación regular (por ejemplo diaria) en al menos algunos ambientes (por ejemplo, escuela, trabajo u hogar) y por su naturaleza no limitada en cuanto al tiempo (por ejemplo, apoyo en el empleo a largo plazo y apoyo en el hogar a largo plazo). El ratio referencia es de 6 o 7 monitores/ 10 residentes: 0,50-0,70.

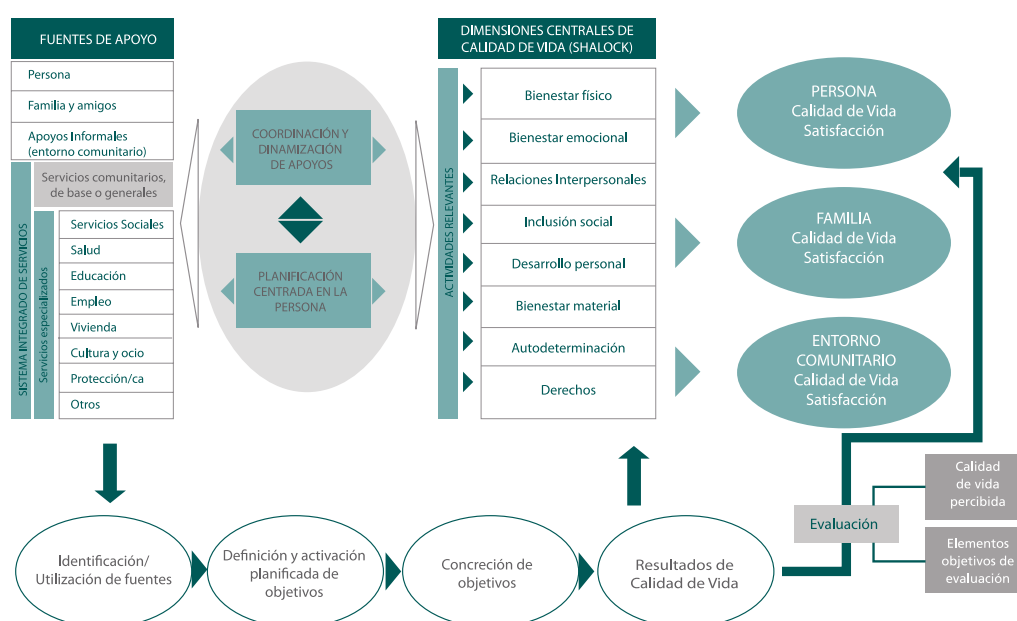
4.4.- Generalizados: Apoyos caracterizados por su constancia, elevada intensidad, provisión en diferentes ambientes, pueden durar toda la vida. Los apoyos generalizados implican normalmente más miembros de personal y mayor intrusión de lo que requieren los apoyos extensos y limitados en el tiempo. El ratio referencia es de 6 ó 7 para 10, o incluso 1/1. El ejemplo paradigmático son los Centros Etxebidea para personas con Discapacidad Intelectual Profunda de gestión Directa con 5 residencias de 15 plazas cada una con un centro de actividades diurnas central de 40 plazas, o Goizalde con 27 plazas para personas con discapacidad física gravemente afectados.

5. MODELO DE TRABAJO

5.1. PARADIGMA DEL IFBS: CALIDAD DE VIDA Y SISTEMA DE APOYOS

Este paradigma se basa en ofrecer una vida con apoyos para lograr la mejor calidad de vida, fomentando la competencia personal y las conductas adaptativas a través de la formación y entrenamiento en habilidades, proporcionando apoyos, ayudas técnicas, oportunidades y capacidad de elección en entornos seguros, pero abiertos, libres y estimulantes para la implementación de estas competencias.

Sistema de Apoyos para la Calidad de Vida de las personas con discapacidad



(imagen tomada de Alter civites, Fundación Sanitas, Guía de Buenas Prácticas)

A) CALIDAD DE VIDA:

Schalok y Verdugo (2002) entienden "calidad de vida" como las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de vida. Proponen un modelo compuesto por **dimensiones e indicadores centrales**, y establecen los principios sobre cómo entender la calidad de vida.

Hablar de dimensiones de **calidad de vida** es referirnos a las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales: *bienestar emocional; relaciones interpersonales; bienestar material; desarrollo personal; bienestar físico; autodeterminación; inclusión social; derechos.*

Cada dimensión, por tanto, sería equiparable a una necesidad que todas las personas manifestamos. Serían necesidades universales. De cada dimensión se extraen una serie de indicadores que concretan el contenido de la dimensión:

1. *Bienestar emocional*: **Satisfacción**: estar satisfecho, feliz y contento, **Autoconcepto**: estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser, sentirse valioso. **Ausencia de estrés**. Disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene que hacer y que puede hacerlo.

2. *Relaciones Interpersonales*: **Interacciones**: estar con diferentes, disponer de redes sociales, **Relaciones**: Tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos., **Apoyos**: Sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que les ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas.

3. *Bienestar material*: **Estatus económico**: Disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta. **Empleo**: Tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado. **Vivienda**: Disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo.

4. *Desarrollo Personal*: **Educación**: Tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de que se le enseñen cosas interesantes y útiles. **Competencia personal**: Disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo y su ocio, sus relaciones sociales. **Desempeño**: Tener éxito en las diferentes actividades que realiza, ser productivo y creativo.

5. *Bienestar Físico*: **Salud**: Tener un buen estado de salud, estar bien alimentado, no tener síntomas de enfermedad. **Actividades de la vida diaria**: Estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, el aseo, vestido, etc. **Atención sanitaria**: Disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios. **Ocio**: Estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.

6. *Auto-Determinación*: **Autonomía/Control Personal**: Tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable. **Metas y valores Personales**: Disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirija sus acciones... **Elecciones**: Disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias, por ejemplo donde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos, etc.

7. *Inclusión Social*: **Integración y participación en la comunidad**: Acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad. **Roles comunitarios**: Ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios

en los que participa, tener un estilo de vida similar al de las personas sin discapacidad de su edad.

Apoyos sociales: Disponer de redes de apoyo y de ayuda necesarias de grupos y servicios cuando lo necesite.

8. **Derechos:** **Derechos humanos:** Que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad. **Derechos legales:** Disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos.

Ver Manual de Buena Práctica VIVIR MEJOR.

5.2. SISTEMA DE APOYOS: PERFIL E INTENSIDAD DE APOYOS

Este sistema realiza una clasificación doble, por una lado una clasificación basada en la intensidad de los apoyos que requieren las personas con discapacidad (limitado, intermitente, extenso y generalizado) en lugar de un sistema basado en los niveles de capacidad (ligero, medio, severo y profundo) como se venía haciendo. Y por otro lado, una clasificación de la necesidad de apoyos por áreas y actividades representativas de cada una de esas áreas.

5.2.1. Clasificación por intensidades de apoyos necesarios:

La intensidad de apoyos variará en función de las personas, las situaciones y fases de la vida.

Se distinguen cuatro tipos de apoyos tal y como se ha expuesto más arriba. Cada persona necesitará apoyo en una o varias áreas para la mejora de su calidad de vida:

- 1.- Vida en la comunidad
- 2.- Desarrollo humano
- 3.- Vida en el hogar
- 4.- Salud y seguridad
 - 4.1. Salud
 - 4.1.1 Salud Física
 - 4.1.2. Salud Psíquica Cognitiva
 - 4.1.3. Salud Psíquica emocional/afectiva
 - 4.2. Seguridad
- 5.- Conductual
- 6.- Actividades sociales
- 7.- Actividades de enseñanza y educación
- 8.- Empleo
- 9.- Actividades de protección y defensa

5.3. METODOLOGÍA: PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA Y APOYO CONDUCTUAL POSITIVO

5.3.1. Planificación centrada en la persona

La planificación centrada en la persona (PCP) es un proceso de colaboración, en el que se pretende ayudar a la persona con discapacidad y a su familia en el desarrollo y planificación de su proyecto de vida, con el fin de conseguir dar los pasos necesarios para lograr sus deseos, sus metas personales.

Todo esto se refleja en un plan esencial del estilo de vida, en este plan:

- La persona es el centro del proceso.
 - Principio de autodeterminación.
 - Equilibrio en la relación con el profesional y personas relevantes en su vida.
 - Participación en la planificación de su vida.

- La familia y amigos acompañan este proceso.
 - El profesional suma al diálogo a estas personas y se establecen alianzas.
 - El profesional es el especialista en el proceso de diálogo y consenso.
 - Prioritario: necesidades y preferencias de la persona.

- El plan refleja lo importante para la persona, sus capacidades y apoyos que necesita.
 - La independencia como la posibilidad de elegir el estilo de vida con independencia de los apoyos que se requieran para ello.

- El plan no se limita a los servicios, se extiende a todas las facetas de la vida reflejando no sólo lo disponible sino lo posible.
 - Alcanzar compromiso compartido por parte de todas las personas que intervienen.
 - Contempla lo que la persona es, lo que desea y lo que necesita. Sobre ello se establece el paquete de apoyos idóneo.
 - Objetivo último: construcción de comunidades de vida inclusivas.

- Consigue una escucha y aprendizaje continuos y acciones a largo plazo.
 - Patrones de apoyo que pueden variar con el tiempo.

Ver Guía de Buena Práctica sobre Planificación Esencial del Estilo de Vida.

5.3.2. Apoyo conductual positivo

El programa de apoyo conductual positivo a desarrollar en los centros se entiende como un

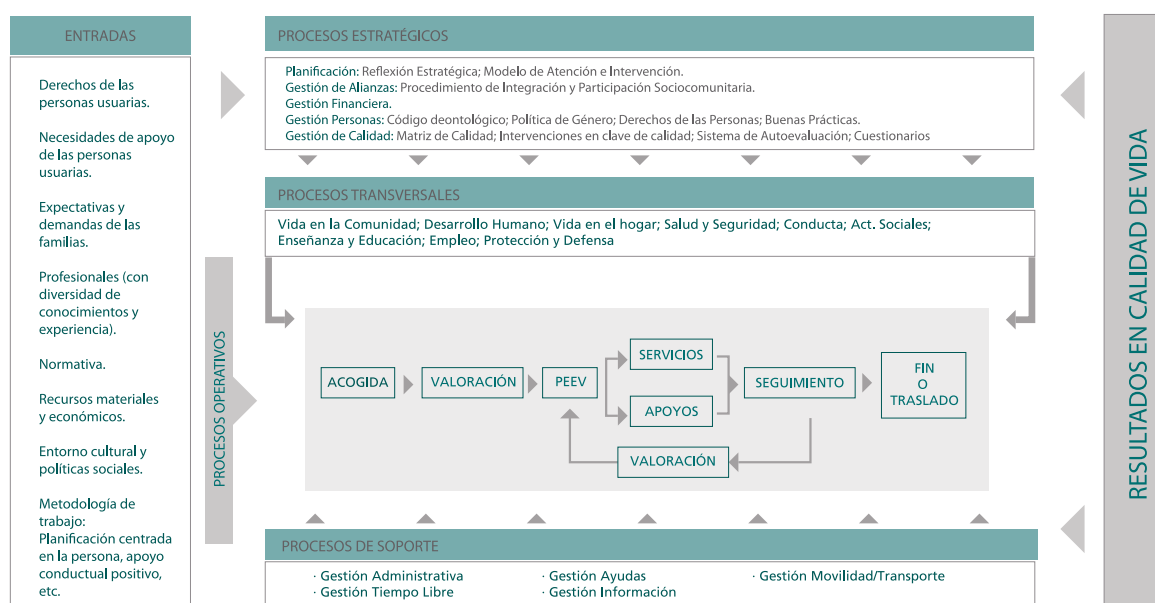
abordaje general orientado al aprendizaje de conductas alternativas complementario a la planificación centrada en la persona y no solamente para aquellos que presenten problemas de comportamiento o conductas desadaptativas.

El ajuste es un producto de la función comportamiento x ambiente $A=f(c.a)$. Los cambios hacia un comportamiento más normalizado no pueden basarse únicamente en una tecnología conductual, sino que deberían basarse también en un cambio de las condiciones de vida. Dicho de otra manera: La mejora en el comportamiento no es un prerequisite para mejorar la calidad de vida de las personas, sino que tiene lugar en un contexto de vida rico en experiencias, alternativas, etc. (Anderson, Albin, Mesaros, Dunlap y Morell-Robbins, 1993; Horner et al.,1990).

Éste es uno de los principios en que se basa el apoyo conductual positivo. El apoyo conductual positivo es algo más que un conjunto de procedimientos destinados a reducir el comportamiento problemático. Se desarrolló a partir de la perspectiva conductual en los años 80, como una alternativa a los planteamientos basados en el uso de técnicas aversivas y no funcionales. Este planteamiento trata de reducir comportamiento problemático respetando la dignidad de la persona, potenciando sus capacidades y ampliando las oportunidades del individuo para mejorar su calidad de vida. La intervención basada en esta perspectiva implica que la instrucción ha de partir de los valores de la persona, de un compromiso con resultados que sean significativos desde el punto de vista del estilo de vida que desea el individuo (Koegel, Koegel, y Dunlap, 1996).

Ver Guías de Buena Práctica sobre Apoyo Conductual Positivo, Evaluación Funcional de la Conducta, Estrategias Reactivas.

6. MAPA GENERAL DEL PROCESO DE ATENCIÓN



SEGUNDA PARTE: INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (PCP) EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES. LA EXPERIENCIA DE CASER RESIDENCIAL.

PABLO GONZÁLEZ / MARÍA RUIZ

Director de Calidad y Procesos / Directora de la Residencia Caser de Arturo Soria.

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto que presentamos hoy: *Planificación centrada en la persona* (PCP) es una nueva forma de entender a las personas con necesidades de apoyo, partiendo de la idea de que todos somos diferentes, tenemos distintas necesidades, intereses y deseos, y por tanto debemos plantearnos que no podemos ofrecer el mismo servicio para todas las personas.

Este nuevo modelo ayudará a que las personas que se encuentren en centros residenciales no pierdan el control sobre su propia vida y que no pasen a ser espectadores de la misma. Según sugieren las últimas investigaciones en este ámbito, si las personas pierden su capacidad de controlar las cosas entran en un proceso que les conduce a un estado de insatisfacción e indefensión que en muchos casos termina desembocando en una depresión (Gilbert, D), por lo que este modelo se podría enmarcar dentro del ámbito de la prevención primaria de la salud mental en geriatría.

Este planteamiento también supone una redefinición del concepto de vejez, que se basa en la idea de permanente capacitación y de proyecto de vida en esta etapa, en la que la persona siga tomando sus decisiones, tal y como lo hacía en otras etapas de la vida.

Una vez que hemos optado por el modelo de atención "PCP", hemos de realizar un cambio de mentalidad, hasta ahora las personas que nos dedicamos al cuidado y atención de la persona dependiente hemos seguido una línea intervencionista y paternalista, pero este modelo de atención tiene que cambiar para conseguir "una relación asistencial adulta persona cuidadora-persona cuidada, donde la persona cuidada aporta sus valores y la profesional aporta sus conocimientos" (Dr. Diego Gracia).

Es necesario que los servicios y recursos giren entorno de la calidad de la vida de las personas y no alrededor de un sistema organizativo. La planificación de las atenciones se ha de realizar desde la persona, no desde el sistema; desde sus capacidades y deseos, sin centrarse en sus déficits o debilidades, compartiendo las decisiones con la persona y/o con quien decida por ella. No nos podemos limitar a desarrollar planes, terapias o programas estandarizados para personas en situación de dependencia: debemos prestar atención a las dimensiones de la historia, a las capacidades personales y a las consideraciones que sobre la calidad de vida tienen las personas atendidas.

Este modelo de atención, PCP, es el modelo del que habla la legislación actual de servicios sociales, que establece los derechos a favor de las personas usuarias, les da la posibilidad de que tomen sus propias decisiones. Estos derechos, fácilmente identificables, como intimidad, dignidad, autonomía, elección, etc., no siempre se tienen en cuenta en la vida diaria de las personas atendidas en centros residenciales. Los familiares y los profesionales, con la intención de proteger a la persona con dependencia, a menudo decidiendo por ella, haciéndola de esta manera, más dependiente, obstaculizando sus decisiones.

Como expertos en cuidados de personas dependientes consideramos que es necesario realizar un cambio en el enfoque de la intervención gerontológica, situando en el centro de atención a la persona, permitiendo su autonomía, potenciando su independencia y destacando el papel terapéutico de lo cotidiano y lo significativo de cada persona. El protagonismo lo han de tener las personas usuarias y sus familiares que, junto con los equipos profesionales deben asumir los cuidados conjuntamente y el plan de futuro, con el más riguroso respeto a las voluntades y principios éticos que ellos tienen.

2. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Con los años de experiencia de nuestros profesionales, y escuchando a nuestros residentes, hemos observado que los “mayores” critican, en el mejor sentido, a sus hijos y familiares porque ya no les dejan opinar, porque “ellos deciden qué es lo que tenemos que hacer, sin contar con nosotros, se creen que somos niños pequeños”.

Partiendo de su opinión, debemos ofrecer una atención que se ajuste a las expectativas y necesidades de cada residente, basada en el respeto y los principios de dignidad, autonomía y derechos de la persona, con el fin último de mejorar su calidad de vida. De esta forma podremos lograr que las personas tengan un mayor control de su vida y puedan potenciar sus capacidades con todos los recursos de los que dispongan.

3. OBJETIVOS

- Desarrollar junto al residente un proyecto de vida.
- Fomentar una actitud positiva ante ese proyecto de vida y reforzar las capacidades físicas y cognitivas necesarias para alcanzarlo.
- Involucrar en este proyecto a profesionales, familiares y amigos, junto al residente.

4. FASES DEL MODELO DE ATENCIÓN PCP

FASE 1 "ELECCIÓN DEL FACILITADOR"

El facilitador es la persona que guiará las reuniones con el residente y el grupo de apoyo para establecer y desarrollar los objetivos a lo largo del proceso.

El criterio seguido en la elección del facilitador se realizará teniendo en cuenta bien la vinculación afectiva con el residente o bien su aportación técnica, según las necesidades expresadas por el residente.

FASE 2 "ELABORACIÓN DEL PERFIL PERSONAL Y FORMACIÓN DEL GRUPO DE APOYO"

Se realizan varias reuniones con cada uno de los residentes, la familia y con el grupo de apoyo.

Se considera grupo de apoyo, el conjunto de personas ligadas de una u otra manera al residente que le ayudarán a definir y realizar su proyecto de vida. El grupo contará al menos con 2 personas, que pueden ser profesionales del centro, familiares y amigos.

1. Se recoge información personal sobre distintos aspectos de su vida: biografía, relaciones, aficiones, inquietudes, etc.
2. Se consolida el grupo de apoyo, que continuará recopilando información sobre la persona.

Para facilitar la comunicación con la familia, se diseñará un canal de comunicación, de forma que la familia y resto de equipo de apoyo encuentren facilidades para el intercambio de información necesaria para seguir avanzado en el proyecto de manera rápida y cómoda.

En esta fase nos apoyamos en la elaboración de una serie de mapas de vida para facilitar el recuerdo de determinadas situaciones o sentimientos del residente, que también sirven para que el equipo conozca aspectos relevantes de su vida.

Estos mapas pueden resultar especialmente interesantes para trabajar con personas que presenten dificultades de comunicación.

FASE 3 "PLANIFICACIÓN DEL FUTURO PERSONAL CON EL RESIDENTE"

Una vez recopilada toda la información se pasa a diseñar una planificación para el futuro inmediato, en esta fase se establecen una serie de objetivos a alcanzar en los próximos meses. Como en toda planificación estos objetivos tienen que ser alcanzables, medibles y concretos.

FASE 4 "IMPLEMENTACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE FUTURO"

Es la etapa en la que se ponen en marcha todas las actividades programadas con el fin de conseguir los objetivos, para ello se cuenta con la ayuda del grupo de apoyo y el resto del equipo del centro.

FASE 5 "EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROCESO"

Se realiza a través de una serie de indicadores que se analizan en el siguiente apartado.

5. INDICADORES

1. Mejora de la autopercepción.

La percepción de los residentes se evalúa a través de una escala validada que mide el estado funcional del residente. Esta escala se aplica en distintos momentos, para observar la evolución del residente.

Esta escala analiza diferentes dimensiones de la vida, que reflejan la percepción que el residente tiene de cada dimensión. Ejemplos de estas dimensiones analizadas son: el estado de salud, el apoyo social o el dolor.

2. Porcentaje de actividades sobre las que el residente toma sus decisiones. Por ejemplo:

- Hora de levantarse/acostarse.
- Hora de la ducha (mañana/tarde/noche).
- Comida (pueden elegir una minicarta).
- Decoración de la habitación.
- Hora de regreso a la residencia cuando sale fuera (tienen que avisar que llegan más tarde)

3. Mejora de percepción de satisfacción por parte de los profesionales.

Los profesionales están convencidos de que es viable integrar la metodología de la planificación centrada en la persona en la organización del trabajo. Lo que precisa cualquier organización para poner en marcha este proyecto, es un cambio en la orientación del trabajo, a pesar del esfuerzo que requiere este cambio, el equipo profesional percibe como importante beneficio la mejora en la comunicación con el residente y sus familiares.

6. CONCLUSIONES

- **Impresiones de cada uno de los grupos que participaron en el proyecto.**

Los **residentes** sienten que son los protagonistas de su vida, se dan cuenta que son dueños de su futuro, que son los que manejan su vida. Se tienen en cuenta sus inquietudes y se realizan los cambios que son posibles contribuyendo a aumentar la satisfacción.

Los familiares ven que el centro ofrece un modelo que no habían conocido hasta ahora, sienten que sus familiares se encuentran mejor, han evolucionado en su percepción de su futuro. "Si él/ella están bien, nosotros también", nos relata el hijo de un residente. Y esperan que en un futuro este método de trabajo se implante en todos los centros residenciales.

El equipo profesional se ha sentido muy motivado con este proyecto, el inicio fue complicado, ya que implica un cambio de metodología de trabajo: el protagonista es el residente.

Esta nueva forma de atención centrada en la persona conlleva un liderazgo claro de los responsables, así como el compromiso y la voluntad de aquellos profesionales que trabajan en el día a día con los residentes.

- **La aplicación de este nuevo modelo de atención, requiere una redefinición de dos conceptos fundamentales:**

1. El concepto de atención personalizada, que debe estar basada en los objetivos personales de cada residente.
2. El concepto calidad de vida, actualmente interpretado en muchos casos sin tener en cuenta la percepción que tiene cada persona.

Podemos tomar como referente el modelo propuesto por Schallock, que plantea ocho dimensiones centrales que constituyen una vida de calidad: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Todas y cada una de estas ocho dimensiones tienen posibilidad de mejora en cualquier persona, independientemente de que les acompañe o no la condición de dependencia.

- En principio, tras esta experiencia podemos concluir que la integración de este modelo de atención es viable para cualquier organización, sin que ello suponga un importante incremento de los recursos con los que actualmente desarrollamos nuestro trabajo.

- Si analizamos los resultados obtenidos en el estudio podemos observar una mayor autonomía del residente y un incremento de la satisfacción de todas las personas implicadas en el proyecto.

SEGUNDA PARTE: INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

AVANCES EN DISEÑO Y MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA. LA RESIDENCIA DE SAN CAMILO (MADRID).

JOSÉ IGNACIO SANTAOLALLA

Presidente de la Federación Lares (Federación de residencias y servicios de atención a los mayores -sector solidario-).

Mi intervención resume algunas de las innovaciones desarrolladas en nuestras residencias y, en particular, en el Centro San Camilo de Tres Cantos (Madrid).

La idea principal que quiero transmitir es cómo los espacios de un centro residencial grande se pueden diseñar, equipar y decorar de modo que es posible crear entornos amigables que contribuyan a paliar la deshumanización que puede producirse en este tipo de centros.

El Centro San Camilo de Tres Cantos, por lo que respecta a la edad de su construcción principal, lo podríamos catalogar como “veterano” ya que en el año 2013 cumplirá 30 años desde su apertura. Inaugurado en 1983 tiene ya 28 años.

La residencia para personas mayores dependientes del Centro San Camilo tiene una capacidad para 140 personas. En su idea original, mantenida hasta el día de hoy con algunas mejoras, presenta un diseño modular. Su edificio principal consta de planta baja más cuatro. En la planta baja, más extensa que las otras cuatro, se alojan los servicios comunes mientras que cada una de las cuatro restantes es una unidad asistencial con una capacidad máxima de 35 usuarios.

Características de los módulos asistenciales:

Se dividen en 15 habitaciones dobles y 5 individuales todas con cuarto de baño adaptado.

Cuentan con sala de estar, comedor, office, cuarto de curas y medicación, despacho médico, almacén de lencería, almacén de materiales, baños comunes cerca del comedor y dos ascensores.

En la zona de servicio se ubican los vestuarios masculino y femenino, almacén de útiles y productos de limpieza, cuarto de basuras. Cuenta con un ascensor propio (sucio) y otro de utilización para limpio (doble embarque) que puede ser usado también por los residentes como tercer ascensor.

Algo que consideramos muy relevante para la atención personalizada es que en cada módulo hay asignado un equipo de profesionales específico para ese módulo con vocación de continuidad. Ese equipo está formado por auxiliares de enfermería, limpiadora y enfermera (que ejerce

la función de responsable de planta, del equipo de profesionales y de los usuarios de esa planta).

La formación continuada intensa que reciben los profesionales de atención directa en materia de relación de ayuda, técnicas de comunicación, atención personalizada, counselling..., es otra de las claves que consideramos esenciales para alcanzar una atención de calidad basada en valores y que logra una relación de confianza y bienestar mutuo.

Variedad de espacios comunes

En línea con las recomendaciones de la literatura científica en materia de ambientes que producen bienestar, dentro de los espacios comunes ubicados principalmente en la planta baja, terraza y jardines se han diseñado distintos lugares para que los residentes y sus familias los usen libremente según sus preferencias: cafetería (donde pueden comer con sus familiares si así lo desean), sala de fumadores (reservada exclusivamente para los residentes), terraza de la cafetería, sala de visitas, zonas de estar de la recepción, biblioteca con periódicos y televisión, salón rústico, patios interiores, patios exteriores, pérgolas, paseos con bancos, huerta, amplísima terraza en la primera planta, solárium, capilla...

Estos espacios ofrecen diferentes posibilidades para que los residentes y sus allegados puedan elegir dónde desean estar en cada momento: en soledad, en espacios recogidos para estar con una persona o dos, espacios abiertos para la interacción con los demás, etc.

Desde el Centro de San Camilo, en definitiva, creemos que humanizar el cuidado a los mayores pasa también por cuidar la adecuación ambiental. Pueden resumirse las características más destacables del Centro las siguientes:

- Existencia de espacios amplios, muy iluminados.
- Ausencia de barreras arquitectónicas.
- Habitaciones individuales y dobles, con baños adaptados, en mejora permanente en su equipamiento. Estantería imantada para la personalización con fotos y objetos personales-familiares.
- Residentes atendidos en cinco unidades asistenciales con su comedor y sala de estar para cada unidad (a diferencia de los Centros que tienen un único comedor en planta baja, modelo hotel), rincón-chimenea y diferenciadas por colores, formas de techo, decoración "doméstica" e iluminación diferenciada.
- Amplitud de solárium con mobiliario inspirador de espacios caseros.
- Amplitud de terraza con espacios habilitados para encuentros familiares que generan intimidad.

- Jardines con rincones preparados para grupos de personas en actitud de compañía, conversación, lectura, etc.
- Salón-teatro multi-uso con capacidad para 300 personas.
- Salón diáfano multi-uso con capacidad para 300 personas, adaptable a actividades de estimulación, fiestas, proyección de películas, comidas con las familias, etc.
- Sala de lectura de prensa y biblioteca.
- Peluquería, podología, odontología.
- Gimnasio amplio y cálido en su iluminación, suelo de madera y equipamiento abundante para rehabilitación, ergoterapia, laborterapia, etc.
- Sala para psicoterapia de grupo, equipada con cámaras y sonido para visualizar la actividad en salón de actos en acciones formativas.
- Sala para escuchar música, descansar o conversar, decorada estilo rústico, con patios de similar decoración, y abundantes plantas naturales.
- Sala de visitas con mobiliario confortable (sofás).
- Fuentes en patios y exteriores con asientos confortables en su proximidad para el descanso o la conversación, con sombras y entornos generadores de lugar de grupo.
- Cafetería muy amplia e iluminada, con sala para fumadores (según ley).
- Comedor privado en el que celebrar fiestas familiares u otros eventos.
- Sala para reuniones del equipo interdisciplinar.
- Sala para familiares (en UCP) con frigoríficos, microondas, butacas de descanso, ordenadores y acceso a internet.
- Espacios en pasillo de UCP muy amplio con mesas y sillas entre habitaciones, favorecedoras de la comunicación profesional-paciente y profesional-familiar, así como entre familiares entre ellos.
- Sala de intimidad en UCP para los momentos más críticos (fallecimiento, malas noticias, deliberaciones, informaciones delicadas, carga emocional, etc.).

- Jardines interiores verticales en todas las plantas, con espacios de iluminación vertical.
- Tanatorios con sala para familia y mobiliario tipo salón de casa y amplios espacios para los familiares del fallecido.

Este conjunto de características, así como los diferentes programas de actividades de estimulación, rehabilitación, salidas, grupos de lectura, psicoterapia, voluntariado (juvenil, adulto y familiar), periódico interno, asociación de residentes (con su autogestión como tal asociación civil), grupos de consultas para menús, etc., atención espiritual y religiosa, etc., constituyen elementos que conforman un modelo de atención residencial centrado en la persona y su mundo relacional y valórico.

HUMANIZAR EL CUIDADO A LOS MAYORES EN CENTROS RESIDENCIALES.

JOSÉ CARLOS BERMEJO

Director del Centro de Humanización de la Salud.

La lamentación por la deshumanización es una cuestión universal y que se refiere no sólo al ámbito del cuidado a las personas mayores, sino a la complejidad de realidades que afectan a la vida humana.

En este mundo globalizado en que los modos de cuidar a los mayores son fruto también de tantas dinámicas de mercado y de tantos problemas que experimentamos en la vida a escala mundial, no es menos importante el mundo relacional y el personal tanto a la hora de analizar las causas de la exclusión como las posibilidades de realizar procesos de integración humanizados.

Humanizar los cuidados en residencias pasa, por tanto, por incidir no sólo en el diseño y desarrollo de programas que salgan al paso de las necesidades materiales no cubiertas en muchas personas, sino por incidir también en la salud de las relaciones, en la salud de los valores interiorizados, en la salud en el manejo de los sentimientos de frustración y de pérdida, en la salud de la autopercepción, etc.

Humanizar constituye un compromiso ético de considerar a la persona mayor en su globalidad, para promover procesos de integración duraderos y consolidar la participación de los mayores en la vida social normalizada, en el máximo de sus posibilidades.

No es posible una intervención holística, global, integral, sin una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito del counselling, de la inteligencia del corazón, de las capacidades de entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar para identificar y movilizar en ella no sólo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista del proceso.

Promover la dignidad intrínseca de todo ser humano constituye el fundamento último de toda acción humanizadora. Esta dignidad es la base sobre la que se sustenta toda acción que quiera ver en el otro un semejante y acompañarle a ser él mismo, contribuyendo con su personalidad y su particularidad en la construcción de un mundo más igualitario, más justo, más pacífico, más gozoso y saludable.

HUMANIZAR LOS SERVICIOS A PERSONAS MAYORES

Nunca como hoy se ha hablado de humanización. Y uno de los ámbitos privilegiados de humanización es la relación. En la relación interpersonal nos hacemos, nos autoafirmamos, nos construimos como personas, intervenimos como profesionales.

Humanizar es un proceso del individuo y de la colectividad de hacer digno de la condición humana cuanto se vive. Aplicado al mundo del cuidado a los mayores el compromiso por humanizar pasa por el ámbito político, donde se marcan los modos de proteger a las personas, de prevenir la dependencia, la exclusión, así como de afrontarla. Pasa también por el ámbito jurídico, donde se marcan límites de protección y defensa de la vulnerabilidad humana. Pasa asimismo por el ámbito de las decisiones éticas y del afrontamiento de los conflictos y la modalidad como se resuelven. Humanizar pasa por el estilo asistencial y de desarrollo de los programas y servicios sociales, por el talento y el modo como se atiende a las personas necesitadas de la profesionalidad de otros, por el ámbito arquitectónico que diseña y ofrece espacios de una determinada manera.

Pero en todo caso, humanizar pasa, nos refiramos al ámbito que nos refiramos, por la relación interpersonal. Se diría que la relación es el ámbito por excelencia de humanización. En ella o con ella todo puede tender hacia la personalización y hacia la dignificación o hacia la despersonalización y deshumanización.

En el ámbito de la humanización de los servicios sociales, por tanto, la relación cobra una especial relevancia. Con ella se analiza, se evalúa, se diagnostica, con ella se pauta un proceso, se asigna un recurso, con ella se conforta, con ella se comunican malas noticias, con ella se procura soporte emocional, con ella se trabaja interdisciplinariamente, con ella se delibera en medio de los conflictos éticos...

Somos herederos, en buena medida, de una tendencia paternalista en las profesiones de ayuda, donde un pacto silencioso dice que el ayudado ignora y está en situación de inferioridad y debe someterse a la autoridad de quien conoce y tiene el poder (de ayudar, sanar, salvar la vida...).

La cultura contemporánea ha dado grandes pasos hacia la conquista de cotas más altas de autonomía y reconocimiento de la dignidad de todo ser humano, independientemente de si se encuentra en el lado de quien solicita ayuda presentando su vulnerabilidad o si se encuentra en el del ayudante ofreciendo recursos, conocimientos, técnicas, habilidades, etc., para afrontar las diferentes dificultades que nos encontramos en el devenir de la vida.

Este desarrollo de la cultura ha ido llevando a un replanteamiento de los estilos relacionales en las interacciones de ayuda más horizontal, donde entre ayudante y ayudado se entiende que se produce una alianza y un compromiso en el que el profesional reconoce al otro como adulto,

como persona, no exclusivamente como caso.

Laín Entralgo, en el ámbito de la salud, ha preferido la expresión “amistad” para referirse a la relación médico-paciente, una relación donde se reconoce al otro no sólo en tanto que otro, sino en tanto que persona, en tanto que prójimo, formando no sólo un dúo, sino algo más aproximado a una diada (Laín 1983). A la vez que se reconoce que las profesiones de ayuda social necesitan “objetivar” al ayudado, estudiarlo como un caso, lo ha de tener en cuenta en su intimidad, como persona, lo que hace del agente social no tanto un técnico, un ingeniero o un experto en el funcionamiento de la máquina del ayudado, cuanto una persona, extraña si desconocida, pero próxima a la vez, donde la responsabilidad en el devenir de la vida de cada una de las personas, es compartida. (Gracia 1998, pp. 63-67).

Pesa sobre la relación, en todo caso, y sobre el análisis de sus variables, una especie de sospecha de estar ante una parte “blanda”, poco consistente, de la que se pueden decir poco menos que obviedades, o de la que, cuando se presenta un estilo relacional y sus ingredientes, estuviéramos en un área de poca hondura intelectual y de segunda categoría. En el fondo, una sospecha que, en ocasiones, lleva a despreciar la formación en *counselling* y relación de ayuda en ámbitos universitarios, en profesiones que por su propia naturaleza son de ayuda (como las que se producen en las interacciones entre profesionales de la intervención social y usuarios). Una sospecha que lleva a afirmar que poco o nada se puede aprender sobre este campo o que el propio estilo relacional es bueno por definición porque es propio, porque es natural, porque está movido por la buena voluntad o porque está caracterizado por la simpatía y la amabilidad.

Parecería incluso que someterse al aprendizaje de habilidades de relación constituyera un rebajamiento para altos intelectuales que son fuertes en el ámbito de la inteligencia intelectual y que relegarían a un segundo plano el mundo emocional. La experiencia y la praxis en el campo de las relaciones en el mundo de la intervención social muestran, en cambio, que la eficacia de muchas intervenciones pasa por el buen manejo del *counselling*, de relación de ayuda, de un conjunto de “habilidades blandas”, así llamadas en algunos entornos.

Las habilidades blandas son un conjunto de capacidades que le permiten a un profesional relacionarse mejor en el trabajo. Incluyen, entre otras, la capacidad de liderazgo, la capacidad de negociación y de trabajar con personas de culturas distintas, aspectos como la responsabilidad, la integridad, la honestidad, una buena autoestima y la sociabilidad... Son complementarias a las habilidades duras (*hard skills*), que corresponden al currículum tradicional.

En el cuidado a los mayores, además de la necesaria formación académica, se ha de profundizar en la vida de la persona a la que se acompaña, así como influye la propia en el estilo y eficacia de la intervención. La conocida “inteligencia emocional” permite desarrollar otras habilidades que son valiosas para un buen profesional de la acción social. Las habilidades blandas permiten desarrollar la comunicación, la capacidad de liderazgo y auto-organización, de resolver conflictos

humanos y la iniciativa del individuo y de los grupos en una organización.

Por ello, la integración de habilidades duras (el currículum) y blandas (la persona) constituyen algo fundamental en la formación de un profesional. Ya no basta con el currículum; hay que saber hacer algo más. He ahí la importancia del *counselling*.

Pues bien, cuando la relación quiere ser auxiliante, de apoyo, sanante, cuando la asimetría del encuentro propio de las relaciones profesionales pretende usar el recurso de la persona del ayudante, sus actitudes y sus habilidades al servicio de las necesidades del otro, entonces hablamos de relación de ayuda o de *counselling*. Por eso entendemos el *counselling* como aquella relación que intenta hacer surgir una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos. (Rogers 1986, p. 46).

Con frecuencia la expresión *relación de ayuda* y *counselling* son utilizadas como sinónimos. Algunos autores indican algunas diferencias, concediéndole al *counselling* una forma más articulada, relacionándole con un modelo concreto, especializado, con claridad de roles, donde uno ejerce la tarea de *counselor* y el otro solicita "consejo". De alguna manera, y más allá del debate no resuelto de la relación y diferencia entre *relación de ayuda*, *counselling* y *psicoterapia*, (Brusco 1997, pp. 78-83) la relación de ayuda es un concepto amplio, aplicable también a las relaciones en el ámbito de la intervención social (como lo es también en el ámbito de la salud, de la educación, de la terapia, etc.). En todo caso, el sustrato (las actitudes y habilidades), suelen coincidir y con mucha frecuencia se intercambian las palabras.

Hablamos de *counselling*, normalmente, desde una perspectiva centrada en la persona del ayudado, considerada en sentido holístico, y no directivo. Aplicado al mundo de la intervención social, nos referimos al conjunto de actitudes y habilidades que el profesional conoce, interioriza y despliega en la relación, dotándola de competencia relacional, emocional y ética.

HUMANIZAR LAS RELACIONES DE AYUDA

El término ayudar deriva del latín *adiuvare*, que significa "provocar alivio". Una persona intenta aliviar, hacer más ligero el peso y disminuir el malestar de quien, a causa de diferentes motivos, sufre.

Ayudar, de alguna manera, es ofrecer recursos a una persona para que pueda superar una situación difícil o para afrontarla y vivirla lo más sanamente posible. Estos recursos pueden ser materiales, técnicos o relacionales. Cuando los recursos que ofrecemos son relacionales, es decir la misma persona del ayudante se ofrece como recurso para acompañar en el proceso de afrontamiento de la dificultad del ayudado (incluso si se hace de manera simultánea al ofrecimiento de los otros tipos de recursos), entonces hablamos específicamente de *counselling* y de relación de ayuda.

Carkhuff (nac. 1934) dice: "por ayuda entiendo cualquier relación entre una persona más conocedora o asesor, ya sea consejero, profesor o padre, y otra menos conocedora o asesorada, ya sea cliente, estudiante o hijo" (Carkhuff 1971, 4). Un diccionario de *counseling* define ayuda como "cualquiera acto de asistencia a una persona" (Feltham 1995).

Quien ha acuñado la expresión de *relación de ayuda centrada en la persona* ha sido Carl Rogers (1902-1987), considerado como el psicólogo humanista caracterizado por una orientación comprensiva de las diferentes dimensiones de la persona, que bautizó su propuesta de psicoterapia como "no directiva" y más tarde "centrada en el cliente" (Rogers 1986).

Detrás del no directivismo propio de la relación de ayuda hay un antidogmatismo (en el que también puede caer la misma no directividad), a la vez que una apertura a diferentes corrientes dentro de la psicología y la psicoterapia. Rogers era antidogmático hasta el punto de que él prefería ayudar a un psicólogo o a un psicoterapeuta que prefiere una forma de terapia directiva y controladora, a aclarar sus pretensiones y significados, antes que disuadirle para que se adhiriera a la posición centrada en la persona. (Hutterer 1997: 232).

Un posible problema del enfoque centrado en la persona surge cuando la actitud antidogmática se presenta de manera irreflexiva y no suficientemente apoyada en el compromiso profundo de acompañar al ayudado a hacer su propio proceso de crecimiento personal y de afrontamiento de sus dificultades con los recursos existentes. Y, por otra parte, un riesgo es la popularidad con la que fácilmente se puede adherir al modelo debido al atractivo de la reacción contra el dogma.

El modelo rogeriano de relación de ayuda se basa en el acompañamiento a quien tiene un problema a su identificación y a la realización de un proceso personal, autónomo descubriendo los propios recursos para su abordaje. La hipótesis central consiste en afirmar que cada persona posee en sí misma amplios recursos para la autocomprensión y para la modificación de actitudes y que el acompañamiento es un proceso de ayuda a identificar las capacidades secuestradas y a movilizarlas. No se trata de un estilo de "abandono del ayudado a su destino", sino de verdadero compromiso por construir con el cliente un destino verdaderamente personalizado y encarnado en su aquí y ahora, en un compromiso auténtico que no dudará en calificar de "amor" por el ayudado, de pasión por acompañarle a realizar su camino con la esperanza de que en él, desarrollará lo mejor de sí mismo.

El no directivismo de Rogers ha sido completado por Robert Carkhuff, preocupado más por la eficacia de la relación de ayuda y por el convencimiento de que hay situaciones en las que el ayudante ha de confrontar, introduciendo nuevos elementos en el campo perceptivo del ayudado; proponiendo, en el fondo, una cierta directividad.

Cada vez más se habla de competencias relacionales y emocionales. Se va realizando un trabajo de reflexión sobre las actitudes y habilidades que confieren competencia relacional y emocional y

otros profesionales de la ayuda. Algunos autores han propuesto una formación de estos agentes a la relación en el ámbito del ejercicio de su profesión, basada en la interiorización de la triada rogeriana (consideración positiva, empatía y autenticidad) y en el adiestramiento en una serie de habilidades en las que aquéllas se despliegan y actualizan. (Bermejo, Martínez 1998).

En el fondo subyace el convencimiento de que para realizar bien las profesiones de intervención social no es suficiente con poseer una competencia científico-técnica, sino que es necesaria también una buena capacidad de comunicar. Una buena evaluación, una buena adherencia a una indicación, un buen soporte emocional, la comunicación de una mala noticia, la solicitud del consentimiento informado, etc., tareas propias de trabajadores sociales, tendrán tanto más éxito y serán realizadas tanto más a la medida de la dignidad de la persona, cuanto más diestro sea el profesional en relación de ayuda.

Pero no sólo esto. Unas buenas relaciones interpersonales en el trabajo interdisciplinar, una buena deliberación en el seno de los Comités de Ética se producirá si efectivamente los miembros tienen interiorizadas las actitudes presentadas y despliegan las habilidades en la relación interpersonal. No es éste ya un contexto de relación ayudante-ayudado, cuanto de relación entre iguales, donde se busca un objetivo común: la calidad del servicio y la eficacia en los procesos. En concreto, la deliberación como arte de tomar decisiones sabias y prudentes (Gracia 1998, p. 124) sólo tendrá lugar de manera correcta si se produce una relación auténtica en los participantes en el proceso, donde las personas se escuchen, se intenten comprender de manera empática, sean ellas mismas y se acepten incondicionalmente. El ámbito de aplicación del *counselling*, por tanto, no queda reducido al mundo de las relaciones con las personas en condiciones de vulnerabilidad que piden ayuda, sino que viene a convertirse en un “modo de ser”, un “modo de trabajar” cualificado porque, en el fondo, el que trabaja interdisciplinariamente o pretende deliberar, también “busca ayuda” de alguna manera.

ACTITUDES PARA EL COUNSELLING Y LAS RELACIONES DE AYUDA

Si la competencia relacional en la ayuda viene dada por la sana conjunción de conocimientos, habilidades y actitudes relativos al fenómeno de la relación interpersonal, son estas últimas de las que se dice que constituyen el elemento terapéutico fundamental en la interacción con la persona mayor cuidada, después de los recursos del mismo ayudado.

Las actitudes, o disposiciones interiores, en realidad, ya contienen un elemento cognitivo, un elemento afectivo y un elemento conativo-conductual. Para disponerse en una actitud se requiere la capacidad de hacerlo, además de la voluntad. Con alguna frecuencia se confunden las actitudes con las habilidades reduciendo aquéllas a éstas.

El modelo de relación de ayuda que se viene trabajando en el ámbito del cuidado a los mayores está centrado en la triada rogeriana, es decir, en la aceptación incondicional de la persona o

consideración positiva, en la empatía y la autenticidad, genuinidad o congruencia.

Aceptación incondicional o consideración positiva

El significado de la consideración positiva o aceptación incondicional va más allá de una simple disposición optimista y acogedora. Rogers dice de ella: “Cuando el cliente experimenta la actitud de aceptación que el terapeuta tiene hacia él, es capaz de asumir y experimentar esta misma actitud hacia sí mismo. Luego, cuando comienza a aceptarse, respetarse y amarse a sí mismo, es capaz de experimentar estas actitudes hacia los demás” (Rogers 1986, p. 146). Las cuatro líneas por las que cabe desarrollar esta actitud son las siguientes:

- Ausencia de juicio moralizante. Es éste uno de los puntos de partida más sanos para la relación de ayuda: la evitación de la moralización. En efecto, una de las tendencias fáciles en las relaciones interpersonales es la de etiquetar o emitir juicios no de valoración, sino moralizantes de la persona. Cuando así actuamos, perdemos capacidad de ayudar y confianza. En cambio, cuando el usuario, el cliente... se siente acogido incondicionalmente, sin ningún juicio moralizante sobre su conducta, incluso cuando exista una relación natural y directa entre ésta y su estado general, se genera la confianza necesaria para que la relación sea eficaz.

En cambio, sentir que alguien moraliza sobre uno hace perder la confianza y, en palabras de Rogers, lo único que vehicula es la manifestación de la propia inmadurez del que juzga.

La ausencia de juicio moralizante no significa la aprobación de la conducta del ayudado como buena, sino la acogida incondicional de su persona, aunque la conducta sea susceptible de ser confrontada porque vaya contra la persona o tenga repercusiones negativas sobre uno mismo o sobre terceros.

- Acogida incondicional del mundo de los sentimientos. Este es otro de los significados que tiene esta actitud. Los sentimientos constituyen el modo más íntimo de reaccionar ante los estímulos que nos vienen de fuera y de dentro de uno mismo. En sí, no son ni buenos ni malos moralmente. Adquieren una connotación moral cuando se traducen en conducta éticamente valorable.

Una tendencia frecuente suele ser la de exhortar a evitar emociones negativas, como si éstas reflejaran debilidad o tuvieran una connotación ética negativa. La acogida incondicional de los sentimientos y significados de la persona a la que se quiere ayudar genera libertad, seguridad, permite drenar libremente, genera bienestar. No significa aprobar o actuar pasivamente ante comportamientos agresivos por parte del ayudado, por ejemplo, o ante cualquier sentimiento que suponga displacer, sino comprenderlos y acogerlos acompañando a manejarlos lo más sanamente sin moralizar sobre ellos.

- **Consideración positiva.** Aquí se apoya uno de los pilares fundamentales de la relación de ayuda: en la consideración de que la persona a la que se pretende ayudar no es sólo depositaria de dificultades, sino que tiene recursos para afrontar la adversidad. "Creo en ti" sería uno de los puntos de partida de toda relación de ayuda. Creo que tienes posibilidades para crecer, para identificar tus dificultades y tus recursos, para ponerlos en marcha, para despertar el curador interior, para adoptar conductas saludables, para integrar los límites, para vivir sanamente lo que no se puede cambiar.

La visión positiva de la persona es, en el fondo, el reconocimiento de que el protagonismo en el proceso de *counselling* está centrado en la persona del ayudado. El es el que ha de conducir su vida con autonomía; valorando, sí; dejándose confrontar, sí; pero, en el fondo, la persona tiene posibilidad de tender hacia el bien, crecer y decidir en sintonía con su propia escala de valores.

La confianza en los recursos del ayudado es una disposición que va contra el paternalismo en las relaciones de ayuda.

- **Cordialidad o calor humano.** Y finalmente, esta actitud supone una relación afable y cálida. La ausencia de este aspecto de esta actitud genera distancia y, con frecuencia, lamentación por deshumanización.

No se trata de una disposición hacia una ternura tal que se salga del ámbito de los roles propios de la profesión, sino la calidez humana propia de la dignidad de la persona que no puede reducirse a una relación funcional.

Empatía

Quizás la palabra más utilizada en el ámbito de la reflexión sobre la relación de ayuda sea precisamente ésta. Pero quizás sea también una de las palabras utilizadas con menos precisión, e incluso se pueda decir de ella que está inflacionada.

La historia del concepto de empatía es relativamente breve en psicología. (Fortuna, Tiberio 1999, p. 15). Cuando Titchener tradujo la noción de *Einfühlung* con *empathy* sirviéndose del griego *empathēia* quería subrayar una identificación tan profunda con otro ser que le llevara a captar con precisión los sentimientos del otro con los "músculos de la mente". El desarrollo del concepto lleva a adquirir una importancia central en el ámbito de las relaciones de ayuda, de modo particular con Rogers.

La empatía es la actitud en virtud de la cual, una persona hace el esfuerzo cognitivo, afectivo y conductual por captar, de la manera lo más ajustada posible, la experiencia ajena, sus necesidades, los significados que las cosas tienen para ella, sus sentimientos, los valores que la habitan, las dinámicas que actualiza, las expectativas y deseos que le mueven, así como los recursos con

los que cuenta. Pero no sólo, la empatía comporta también que la persona del ayudado perciba que está siendo comprendido (Borell i Carrió 1998, p. 12).

No se trata de una comprensión fácil y superficial, semejante a las palabras bienintencionadas que quitan importancia y relativizan; ni tampoco una comprensión que genera la grata experiencia de sentirse en sintonía emocional. No. La empatía no siempre genera una experiencia placentera de sentirse comprendido porque, a veces, lo que se comprende y, además, se comunica a quien lo vive, es una contradicción o dinámica no saludable, aunque cómoda.

La empatía, por tanto, no es lo mismo que la simpatía (gentileza), ni siquiera en el sentido etimológico ("sentir con"). Cuando una persona, queriendo comprender a otra, experimenta sus mismas emociones, entonces estamos ante el significado etimológico de la "simpatía". No es el objetivo de la empatía lograr experimentar los sentimientos ajenos, sino captarlos (junto con las necesidades, los recursos, etc.), de la manera lo más ajustada posible a como son vividos (Stein 1999, p. 68).

La empatía, pues, es unidireccional. No es correcta la expresión "entre nosotros hay una buena empatía", o "generar empatía", o "entrar en empatía", tantas veces utilizadas, sino que lo correcto sería poder decir: "yo estoy en actitud empática contigo". Tiene carácter unidireccional, es unívoca, y no requiere vivir las mismas emociones de la persona a la que se quiere comprender.

Quien desea disponerse en actitud empática ha de ponerse a sí mismo entre paréntesis, adoptar el marco de referencia interior del otro, ver las cosas desde su punto de vista y, en el fondo, hacer una doble identificación: con la persona y con la situación. Algo así como decirse a sí mismo: "también yo, si fuera tú (identificación con la persona) y estuviera en tu situación (identificación con el problema)...". No es otra cosa que renunciar a la proyección de significados e intentar captar la experiencia ajena mirando desde donde mira el otro.

La empatía es la actitud que regula el grado de implicación emocional con la persona del ayudado. A la vez que requiere un proceso de identificación actitudinal, requiere también la capacidad de manejar la propia vulnerabilidad, el impacto que la experiencia ajena tiene sobre sí, las propias sombras y heridas que pueden despertar con ocasión del encuentro con la vulnerabilidad ajena. Requiere también aprender a separarse, restablecer la distancia emocional necesaria (junto con la proximidad) para no quemarse, para no identificarse emocionalmente y prevenir el síndrome del burn-out.

Algunos autores han desarrollado una reflexión sobre la empatía hablando de fases de la misma (Casera 1983, p. 49). Es un modo de presentar el proceso cognitivo-afectivo de la empatía, que pasa por la identificación (primera fase) con la persona y la situación del otro; por la repercusión e incorporación (segunda fase) o conciencia y manejo de la propia vulnerabilidad y del impacto que sobre sí mismo tiene el encuentro con la vulnerabilidad ajena; y por la separación

(tercera fase) o restablecimiento de la distancia psicológica y emocional acortada por la aproximación del primer momento.

En el evolucionar del concepto de empatía, estamos de acuerdo con quienes la consideran como una capacidad que incluye elementos cognitivos y afectivos, así como elementos comunicativos o conductuales que constituyen la parte visible de la empatía (Fortuna, Tiberio 1999, p. 35). Asimismo somos del parecer de que la empatía "es un proceso activo, consciente e intencional y que, por tanto, puede ser activado voluntariamente". Ello no impide que agentes expertos tengan una particular facilidad para disponerse en actitud empática, habiendo llegado a ser algo automático, un "modo de ser".

Autenticidad, genuinidad o congruencia

La tercera actitud propia de la relación de ayuda según el modelo humanista inspirado en Carl Rogers es la autenticidad. Una persona es auténtica cuando es ella misma en la relación, cuando entre su mundo interior, su consciencia y su comunicación externa hay sintonía.

Ser auténtico confiere autoridad al ayudante en la relación. Ser sí mismo, coherente con los propios valores, sentimientos, pensamientos, significa a veces ser capaz de presentar explícitamente la divergencia, autorrevelarse y comunicar lo que el ayudante siente (aunque no sea el objetivo primero de la relación), mantener coherencia interna y externa.

La autenticidad comienza por el autoconocimiento. De hecho una de las vías necesarias para ser un buen ayudante es el conocimiento de sí mismo, de las propias dinámicas, de los propios sentimientos y su manejo, de los propios valores interiorizados (no sólo proclamados).

Ser sí mismo en la relación es algo más que ejercer el rol de profesional. Es considerar que la propia persona constituye un recurso para el otro. La persona del ayudante, antes que sus conocimientos y sus estrategias de ayuda, ella misma, constituye una ayuda tanto más eficaz cuanto más persona sea y menos se esconda detrás del rol.

Ser auténtico significa que los sentimientos que experimenta el ayudante están a su alcance, disponibles a su percepción, y que se es capaz de vivirlos y de comunicarlos si se desea (Rogers, Rosenberg 19889, p. 167).

Uno de los requisitos para que la autenticidad se traduzca en la relación de ayuda es aprender a manejar la propia vulnerabilidad. La metáfora del sanador herido (Nowen, 1996) ilustra el hecho de que la persona del ayudante no sólo es capaz de ayudar (posee recursos), sino también es vulnerable, como el ayudado; posee tanto recursos como vulnerabilidad. El ayudante habrá de ser él mismo, es decir, dueño de su propia vulnerabilidad hasta el punto de convertirla en recurso para la relación, es decir, capacidad de comprensión de los límites y dificultades ajenos

precisamente por la familiaridad que tiene en el conocimiento de sus propios límites y sombras.

UN EJEMPLO

A continuación un ejemplo tal como tuvo lugar en la asistencia de un profesional de un centro residencial que representa una tendencia muy arraigada en términos relacionales, donde visiblemente se percibe la carencia de las actitudes señaladas.

María y Filo son dos hermanas, de 90 y 88 años respectivamente, solteras, que han vivido y trabajado juntas toda la vida. Ahora viven en una residencia de ancianos y se han separado por primera vez cuando María tuvo que ser hospitalizada, diagnosticándole un posible carcinoma pancreático. Al descartar tratamiento quirúrgico, regresa a la Residencia para seguir cuidados paliativos. Cuando entro en la habitación, tras el regreso de María del hospital, Filo, que está muy preocupada, se interesa por el estado de su hermana, que está en la cama entre adormilada y comatosa.

- E.1 Buenos días.
 F.1 Buenos días. Tenía muchas ganas de verte.
 E.2 Estarás contenta. Ya tienes aquí a tu hermana.
 F.2 Sí, pero está muy malita y yo muy preocupada.
 E.3 Ya sabes lo que le han diagnosticado en el hospital, pero no tienes que preocuparte porque ya sabes que aquí os cuidamos como si fuerais de nuestra familia.
 F.3 Ya lo sé. ¿Qué haré yo si se muere María? Me quedará sola.
 E.4 ¡Venga, Filo! No vamos ahora a pensar en eso. Intentaremos que María se recupere lo más posible para que sigáis juntas mucho tiempo.
 F.4 ¿Pero no les han dicho que tiene algo muy malo?
 E.5 Bueno..., no nos han dicho nada seguro. A veces, por muchas pruebas que se hagan se realizan diagnósticos equivocados.
 F.5 Vosotras sois muy buenas, pero me da tanta pena verla así. Y yo me quedará tan sola...
 E.6 Filo, tienes que tener confianza. La esperanza es lo último que se pierde.
 F.6 Ya, pero nosotras llevamos mucho tiempo juntas. No me hago a la idea de que pueda morir ya. Para mí lo es todo.
 E.7 Bueno, Filo, si piensas esas cosas no vas a conseguir nada. ¡Hay que animarse, mujer! Tú piensa que se recuperará. ¡Venga!
 F.7 Gracias. Pero no me quedo tranquila. Está muy malita y es lo único que tengo en la vida.
 E.6 Venga. No te preocupes tanto, que ya estamos nosotros para cuidar a María. Luego volveré para ver qué tal seguís. ¡Hasta luego!

Salgo de la habitación (transcribe el profesional), con la satisfacción de haber disminuido la ansiedad de Filo.

Hemos modificado “en laboratorio” algunas respuestas intentando que éstas sean más empáticas, más humanas en términos relacionales y proponemos el diálogo para evidenciar un estilo susceptible de ser aprendido con estrategias formativas teórico-prácticas.

- E.1 Buenos días.
F.1 Buenos días. Tenía muchas ganas de verte.
E.2 *(A suficiente distancia para que no oiga María) Me alegro de estar aquí: ¿Cómo estáis?*
F.2 Está muy malita y yo muy preocupada.
E.3 *Ya, ha empeorado, aunque ha vuelto a la Residencia. Te gustaría que se pusiera bien, ¿verdad?*
F.3 ¿Qué haré yo si se muere María? Me quedaré sola.
E.4 *Llevas mucho tiempo junto a ella. Han sido muchos años juntas. (Cogiéndola el brazo).*
F.4 ¿Pero no les han dicho que tiene algo muy malo?
E.5 *Sí, no está bien, ya sabes. Lo que no sabemos es cómo evolucionará.*
F.5 Vosotras sois muy buenas, pero me da tanta pena verla así. Y yo me quedaré tan sola...
E.6 *Ya me hago cargo, Filo, de que es duro ver a tu hermana tan delicada.*
F.6 Nosotras llevamos mucho tiempo juntas. No me hago a la idea de que pueda morirse ya. Para mí lo es todo.
E.7 *Has vivido siempre junto a ella ¿verdad? Lo bueno es que puedes estar con ella también ahora, que está enferma y le puedes acompañar con todo el cariño.*

Este cambio en el estilo relacional no nos permite saber cómo habría hecho reaccionar a Filo de manera diferente y cómo podría haber seguido evolucionando el encuentro. Pero es suficiente para indicar la necesidad de humanizar los cuidados por la vía de las competencias propias del *counselling*.

HUMANIZAR LA ARQUITECTURA RESIDENCIAL

Si bien las relaciones constituyen el ámbito privilegiado de humanización y por ellas pasan todos los demás, también la arquitectura es de suma importancia en el cuidado a las personas mayores dependientes.

La experiencia del Centro San Camilo de Tres Cantos, transformado permanentemente a la búsqueda de la excelencia en el ámbito residencial, nos permite identificar algunas claves arquitectónicas humanizadoras, como son las presentadas en el capítulo anterior.

BIBLIOGRAFÍA

ARIETA L., *Los rostros de la tristeza. Terapias de superación*, en “Sal Terrae”, 2000 (1031), p. 102-103.

- BERMEJO J.C., *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1999.
- BERMEJO J.C., *La escucha que sana. Diálogo en el sufrimiento*, San Pablo, Madrid, 2002.
- BERMEJO J.C., *La relación de ayuda a la persona mayor*, Sal Terrae, Santander, 2004.
- BERMEJO J.C., *Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*, Sal Terrae, Santander, 2009.
- BERMEJO J.C., *Introducción al counselling*, Sal Terrae, Santander, 2011.
- BERMEJO J.C., MARTÍNEZ A., *Relación de ayuda, acción social y marginación*, Sal Terrae, Santander, 1998.
- BRAZIER D., *Más allá de Rogers*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1997.
- BRUSCO A., "La relación de ayuda diferenciada", en: BERMEJO J.C. (ED.), *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*, Madrid, San Pablo, 1997.
- BRUSCO A., *Humanización de la asistencia al enfermo*, Santander, Sal Terrae, 1999.
- BORRELL I CARRIÓ, F., *Manual de Entrevista Clínica*, Harcourt Brace, Madrid, 1998.
- BUCKMAN R., KORSCH B., BAILE W.F., *Programa de formación en Comunicación y Salud*, Fundación de Ciencias de la Salud, Madrid, 2000.
- CARKHUFF R.R., "Training as a Necessary Pre-Condition of Education: The Development and Generalization of a Systematic Resource Training Model", *Journal of Research and Development in Education*, 1971.
- CASERA D., *Mis hermanos los psicóticos*, Paulinas, Madrid, 1983.
- EGAN G., *The Skilled Helper*, Brooks Cole, Monterrey, Cal., 1975.
- FELTHAM C., *Dizionario di counseling*, Sovera, Roma, 1995.
- FORTUNA F., TIBERIO A., "Il mondo dell'empatia", Franco Angeli, Milano, 1999.
- GAFO J., *10 palabras clave en bioética*, Verbo Divino, Estella, 1994.
- GILBERT D.G., CONNOLLY J.J., *Personalidad, habilidades sociales y psicopatología. Un enfoque diferencial*, Omega, Barcelona, 1995.

GOLEMAN D., *Inteligencia emocional*, Barcelona, Kairós, 1997.

GRACIA D., *Bioética clínica*, Búho, Bogotá 1998.

GRACIA D., *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid 1989, p.185.

HUTTERER R., "Eclecticismo: crisis de identidad de los terapeutas centrados-en-la persona", en BRAZIER D., *Más allá de Carl Rogers*", Desclée de Brouwer, Bilbao, 1997.

LAIN P., *Teoría y realidad del otro*, Alianza, Madrid 1988.

Ministerio de Sanidad y Consumo, "Ensayos clínicos en España (1982-1988)", anexo 4, Madrid, 1990.

MARROQUIN M., *La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff*, Mensajer, Bilbao, 1991.

MONBOURQUETTE J., *Reconciliarse con la propia sombra*, Santander, Sal Terrae, 1999.

NOUWEN H.J.M., *El sanador herido*, Madrid, PPC, 1996.

ROGERS C., *El proceso de convertirse en persona*, Paidós, Barcelona, 1986.

ROGERS C., *Psicoterapia centrada en el cliente*, Paidós, Barcelona, 1986.

ROGERS C., ROSENBERG R., *La persona como centro*, Herder, Barcelona, 1989.

STEIN E., "L'empatia", Franco Angeli, Milano, 1999.

MODELOS DE APOYO PARA UNA VIDA INDEPENDIENTE. UNA PROPUESTA DESDE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

MIGUEL ÁNGEL GARCÍA OCA

Presidente de PREDIF, ASPAYM-Madrid y representante del CERMI.

Las personas con discapacidad necesitan para realizar las distintas actividades de la vida diaria una serie de apoyos que van más allá de la accesibilidad de los entornos. De acuerdo a la última encuesta elaborada por el INE, la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD), publicada el pasado 4 de noviembre de 2008, el 8,5% de la población total española tiene algún tipo de discapacidad.

Del total de personas con discapacidad de seis o más años, el 74% (2,8 millones) tiene dificultades para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Los problemas principales de las personas con discapacidad son de movilidad (67,2%), de dificultades en la vida doméstica (55,3%) y de dificultades para el autocuidado (48,4%). La mitad de ellas no pueden realizar alguna de estas actividades si no reciben ayudas.

Por sexo, el 80,3% de las mujeres con discapacidad presentan alguna restricción en ABVD frente al 64,6% de los hombres.

Las limitaciones adquieren mayor importancia a medida que aumenta la edad. Así dentro del grupo de personas con discapacidad entre 6 y 44 años, 6 de cada 10 tienen una dificultad en ABVD, mientras que en el grupo de 80 y más años la proporción se eleva a 8,6 de cada 10.

Un estudio más reciente elaborado en el 2011 por PREDIF (Plataforma Representativa Estatal de Discapacitados Físicos) sobre las "Necesidades en el medio urbano de las personas con gran discapacidad física y sus familias", reveló las cinco áreas de la vida cotidiana en las que las personas necesitan más apoyos. Primeramente en la vida doméstica (80%) para la realización de actividades tales como cocinar, limpiar, hacer la compra, etc., seguida de los desplazamientos fuera del hogar (más del 60%) en el entorno urbano, en los edificios públicos y a la hora de utilizar los medios de transporte, también para el autocuidado (más del 60%), es decir, para vestirse, asearse, alimentarse, etc., y por último para las actividades de ocio (aproximadamente 50% de la población) y para las actividades educativas y laborales (más del 30%).

Desde las organizaciones representativas de las personas con gran discapacidad física, especialmente lesionados medulares, (PREDIF, ASPAYM – Madrid, Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física de la Comunidad de Madrid y la Fundación del Lesionado Medular), se han identificado tres situaciones en las que las personas con discapacidad necesitan más apoyos

para tener una vida más normalizada e independiente:

- La primera, con la lesión sobrevenida una vez que se les ha dado el alta médica por la sanidad pública cuando tienen que volver a casa, retomar el trabajo o los estudios e integrarse en su núcleo familiar y en su ámbito social.
- La segunda, cuando la lesión medular produce un nivel de dependencia en la persona que no le permite a corto y medio plazo vivir en su casa, incorporarse al trabajo o a los estudios, y necesita una asistencia más especializada para la vida cotidiana.
- La tercera, cuando la persona se ha adaptado a su nueva situación, está integrada en su núcleo familiar y ámbito social, y además tiene un plan de vida personal, profesional o de formación para el que necesita una asistencia personalizada, que en la mayoría de los casos se resolvería con “un apoyo humano”.

Para solventar cada una de estas situaciones las organizaciones antes mencionadas han creado tres modelos de apoyo para la vida independiente: el Centro de Servicios Múltiples para lesionados medulares, la Residencia del Lesionado Medular y la Oficina de Vida Independiente. Los dos primeros recursos son gestionados por la Fundación del Lesionado Medular y el tercero por ASPAYM-Madrid.

La Fundación del Lesionado Medular fue creada en 1997 con el apoyo de las organizaciones asociativas antes mencionadas y, desde una iniciativa privada con apoyos institucionales, se tomó conciencia de la necesidad de crear servicios de apoyo y rehabilitación integral para las personas con lesión medular una vez que se les ha dado el alta médica por la sanidad pública. Los objetivos de estos servicios de apoyo posteriores a la lesión sobrevenida son mejorar y conservar las condiciones físicas del lesionado, y a la vez enseñarle las habilidades que les permitan acceder al mundo laboral, al de formación y desenvolverse de forma autónoma y menos dependiente en la vida diaria. Para concretar y conseguir estos objetivos fundacionales se consiguió construir el Centro de Servicios Múltiples en una parcela cedida por el Ayuntamiento de Madrid, finalizándose sus obras en el año 2000. Desde entonces el Centro de Servicios Múltiples no sólo funciona como Centro de Rehabilitación Integral, sino también como Centro de Día.

En el año 2007 la Fundación dio un paso más a favor de las personas con lesión medular. Después de comprobar la manifiesta escasez en la Comunidad de Madrid de plazas residenciales para personas con discapacidad física gravemente afectadas, y que no existía ninguna residencia que pudiera cubrir las necesidades específicas de las personas con lesión medular, la Fundación construyó una Residencia específica para personas con lesión medular en un terreno anexo al Centro de Servicios Múltiples, cuya puesta en funcionamiento tuvo lugar el 29 de enero de 2007.

Antes de que existiera esta Residencia se utilizaban recursos inadecuados y más costosos, como

son los internamientos hospitalarios o residencias de personas mayores que generaban en algunos casos situaciones de desamparo y deterioro de las condiciones de vida de los lesionados medulares. Si las personas afectadas por una lesión medular no recibieran el tratamiento rehabilitador adecuado les provocaría un aumento de su deterioro físico, con el consiguiente deterioro anímico y psíquico mermando su calidad de vida y dificultando las posibilidades de mejora en su entorno físico y social.

A través de estos tres recursos puestos en marcha (Centro de Rehabilitación, Centro de día y Residencia) se persiguen los objetivos específicos siguientes con vistas a la recuperación de las personas con lesión medular, para conseguir su incorporación al mundo laboral y posible integración y normalización en su entorno físico y social.

- a) Rehabilitación física de las personas afectadas por lesión medular.
- b) Mejorar el estado funcional de las mismas a través de terapia ocupacional.
- c) Favorecer la situación anímica de la persona, mediante las oportunas terapias psicológicas individuales o de grupo, así como la de su pareja y familiares.
- d) Reforzar las posibilidades de integración en el mundo laboral.
- e) Apoyar a los usuarios y familiares a superar las difíciles situaciones que esta patología ocasiona.
- f) Propiciar una vida independiente.
- g) Aumentar la autonomía de las personas con lesión medular.

Para alcanzar los objetivos tan amplios marcados por la Fundación, se ha buscado desde el principio la conjunción de esfuerzos y colaboración entre el sector privado no lucrativo con el sector público, para lograr la mejor gestión de esta iniciativa social. Tanto el Centro de Servicios Múltiples como la Residencia son Centros concertados con la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid y además cuentan con otros patrocinadores tanto del sector público como privado, entre los que están: Fundación ONCE, Obra Social Caja Madrid, Comunidad de Madrid, Consejería de Asuntos Sociales, Consejería de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Ayuntamiento de Madrid, Grupo Acciona, Fundación Rafael del Pino, Ayuntamiento de Villajoyosa, Fundación Konecta, Endesa, Toshiba, Fundación Telefónica y AMCISA Correduría de Seguros.

Los beneficiarios de los servicios prestados por la Fundación por medio de los tres recursos antes mencionados pueden clasificarse en cuatro grandes grupos de pacientes con lesión medular:

- Crónicos con lesión estabilizada.
- Con lesión no estabilizada.
- Que acaban de recibir el alta hospitalaria.
- Que no acuden de forma habitual a la Fundación, pero que al presentar alguna complicación puntual derivada de su lesión, y tras la valoración médica, acuden para recibir un tratamiento específico.

1. CENTRO DE SERVICIOS MÚLTIPLES

El Centro de Servicios Múltiples cuenta con una superficie útil de 1.913,57 m² distribuidos en dos plantas. La planta primera, con 1.340 m² construidos donde se lleva a cabo el servicio de Rehabilitación, está dividida en tres bloques diferenciados: gimnasio, despachos y salas de talleres-terapia ocupacional. Cada bloque alberga una función diferente, unidas en el distribuidor y sala de espera desde el que se relaciona todo el edificio.

El uso de la planta baja se ha cedido a ASPAYM–Madrid para el desarrollo de sus actividades en colaboración con los objetivos de la Fundación.

El Centro se comunica también con la Residencia a través de un patio interior en forma de U.

El Centro alberga los servicios de rehabilitación funcional, de atención médica, psicológica y social especializada que corresponden al Centro de Rehabilitación, además de los servicios propios del centro de día.

1.1. CENTRO DE REHABILITACIÓN

- *Rehabilitación funcional de carácter ambulatorio*

El área de rehabilitación tiene una capacidad de 120 plazas. Cuenta con un médico especialista en medicina física y rehabilitación y un psicólogo clínico, que realizan la valoración inicial del estado funcional y psicológico de todos los pacientes que acuden a la Fundación. Esta valoración inicial comprende:

- Exploración neurológica completa.
- Evaluación de la reeducación vesical e intestinal.
- Recogida de todas las complicaciones que el lesionado medular haya presentado a lo largo de su evolución.
- Valoración de la independencia conseguida en las Actividades de la Vida Diaria (AVD).
- Valoración psicológica mediante aplicación del protocolo-base.

Tras esta evaluación se pauta el tratamiento específico para cada paciente, según su estado funcional, que comprende alguna o todas de las siguientes áreas: seguimiento médico, seguimiento psicológico, fisioterapia y terapia ocupacional.

Mediante la fisioterapia se trata de ayudar al paciente a mantener o mejorar, según sea el caso, el máximo nivel de capacidad funcional posible. Se han desarrollado programas de fisioterapia propios, según los cuatro grandes grupos de pacientes con lesión medular, para mantenerlos en las mejores condiciones de salud, rompiendo con las barreras de la rehabilitación estándar

asistida y favoreciendo de esta manera un entrenamiento óptimo con la participación activa del usuario. Las principales áreas de trabajo dentro del gimnasio son: cinesiterapia; potenciación de musculatura; equilibrio de tronco y control postural; programa de verticalización progresiva; control de espasticidad; reeducación de la marcha...

Analizando los beneficios de la intervención de la terapia ocupacional, no sólo a nivel funcional sino también a nivel de la autoestima, se han diseñado programas específicos de acuerdo al nivel de lesión, que se matizan según las características y necesidades individuales de la persona con lesión medular. Desde esta área se llevan a cabo las siguientes actividades terapéuticas: entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), entrenamiento de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), terapia de posicionamiento, entrenamiento en el manejo de la silla de ruedas, asesoramiento sobre ayudas técnicas, asesoría para modificación del ambiente y adaptación del domicilio, asesoramiento a la familia sobre el cuidado del paciente con lesión medular, laborterapia...

El objetivo principal del servicio de rehabilitación integral es conseguir mantener un equilibrio de la salud del lesionado medular desde el punto de vista biológico, psicológico y social, manteniendo en todo caso el mayor nivel de independencia.

Gracias al Centro de Rehabilitación, la Fundación del Lesionado Medular desarrolla y participa en programas de formación de alumnos de fisioterapia y terapia ocupacional en prácticas de la Universidad Alfonso X El Sabio. Durante el curso 2009-2010, 16 alumnos de fisioterapia y 4 alumnos de terapia ocupacional han realizado sus prácticas en el Centro.

- Atención especializada de los aspectos médicos, psicológicos y sociales

De manera general, la atención médica se encarga del seguimiento de la evolución clínica del paciente; de la prevención, atención y seguimiento de las posibles complicaciones de la lesión así como de lesiones musculares y síndromes dolorosos posteriores a la lesión. El médico también educa al paciente sobre la lesión medular.

A través de la atención psicológica se pretende conseguir la asimilación, adaptación y adecuación a la nueva situación con la que se encuentra la persona y su familia una vez que ha pasado el periodo hospitalario tras la lesión medular sufrida. Para ello, se ofrecen distintos tipos de terapias: terapias individuales, terapias familiares, terapias de pareja, terapias grupales y seguimiento psiquiátrico.

Desde la perspectiva del trabajo social, se realiza una labor de información, derivación en su caso, y asesoramiento en diferentes dimensiones de la vida personal y social del lesionado medular y de sus familias, como son: formación laboral; formación ocupacional; rehabilitación psicosocial; formación cultural; ofertas de empleo; recursos terapéuticos; ayudas específicas; apoyo

familiar; recursos y prestaciones sociales; derechos del lesionado medular, etc.

- Servicio de transporte

Para facilitar la asistencia al Centro, la Fundación ofrece además, servicio de transporte para la recogida y regreso al domicilio de usuarios. El colectivo de personas con lesión medular se caracteriza porque la gran mayoría tienen que utilizar silla de ruedas para su desplazamiento, y para su traslado a cualquier lugar necesitan un vehículo adaptado a sus necesidades. Dada la escasez de centros de atención como el planteado, el servicio abarca la totalidad del territorio de la Comunidad de Madrid. Actualmente, el Centro cuenta con tres vehículos adaptados para el transporte de usuarios de silla de ruedas, dotados de plataformas elevadoras, fijaciones, etc.

1.2. CENTRO DE DÍA

Desde el Centro de Día de la Fundación se realizan actividades complementarias a la rehabilitación funcional, y a los servicios descritos en el Centro de Rehabilitación, dirigidas a la inserción social plena en el entorno habitual del usuario. El Centro de día tiene régimen ambulatorio.

Sus características más significativas son: que no es un centro de destino, sino de recursos, del que, además, se benefician todos los usuarios del Centro de Rehabilitación y de la Residencia.

Este Centro de Día cuenta con los siguientes servicios:

- Taller de expresiones plásticas y manualidades.
- Aula/Taller permanente de informática e Internet.
- Taller de radio.
- Aula/Taller de audiovisuales.
- Taller de abalorios.
- Taller de Guitarra.
- Actividades deportivas: tenis de mesa, dardos electrónicos, baile deportivo y rugby en silla de ruedas.
- Taller de animación sociocultural: se realizan distintas actividades de ocio dentro y fuera de las instalaciones de la Fundación, entre los que se destacan algunos viajes organizados.
- Grupos de trabajo: ocio, familiares, autoayuda...

Es importante resaltar que en la población que la Fundación atiende hay una dispersión grande en cuanto a edad, grado de afectación, niveles de formación o capacitación, etc.

El objetivo es dotar de una actividad satisfactoria a las distintas aptitudes e intereses, buscando la motivación para una actitud positiva y participativa de todos los usuarios, que potencie sus capacidades y habilidades de modo que se favorezca la inserción en su entorno habitual.

Por todo ello, las atenciones prestadas por los profesionales de los talleres y aulas son absolutamente personalizadas, ajustadas a las necesidades, demandas y potencialidades de cada usuario.

2. RESIDENCIA DEL LESIONADO MEDULAR

La Residencia del Lesionado Medular se proyecta para personas con lesión medular que requieren viviendas adaptadas, cuidados personales y atención especializada las 24 horas del día, con el objetivo de facilitarles una vida autónoma acorde a sus capacidades intelectuales y a las limitaciones derivadas de la lesión.

El edificio residencial cuenta con una superficie de 5.480,43 m² distribuidos en cuatro plantas. La planta sótano está destinada al garaje, y tiene 46 plazas de estacionamiento. En la planta baja está situada la recepción, las oficinas administrativas, el salón de usos múltiples, la cafetería, el comedor y la cocina de la residencia. La primera y la segunda planta albergan un total de 46 habitaciones individuales y 14 dobles (de 20 y 25 m² respectivamente) cada una con un baño adaptado para Personas con Movilidad Reducida (PMR). Todo el edificio y en especial, las habitaciones han sido diseñados para facilitar la autonomía individual de los residentes, incorporando los últimos avances en tecnología para el control y la automatización de entornos. Las habitaciones están adaptadas y domotizadas para potenciar la accesibilidad e independencia de los usuarios incluidos aquéllos que presentan mayores limitaciones en cuanto a movilidad. Éstas disponen de luz cenital en habitación y baño, cama articulada, climatización independiente, sistemas automatizados para la apertura y cierre de puertas y ventanas, TV e internet. Incluso, en los casos en que la movilidad es muy reducida, se han realizado adaptaciones específicas para la persona. Las cuatro plantas de la residencia se comunican por medio de ascensores y por medio de rampas accesibles. El edificio tiene una capacidad para albergar a 74 residentes.

Dependiendo de cada usuario la estancia en la Residencia puede ser permanente, temporal y de emergencia.

El programa residencial comprende actividades de: rehabilitación, terapia ocupacional, formación, ocio y tiempo libre, talleres y desarrollo de la vida comunitaria. También se utilizan los recursos generales del entorno urbano (Centro Cultural, C.R.M.F. Centros de Recuperación de Personas con Discapacidad Física, Centros de formación, Biblioteca, etc.) puesto que lo que se pretende desde la Fundación es que los residentes desarrollen una vida normalizada en su entorno habitual, con participación activa en todas las posibilidades que oferta una zona urbana, moderna y de amplia población.

A continuación se detallan los servicios prestados desde la Residencia, además de los servicios del Centro de Servicios Múltiples antes detallados que forman parte del programa de atención individualizada:

- Alojamiento y manutención.
- Lavado y cuidado de ropa personal.
- Limpieza diaria de estancia.
- Cuidado y apoyo personal y social.
- Aseo e higiene personal.
- Servicios sanitarios, psicológicos y de rehabilitación personalizados.
- Seguimiento de tratamientos clínicos.
- Oferta de actividades socio-culturales.
- Otros servicios (compañía en caso de traslado a Centros Sanitarios, etc.).

Para ofrecer estos servicios la Fundación cuenta con profesionales cualificados y especializados en la atención a personas afectadas con lesión medular. El equipo de enfermería atiende las necesidades sanitarias de los residentes en lo referente a su vida cotidiana, de manera permanente, las 24 horas, 365 días al año. Bajo la dirección del médico, se está en conexión fluida con los respectivos médicos de familia del Sistema Público de Salud a los que los residentes están adscritos, con objeto de coordinar sus esfuerzos.

La Residencia del Lesionado Medular es un centro asistencial para adultos donde sus residentes presentan un amplio abanico de situaciones personales, desde quienes trabajan o estudian, saliendo a diario a sus ocupaciones, hasta lesionados medulares que por circunstancias diversas se ven obligados a permanecer encamados y, en ocasiones con atención permanente.

La filosofía de la Residencia se define como un régimen totalmente abierto, con libertad plena de entrada y salida a su criterio. Sólo están establecidos horarios para las comidas y en relación con la limpieza de las habitaciones y en algunas otras cuestiones relacionadas con la capacidad de los recursos asistenciales disponibles para prestar las atenciones que algunos de ellos requieren.

3. OFICINA DE VIDA INDEPENDIENTE

En el año 2006, se crearon las dos únicas Oficinas de Vida Independiente (OVI) que existen hasta el momento en nuestro país. Ambas se fundamentan en la Filosofía Mundial de Vida Independiente¹.

La primera nace en julio de 2006, en la Comunidad de Madrid, para gestionar y desarrollar el proyecto piloto de "Vida Independiente y Promoción de la Participación Social" (2006-2008), y la segunda, nace en Octubre de 2006 en la ciudad de Barcelona, para gestionar y desarrollar el proyecto piloto "Hacia la vida Independiente".

La OVI de la Comunidad de Madrid es gestionada por ASPAYM-Madrid, y financiada plenamente por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, a través de la Dirección General de Servicios Sociales. Para darle continuidad a este primer proyecto, ASPAYM-Madrid sigue gestionando el nuevo "Programa de Apoyo a la Vida Independiente" (2009-2011), también financiado plenamente por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Tanto el proyecto piloto como el programa se enmarcan dentro del Art. 19. "Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido/a en la comunidad", de la Convención de Derechos Humanos de las Personas con discapacidad (ONU, diciembre de 2006).

El objetivo prioritario del programa, es ofrecer la oportunidad de que todas las personas con discapacidad, en este caso física, que participan en el mismo, adquieran destrezas suficientes y necesarias para "tomar las riendas" de sus propias vidas, a través de los apoyos humanos que facilita este programa (esto es, las y los Asistentes Personales) y desarrollar sus respectivos proyectos de vida personales, educativos, lúdicos, sociales, culturales y laborales.

¹ El Movimiento de Vida Independiente (MVI), Independent Living Movement (ILM), remonta sus orígenes a finales de los años 60, y primeros de los 70, en los Estados Unidos de Norteamérica. En concreto, nace en la Universidad de Berkeley (California), a raíz de la lucha personal de Ed Roberts, un joven con discapacidad física que decidió estudiar en la misma, aunque carecía de la accesibilidad necesaria para que Roberts pudiera desenvolverse de manera óptima. A partir de ahí, Ed y otros estudiantes con discapacidad, iniciaron una lucha por sus derechos civiles, tal y como hacía el movimiento de las personas de origen afro-americano.

Vida Independiente, significa poder realizar las mismas actividades que las demás personas, aun teniendo una dependencia importante, de acuerdo a los propios intereses personales y profesionales. Para que ello sea posible, es fundamental la existencia de las y los "Asistentes Personales". Y, en particular, de la autogestión de los mismos, mediante el control de los servicios de atención que prestan a la persona con discapacidad. Igualmente, es imprescindible para poder desarrollar una vida activa, que dichos servicios de atención estén en función de las necesidades reales de la persona. Es decir, teniendo en cuenta que algunas personas, especialmente aquellas con grandes discapacidades, necesitan muchas horas de "Asistencia Personal" para llevar una vida activa e independiente.

La figura laboral de “Asistente Personal” (AP) es prácticamente desconocida en España. En realidad, es una figura que procede de la Filosofía del Movimiento mundial de Vida Independiente (años 60, en los Estados Unidos), que tiene como finalidad ser un medio para que una persona con gran discapacidad pueda realizar su proyecto de vida personal, social y/o profesional, en igualdad de oportunidades que el resto de la población.

Por tanto, un/a Asistente Personal es aquella persona que trabaja para una persona con discapacidad, cuya finalidad es ayudarle a realizar las tareas que esta última no puede realizar por sí misma (debido a su impedimento físico, en este caso).

De acuerdo a la Filosofía mundial de Vida Independiente, al igual que en este programa, un/a Asistente Personal acepta que su “Jefe/a” sea una persona con discapacidad. Entre ambos/as se establece una relación laboral contractual, en la que la persona con discapacidad determina las tareas y horarios a realizar por parte del/de la Asistente Personal y, en ocasiones, incluso el salario (en el caso específico de este programa, la entidad gestora, ASPAYM - Madrid, determina el salario, en función del Convenio laboral escogido).

Él/la Asistente Personal “no necesita”, obligadamente, tener una formación específica determinada (su formación está en función de las tareas que deba desempeñar, las cuales pueden ser: acompañamiento en el trabajo, estudio, vacaciones, viajes..., conducción vehículo particular, tareas domésticas, aseo e higiene personal...). Los servicios de asistencia personal (SAP) se utilizan como máximo 16 hrs/día, 365 días al año. Una persona puede tener varios asistentes personales para cubrir las 16 hrs/día.

El equipo técnico de la OVI de la Comunidad de Madrid está compuesto por: la coordinadora, una trabajadora social, una auxiliar administrativa y una auxiliar administrativa-contable. Las principales actividades que realiza este equipo técnico son:

- Gestión y valoración de las solicitudes de los participantes en el programa, y determinación del número de horas de asistencia personal en base a las necesidades del participante.
- Valoración, contratación y coordinación de los asistentes personales, así como la gestión de la bolsa de empleo de AP.
- Formación en “Vida Independiente y Asistencia Personal” para los participantes del programa, sus asistentes personales y sus familiares, pareja, amistades..., con las que convive habitualmente la persona participante.
- Participación en foros, congresos y seminarios para la promoción de la “Vida independiente y la participación social de las personas con discapacidad”.

Los criterios que se tienen en cuenta para seleccionar a los/as participantes en el programa son:

- Que desarrollen una vida activa (estudios, trabajo, búsqueda activa de empleo, participación activa en actividades asociativas y comunitarias...).
- Los recursos y apoyos que estén percibiendo y contribuyan a favorecer la autonomía de la persona.
- El nivel de necesidad de apoyo que precisan para desarrollar una vida activa.
- La disponibilidad de vivienda accesible y adaptada o recurso similar en el que se desenvuelva habitualmente.
- La existencia de una red social de apoyo que permita la actividad del asistente personal como un elemento complementario.
- La valoración de la situación global de la persona y sus posibilidades de vida independiente.

Actualmente participan en el programa un total de 63 personas con discapacidad física, 28 mujeres y 35 varones.

El informe de evaluación del proyecto piloto de 2006-2008 demostró que más del 98% del presupuesto se destina directamente a la creación de empleo. En este periodo se han generado alrededor de 150 puestos de trabajo para atender las necesidades de 39 personas con discapacidad física.

Además esta iniciativa ha provisto a las personas participantes de oportunidades reales de vivir su propia vida de forma autónoma e independiente y la posibilidad de emprender proyectos vitales de largo recorrido en el terreno académico (33% de los participantes) y laboral (67%). También ha ofrecido oportunidades para realizar tareas fundamentales que, por su carácter no básico, les han sido históricamente vetadas: ocio, cultura, turismo, vida social, espiritualidad, etc.

Junto a este efecto, se ha producido un beneficio real en las personas del entorno familiar y social que antes de la incorporación al proyecto, debido a que con anterioridad se veían obligadas a asumir las tareas de apoyo y asistencia a las personas con discapacidad. Algunos de los familiares han podido incluso incorporarse al mundo laboral, gracias a que ya no tienen que "estar permanentemente pendientes" de la persona con discapacidad.

La OVI sitúa a las entidades promotoras del proyecto (Comunidad de Madrid y ASPAYM-Madrid) en la vanguardia de las políticas sociales para la igualdad de las personas con discapacidad. Además realiza una labor de sensibilización, formación e información sobre la promoción de la

vida independiente de las personas con discapacidad.

Los tres modelos de apoyo antes expuestos favorecen la autonomía, independencia y participación social de las personas con grandes discapacidades físicas y son extrapolables al resto de discapacidades.

RESIDENCIAL SANTA CLARA DE MÁLAGA. UNA INICIATIVA DE LAS PERSONAS MAYORES.

AURORA MORENO

Presidenta de la Sociedad Cooperativa Andaluza "Los Milagros".

1.- Un grupo de personas constituido mayoritariamente por funcionarios y profesionales liberales con edades comprendidas entre 50 y 60 años, preocupados por la problemática de la tercera edad, a la vista de dolorosas experiencias personales que muchos de nosotros hemos sufrido con familiares nuestros, llegamos a la conclusión de que era preciso organizarnos para prever el futuro de la tercera edad.

1.1.- La idea de hacer algo distinto a los antiguamente denominados asilos fue calando profundamente en un pequeño círculo de amigos y decidimos poner manos a la obra para "Autogestionarnos nuestro futuro".

2.- Un residencial en régimen de cooperativa sería la mejor solución, para tomar en común nuestras propias decisiones, escogiendo el lugar donde pasar los últimos años de nuestra existencia y compaginando la convivencia en grupo con la intimidad personal.

Respondíamos así a una demanda social, cada día más acuciante, de centros de acogida para mayores.

3.- Pensábamos que el Estado no iba a poder subvenir a la creación de centros suficientes para la atención de las personas mayores al llegar a su senectud.

3.1.- En los años 70 iniciamos la andadura y vimos que el proyecto que pretendíamos podía aportar algunas soluciones al problema que presentaba para nuestro país el ser la segunda nación del mundo que presentaba una mayor longevidad.

Ya en la celebración del "Año de las Naciones Unidas de las Personas Mayores", bajo el lema "una sociedad para todas las edades", señalaba 18 principios en los que destacaba que debían traducirse "en la exigencia de iniciativas por parte de las personas mayores y la creación de un medio propicio establecido por parte del resto de la sociedad".

4.- Considerando que el asociacionismo podría solucionar, en parte, la problemática del mayor y que para nosotros constituía una manera más fácil de conseguir los objetivos propuestos, decidimos que:

- 4.1.- Constituiríamos una Cooperativa, sin ánimo de lucro.
- 4.2.- Buscaríamos una finca rústica para edificar el residencial.
- 4.3.- Elaboraríamos un calendario de pagos.

4.1. CONSTITUIRÍAMOS UNA COOPERATIVA, SIN ÁNIMO DE LUCRO

4.1.1.- ¿Por qué una Cooperativa? Porque podríamos armonizar los elementos de solidaridad, democracia y participación, exigiéndonos eficacia en la gestión del proyecto a realizar. El cooperativismo es un ejemplo de iniciativa privada que realiza la justicia distributiva como fin último, en el marco de la libertad económica y la autogestión empresarial, en el que los protagonistas principales son los asociados y no el capital con fines de lucro.

Las cooperativas como tipología de sociedad mercantil han sido utilizadas desde principios de los años 80, como fórmula para crear y gestionar residencias de mayores. La importancia y viabilidad de utilizar la fórmula cooperativa en la gestión de servicios a mayores tanto por parte de la Administración Pública como por parte de la iniciativa privada es el camino de presente y futuro, con los matices y parámetro adecuados a los fines que se pretenden.

En este sentido, el desarrollo cooperativo debe tender hacia su autosostenimiento y su independencia respecto de la esfera estatal, pero el Estado debe contribuir a impulsar, -y en todo caso a no poner trabas- a ese desarrollo para que la autonomía e iniciativa de las cooperativas puedan coadyuvar al logro del objetivo último de la acción de cualquier Gobierno que es el desarrollo económico y social de sus comunidades, máxime cuando en las cooperativas no existe capital e inversión que rente a los asociados, sino contribución desinteresada al patrimonio por medio de aportes sociales individuales que no se acrecientan con los excedentes, pues sólo se pueden mantener en su valor real.

Por aquí va el futuro, un futuro de solidaridad donde hombres y mujeres se asocian, forman una cooperativa y pueden llegar a través de este instrumento asociativo, sin fines de lucro, a satisfacer necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales de un segmento de la sociedad que no tendrá acceso a las residencias públicas y, en muchos casos, tampoco a las privadas por su elevado coste.

En el año 1991 se fundó "Los Milagros", Sociedad Cooperativa Andaluza sin ánimo de lucro, y el XXXI Congreso de la Alianza Cooperativa Internacional, celebrado en Manchester en 1995, nos reafirmó en la decisión de habernos constituidos como Cooperativa al ser definida ésta como *"una asociación autónoma de personas que se han unido voluntariamente para hacer frente a sus necesidades y aspiraciones económicas, sociales y culturales, por medio de una empresa de propiedad conjunta y democráticamente controlada"*.

4.2. BUSCARÍAMOS UNA FINCA RÚSTICA PARA EDIFICAR EL RESIDENCIAL

4.2.1.- Durante algunos meses anduvimos buscando un terreno rústico, cerca de nuestro entorno, con la idea de solicitar del Excmo. Ayuntamiento de Málaga los permisos necesarios para poder edificar el Complejo Residencial que pensábamos.

El 15 de agosto de 1991 un periódico local anunciaba la venta de una finca en la denominada Carretera de los Montes de Málaga. Poseía todas las características con las que soñábamos: cercana a nuestro barrio, porque nos propiciaba el contacto con familiares y amigos, con una extensión de 50.000 metros cuadrados, rodeada de árboles autóctonos (olivos, eucaliptus, pinos, algarrobos, etc...), en zona privilegiada, con alrededores pintorescos y hermosas vistas al mar.

El proyecto debía contener los elementos que constituyesen una continuidad de nuestro propio hogar y acordamos que en la edificación se contemplaran 76 apartamentos formados por una entrada, pequeña cocina, salón, dormitorio, baño y amplia terraza; con una superficie de aproximadamente 68 metros cuadrados.

Las unidades de asistencia y relación estarían estructuradas de forma independiente, pero conectadas (Dirección, Administración, Unidad Noche, Habitaciones de enfermos, Rehabilitación, Terapia Ocupacional, Peluquería, Capilla, etc...).

Además debía de contemplar la importancia primordial que deben de tener los espacios exteriores para jardines y zonas de recreo en un medio natural y sano.

4.3. ELABORARÍAMOS UN CALENDARIO DE PAGOS

4.3.1.- Al principio se acordó aportar una pequeña cuota que se fue ampliando conforme los gastos lo requerían, más tarde se completó el plan de financiación y como no estaban incluidos las cantidades necesarias para el mobiliario y equipamiento, se solicitó una subsidiación de intereses del I.F.A. (Instituto de Fomento Andaluz) y una subvención a fondo perdido a la Consejería de Trabajo e Industria (Dirección General de Cooperativas). Ambas peticiones fueron atendidas y al solucionarse los trámites burocráticos fueron ingresadas las cantidades en la cuenta de la Cooperativa.

5. TRAMITACIÓN DE PERMISOS Y LICENCIAS

5.1.- Concedida la licencia de obras, mediante la declaración de interés social por la Gerencia de Urbanismo del Excmo. Ayuntamiento de Málaga, el día 22 de noviembre de 1997, en un sencillo pero emotivo acto, se bendice y coloca "La primera piedra" del Residencial "Santa Clara".

Esto, que de manera resumida se plasma en unas líneas, ha significado una ardua y difícil tarea que no desmotivó al pequeñísimo grupo que inició lo que se consideraba como “una aventura”.

Por todo ello, al haber empezado en la edad óptima (55 años) a pensar en gestionar el futuro, es algo tan inusual que se ha considerado “idea insólita y digna de ser imitada” por la Administración Autonómica.

6. REDACCIÓN Y APROBACIÓN DE LOS ESTATUTOS

6.1.- La creación de una obra tan singular exigió ir superando etapas a veces difíciles y laboriosas, la mayor de ellas, la aprobación de los Estatutos que habían de ajustarse a los preceptos establecidos por la Ley 2/85 de 2 de mayo del Parlamento de Andalucía sobre Regulación de las Sociedades Cooperativas Andaluzas.

En fecha 19 de marzo de 1999 fue aprobada por el Parlamento de Andalucía la nueva Ley de Sociedades Cooperativas Andaluzas, en la que se contempla en su artículo 128 la “*COOPERATIVA DE INTERÉS SOCIAL*”. Fue para nosotros una enorme satisfacción al constatar que nuestra iniciativa había merecido ser recogida en el corpus legislativo.

7. IMPACTO QUE CAUSÓ A NIVEL NACIONAL E INTERNACIONAL ESTA IDEA HECHA PROYECTO

7.1.- Propagada por un espacio radiofónico de nivel nacional, se interesaron todos los medios de comunicación y como consecuencia de ello vinieron a Málaga colectivos de personas de varias provincias para tratar de realizar algo similar en sus respectivas localidades. Se recibieron llamadas del extranjero, en mayor número de Italia, al publicarse en una revista la exposición detallada de cómo se inició la cooperativa.

8. FILOSOFÍA E IDEALES BÁSICOS QUE PRESIDEN EL PROYECTO FUNDACIONAL DE SANTA CLARA

8.1.- Sana convivencia en una atmósfera de confraternidad entre cuantos formamos “El Residencial Santa Clara” y vivimos bajo el mismo techo.

8.2. - Apoyo real mutuo y desinteresado de cada uno con todos los demás (especialmente en momentos difíciles) para con los más necesitados, desvalidos y enfermos.

8.3.- Compartir con cuantos nos rodean lo mejor de nosotros mismos.

8.4.- Exclusión de ánimo de especulación y de lucro a la hora de tomar la decisión de adquirir un apartamento en el Residencial.

9.- El 6 de noviembre de 2001 se nos comunicó por el Director General de Economía Social de la Junta de Andalucía, D. Fernando Toscano Sánchez, que habíamos sido galardonados con el "Premio Arco Iris de Cooperativismo 2000", en la modalidad de "A LA MEJOR INICIATIVA COOPERATIVA" .

Sin duda el tiempo de 7 años que invertimos hasta conseguir finalizar este proyecto es mucho tiempo. Se podría haber acortado si hubiese sido considerado por los poderes públicos como algo importante mucho antes. Por eso sería bueno que en el futuro iniciativas parecidas fuesen apoyadas a tiempo dando plena autonomía a los distintos colectivos interesados en llevarlo a efecto.

No se nos puede considerar un geriátrico porque la mayoría somos personas válidas y aptas para realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero también tenemos personas en situación de dependencia que reciben los cuidados profesionales que requieren, y los que ahora no los necesitamos, tenemos la seguridad de que los podremos recibir aquí por lo que vivimos con gran tranquilidad. Pensamos en prestar nuestra ayuda para no ser una carga a las familias y a la sociedad como inicialmente he manifestado autogestionándonos nuestro futuro a la vez que creando puestos de trabajo, de manera indirecta en la construcción y de forma directa en la atención y ayuda de las personas que actualmente vivimos en el "Residencial Santa Clara".

PRESTACIONES QUE OFRECE EL RESIDENCIAL SANTA CLARA

- 1.- Apartamentos, de 50 m. en uso y disfrute, viviendo con comodidad e independencia como en tu propia casa.
- 2.- Servicios de autobús urbano desde el centro de la ciudad, microbús de 12 plazas propiedad de la cooperativa y el servicio de taxis públicos.
- 3.- Servicio de comedor, lavandería y plancha.
- 4.- Servicios de limpieza y mantenimiento de los apartamentos y de todas las demás zonas del edificio.
- 5.- Servicios de limpieza y mantenimiento de la finca. Huerto "Ecológico".
- 6.- Servicios de jardinería.
- 7.- Servicios médicos y de gerocultor/a.
- 8.- Habitaciones de enfermos/as.
- 9.- Servicios de fisioterapia en el gimnasio y en la piscina, peluquería y podología.
- 10.- Servicios de terapia ocupacional.
- 11.- Calefacción central, teléfono individual, central telefónica e internet.

SEGUNDA PARTE: INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

LA OPINIÓN Y LOS DESEOS DE LAS PERSONAS MAYORES.

LUIS MARTÍN PINDADO

Presidente de UDP y Vicepresidente del Consejo Estatal de personas mayores.

Es alentador conocer nuevas líneas de pensamiento y de actuación para el alojamiento de las personas que entran en situación de dependencia.

Y es también esperanzador constatar que estos nuevos modelos se centran en la atención a la persona. No en la atención al enfermo, no en la atención al cliente... se centran en la atención a la persona. Encuentro particularmente importante este enfoque, porque es de la vida de las personas de lo que estamos hablando. Y a las personas mayores nos ocurre a menudo como a las plantas bien arraigadas, que cuando las cambias de maceta y de ambiente, se marchitan y mueren.

Tengo 73 años y vivo con mi mujer. Afortunadamente, ni ella ni yo tenemos ninguna discapacidad que nos impida desenvolvernos con soltura. No hemos pensado todavía en alternativas por si llegase el momento en que no podamos valernos por nosotros mismos. En esto somos iguales a la gran mayoría de mayores españoles, 87,3% (según datos del Imsero), que desean seguir viviendo en su domicilio mientras sea posible.

La satisfacción de las necesidades de cuidados no tiene por qué ir reñida con la voluntad de las personas ni con el respeto a su privacidad y a su independencia. Si lo que queremos es vivir en casa el mayor tiempo posible, trabajemos en esa dirección.

Primero previniendo la dependencia.

En 2012 se celebra el Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad entre Generaciones. Con esta celebración se pretende concienciar a la sociedad de que el envejecimiento es un proceso natural que nos afecta a todos, y que cada uno de nosotros influye decisivamente en cómo será este proceso según el modelo de vida que llevemos.

Por eso es fundamental fomentar entre la sociedad hábitos de vida saludables, pero no sólo entre la gente de 65 para arriba, no. Entre toda la población. Una persona que hace ejercicio moderado regularmente (ejercicio físico y ejercicio mental) y lleva una alimentación equilibrada y sana, tiene muchas menos posibilidades de ser dependiente en el futuro, que quien no hace ejercicio y no cuida su alimentación.

Tan importante como esto es construir una sociedad capaz de ofrecer múltiples posibilidades

de ocupación provechosa del tiempo a las personas jubiladas. Y para ello tenemos que ser capaces de cambiar el concepto de jubilación. Debemos caminar hacia una jubilación entendida como periodo de posibilidades, de renacimiento, de comenzar de nuevo, de “nacer” sin las cadenas de un trabajo obligatorio, sino con la libertad de escoger, quizás por primera vez en la vida, aquello que a uno más le satisfaga, le contente, le haga feliz. De esta manera querremos vivir muchos años, y así nos cuidaremos más.

Nosotros trabajamos en eso. Las organizaciones de mayores ponemos en marcha multitud de talleres de todo tipo, actividades culturales y deportivas, programas intergeneracionales, encuentros, viajes, cursos, jornadas y programas formativos en localidades de toda España que ayudan a la gente a mantenerse motivada y en forma física y mental, y a la vez nos proporcionan una magnífica posibilidad de socializarnos y relacionarnos con otros.

Las actividades generadas desde las distintas asociaciones movilizan cada año a cientos de miles de personas, y son oportunidades que permiten a otros mayores ocupar provechosamente su tiempo, viajando, aprendiendo, cuidándose, ejercitándose, participando y divirtiéndose. En definitiva, viviendo de manera autónoma y previniendo la dependencia.

La calidad de vida de las personas no sólo se mide por tener más o menos cubiertas las necesidades de manutención y alojamiento. La calidad de vida de las personas depende también de las relaciones sociales que uno sea capaz de establecer y mantener. Un envejecimiento saludable y activo implica participación, convivencia, intercambio, aprendizaje, solidaridad, entrega, trabajo, amistad, cultura, salud, iniciativa, imaginación, ilusión y ganas. Todas esas cosas que las asociaciones de mayores proporcionamos a aquellos que deciden acercarse a conocernos y a participar.

Hay que preparar mejor a la gente para el tiempo de jubilación, y hay que fortalecer a las asociaciones como elemento dinamizador de grupos e impulsor de iniciativas. Somos un fundamental activo para la sociedad, y por ello es esencial mantener y potenciar las asociaciones existentes y tejer nuevas redes asociativas, que reúnan grupos de personas dispuestas a actuar para mejorar su calidad de vida y la calidad de vida de los demás.

Y es necesario dotarlas de infraestructuras, material y recursos suficientes para el desarrollo de sus cometidos. Y aquí la administración, las distintas administraciones, y las empresas juegan un papel fundamental.

También es importante formar a los directivos de estas asociaciones para que puedan realizar su cometido de la manera más eficaz, siempre buscando el objetivo último de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y del resto de ciudadanos.

Invertir en envejecimiento activo es invertir en salud y en productividad, en generación de actividad y en programas para mejorar la sociedad en que vivimos. Pienso que debemos atender

mucho más el aspecto preventivo del sistema, como manera de evitar dependencias.

Fomentar el asociacionismo, fortalecer el tejido asociativo con más gente, más formación y más recursos es la mejor manera de prevenir futuros estados de dependencia en las personas y aquí también tenemos mucho trabajo por delante.

¿Y si llega la dependencia?

Recordemos primero algunos datos que creo que son importantes. Más del 60% de la población mayor de 65 años declara no tener ninguna enfermedad, y menos del 20% declara tener una salud mala o muy mala (Informe las Personas Mayores en España 2008, Imsero). Por lo tanto, las personas mayores no somos enfermas por definición, y la gran mayoría podremos desarrollar una vida autónoma e independiente hasta el final. Los mayores no somos enfermos ni dependientes por naturaleza. Hay mayores enfermos, sí, y dependientes, como hay enfermos o dependientes de 20, 40 ó 50 años.

Perdonen el inciso, pero siempre intento repetir mucho estas ideas en un vano intento de desactivar muchos prejuicios negativos que existen sobre las personas mayores.

Volviendo a la cuestión ¿qué hacer si llega el momento en que vivir solos en casa no sea posible?

En mi opinión, si una persona llega a esta situación lo deseable es cumplir con su voluntad de manera razonable.

A veces, inevitablemente, uno puede llegar a estados de salud que no le permitan manejarse bien en el día a día. Entonces hay que decidir entre los recursos existentes.

La aplicación de la Ley de dependencia ha puesto de manifiesto una circunstancia que ya sabíamos. Los mayores prefieren ser atendidos en casa.

Pero para que esa atención sea eficaz y no suponga un problema añadido ni para el atendido ni para el cuidador, necesitamos varias cosas.

En primer lugar, recursos. El cuidado de una persona dependiente requiere dedicación, en ocasiones una dedicación exclusiva. Por lo tanto hay que retribuir adecuadamente el tiempo dedicado por los familiares cuidadores.

Por otra parte, es importante retribuir de forma suficiente a los cuidadores profesionales. En mi opinión es esencial contar con un número adecuado de personas preparadas profesionalmente en la atención a personas mayores.

En muchas ocasiones los mayores prefieren ser atendidos por cuidadores profesionales y no por su hija o su nuera. Pero también se da la circunstancia de que los mayores dependientes no pueden elegir a su cuidador, y deben conformarse con la persona que les asigne los servicios sociales de su localidad.

En un tema tan cercano y esencial como la prestación de cuidados, es fundamental que la persona que metas en casa sea de tu máxima confianza. Por ello sería bueno buscar las posibilidades de que sea la persona dependiente quien pueda elegir en lo posible la persona que le cuide, entre una cartera de posibles prestadores de servicio. Habría que explorar qué posibilidades hay de introducir este elemento a la hora de asignar cuidadores.

Por otra parte también es necesaria formación, para que los cuidadores, tanto los familiares como los profesionales, puedan desarrollar su labor en las mejores condiciones, y sepan cómo actuar en las situaciones que puedan presentárseles en el desempeño de su tarea. Ambas cosas son asignaturas pendientes hoy por hoy, pero puestos a mirar el vaso medio lleno, hemos avanzado mucho desde la aprobación de la Ley de la Dependencia.

Y haré otro inciso. Los problemas económicos de las administraciones responsables de la aplicación de la Ley, están poniendo en peligro la asistencia de miles de personas. Hemos visto recientemente el caso de algunas administraciones que han retrasado el pago de los servicios prestados en centros de atención sociosanitaria, con los perjuicios causados a los usuarios de esos centros. Y los mayores dependientes atendidos no tienen capacidad de protesta. Nuestra organización, UDP, ha estado muy encima del deterioro sufrido en la atención sociosanitaria en los últimos meses, y seguiremos estando muy atentos y denunciando cada caso que creamos denunciabile.

La atención a los dependientes es un derecho y debe ser una prioridad nacional. De ahí no se recorta.

Pero volviendo al tema que nos ocupa, para mantener a las personas en sus domicilios el mayor tiempo posible, además de apoyo domiciliario cualificado y remunerado, es necesario crear entornos adecuados en los hogares, sobre todo en aquellos lugares donde tenemos constatado que se producen más accidentes, esto es, en la cocina y en el baño.

Nuestra organización está pidiendo hace años que se estudie la viabilidad de un plan de adaptación de viviendas para personas mayores, que tenga en cuenta estos factores, porque las ayudas existentes en la actualidad no son suficientes.

En España hay miles de mayores atrapados en pisos altos sin ascensor, lo que dificulta enormemente su movilidad y el desarrollo de una vida normal.

Unas viviendas con accesos adecuados, con suelos antideslizantes, dispositivos de agarre en

pasillos y duchas adaptadas evitarían gran parte de las caídas que se producen hoy en los domicilios, retrasando la entrada en situaciones de dependencia de miles de personas.

Por otra parte, se están desarrollando dispositivos de telemedicina que te permiten desde el salón de tu casa pasar consulta médica por videoconferencia, realizar sesiones de rehabilitación física y cognitiva, que te puedan medir parámetros biomédicos como la tensión arterial o la temperatura, y tener un control domótico del hogar a distancia, realizados por profesionales de la gerontología. Todos estos servicios los puedes recibir a través del televisor, de manera directa. No es ciencia ficción. Ya se están comercializando.

Estos dispositivos ayudarán en el futuro a que podamos pasar más tiempo en nuestros hogares supervisados profesionalmente, y con la seguridad que si te pasa algo, vas a ser inmediatamente atendido.

Esta atención virtual es parte del futuro hacia donde nos dirigimos. Casas con dispositivos que detectan fugas de gas, o de agua, detectores de humo o sensores de movimiento... La tecnología ya hace posible instalar estos aparatos en el hogar que permiten a los mayores y sus familiares vivir con una cierta tranquilidad en caso de que surja una emergencia.

La implantación de estos sistemas de forma generalizada aún está lejos de suceder, pero a medida que avance la tecnología, llegaremos a disponer de ellos de una manera eficaz y asumible económicamente.

Y más importante que estos avances tecnológicos son los contactos humanos. Me refiero a los programas de voluntariado y a las redes vecinales que entran periódicamente en contacto directo con la persona, que proporcionan compañía y calor humano. Se trata de actuaciones que no se pueden valorar desde el punto de vista económico, pero que resultan fundamentales para la salud mental de las personas y para su integración dentro de la comunidad.

Indudablemente siempre serán necesarios establecimientos residenciales para aquellas personas que precisen ser institucionalizadas, así como mantener y mejorar los servicios de atención a domicilio, centros de día y de noche, y explorar las posibilidades de los apartamentos tutelados, apartamentos con servicios, cooperativas y otras alternativas profesionales al domicilio habitual.

No he querido entrar ahí, porque considero que se han presentado y se presentarán en este foro ponencias de especialistas en la materia que les aportarán a ustedes mucho más y con más conocimiento de lo que yo les pueda decir.

He centrado mi intervención en la opinión de las personas. En resumen, creo que hay que trabajar mucho en potenciar el envejecimiento activo, lo que retrasará la entrada en periodos de dependencia, pero también queda mucho camino por delante en la adecuación y mejora

de nuestros domicilios. Esto, junto a los apoyos de las redes de voluntariado y vecinales, nos permitirá vivir mayor tiempo en casa, en condiciones de tranquilidad y seguridad, que es lo que queremos la mayoría.

LA RESIDENCIA EN LA QUE NOS GUSTARÍA VIVIR.

MERCÈ MAS / M^a CARME ARQUÉS

Fatec.

“La residencia en la que nos gustaría vivir” es un proyecto piloto de Fatec, realizado por dos personas mayores, voluntarias, que se encuentra en su fase inicial.

Queremos manifestar nuestra modestia al presentar este proyecto y la experiencia piloto que estamos llevando a cabo. Somos conscientes de que todo lo que aquí exponemos no es nada nuevo, y probablemente los participantes lo conocen ampliamente, pero creemos que una visión no técnica, y que parte de unas personas mayores puede ser sugerente y útil para otras.

Como ya hemos mencionado, este proyecto forma parte de la agenda de trabajo de Fatec que es la federación más amplia de asociaciones de personas mayores de Cataluña. Agrupa unas 600 entidades entre casales y asociaciones, que a su vez agrupan un total de unas 350.000 personas. El objetivo principal de sus actuaciones es propiciar el envejecimiento activo y con él la calidad de vida de las personas mayores y con esa finalidad pone en marcha diversos proyectos. Asimismo, cabe señalar que contamos con la colaboración del Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DEL PROYECTO

Para iniciar este proyecto arrancamos con la pregunta que a veces nos formulan a las personas mayores o que nosotros nos planteamos a nosotros mismos: ¿dónde nos gustaría pasar el final de nuestra vida? La respuesta ampliamente mayoritaria es: “*en el mismo domicilio en el que estamos viviendo*”. Ello no es óbice de que seamos conscientes de que es posible que la evolución de nuestras circunstancias físicas, psíquicas o sociales, y a mayor abundamiento la conjunción del deterioro de varias de ellas, hagan que no sea posible cumplir este deseo y nosotros mismos o nuestros familiares nos planteemos la conveniencia de ir a vivir a una residencia.

Llegado este momento quisiéramos tener instrumentos que nos ayuden a valorar las diversas posibilidades existentes y a diferenciar entre ellas. Instrumentos que nos orienten sobre cuáles son las características de la estructura y del funcionamiento de un centro residencial que nos permiten seguir “viviendo” nuestra vida, sea cual sea nuestra situación personal, recibiendo una atención personalizada y donde se respete nuestra autonomía de decisión. Disponer de información sobre todos estos temas nos daría seguridad; también nos ofrecería seguridad conocer cuáles son los centros en los que, pese a que se cubra, teóricamente, la atención de las necesidades básicas a un buen nivel, no se respetan los citados parámetros, que en realidad son los que nos

pueden proporcionar calidad de vida.

En varias encuestas realizadas a las personas mayores, la preferencia de seguir viviendo en el domicilio habitual se ve reforzada por el hecho de que la mayoría de ellas también manifiestan que no les gustan las residencias que hay actualmente en España. Cabe señalar que muchas de estas personas sólo disponen de la información que han oído, es decir, lo que les han contado, pero también debemos admitir que las residencias con grandes carencias de toda índole, constituyen una realidad que abunda al lado de nuestras viviendas.

Muchas personas mayores no queremos que se construyan más centros residenciales basados en una concepción tradicional, pero en la práctica se siguen construyendo o estructurando de ese modo. Sin embargo, en otros países europeos se han decantado decididamente por modelos que permiten a las personas mayores sentirse en su casa, modelos que se centran en tener en cuenta las preferencias y los deseos de las personas mayores como propugna el modelo "Housing": *"Vivir fuera de casa, pero como en casa"*.

Hemos tenido conocimiento de ese nuevo modelo de atención gerontológica centrado en la persona a través de muchas publicaciones, ponencias y conferencias realizadas por voces autorizadas. Sus autores son grandes profesionales, que están luchando para difundir e implantar ese nuevo modelo de atención gerontológica. Los mayores queremos unir nuestra voz a la de esos expertos. El conocimiento que ellos nos han proporcionado es el motivo que nos ha impulsado a llevar a cabo este proyecto.

El **objetivo general** de este proyecto y de la experiencia piloto que aquí presentamos, es proporcionar a las personas mayores y a sus familiares una serie de orientaciones que les puedan resultar de utilidad a la hora de escoger una residencia, lo que nosotras llamamos "Listado de aspectos positivos" que consideramos que deben estar presentes en una residencia. Estos aspectos ya se cumplen en algunos centros y son susceptibles de que se cumplan también en otros.

OBJETIVOS OPERATIVOS

Estas orientaciones se concretan en dos instrumentos:

1. Relación de aspectos positivos observados durante la visita a residencias.
2. Elaboración de un fichero que recoja la información de las residencias visitadas.

MÉTODOS APLICADOS Y ACTIVIDADES REALIZADAS

En la definición de nuestro plan de trabajo nos planteamos basarnos en nuestro entorno, y que los resultados tenían que ser eminentemente prácticos.

Para captar la información y cumplimentar nuestros objetivos, realizamos visitas a residencias, previo acuerdo con la dirección de las mismas. La visita consiste en:

- Entrevista con la Dirección en la que nos explica el funcionamiento, objetivos, y se nos proporciona documentación diversa.
- Visita por todos los espacios de la residencia, acompañadas de la propia responsable de la Dirección. Este recorrido nos permite observar la vida de los residentes en el día a día, el grado de accesibilidad de las infraestructuras, la limpieza, la organización en el funcionamiento, el trato espontáneo de los profesionales con los residentes, percibir los olores..., es decir "el todo".

La recogida de los datos observados en las visitas, se efectúan siempre siguiendo unas pautas preestablecidas en las que constan los aspectos que a nuestro modo de ver interesa tener en cuenta en el momento de la elección. Se trata de aspectos que previamente hemos seleccionado porque los consideramos relevantes, siempre con la mirada puesta en nuestro propio mañana y para los que hemos fijado los criterios que deben reunirse, para que la residencia tenga las características del lugar en el que nos gustaría vivir.

Una vez realizada la visita del centro elaboramos una ficha y la incluimos en el archivo de Fatec.

Con todos los datos positivos observados en las distintas residencias elaboramos el segundo instrumento: un listado de resultados que está sometido a una continua actualización. Muchos de estos resultados son coincidentes en todas las residencias, otros sólo en algunas, y otros en una.

En ningún momento se trata de una evaluación como la que harían unos expertos o unos inspectores sino de unas personas mayores que visitan una residencia con la mirada de quien podría ir a vivir a ellas. Por otra parte, nuestra observación sólo ha incluido los aspectos más visibles en una visita, y somos conscientes de que hay otros muchos aspectos que se nos escapan.

Respecto a la divulgación del listado valorado como "**Aspectos positivos a tener en cuenta en el momento de buscar una residencia**", Fatec la pondrá al servicio de todos cuantos quieran y/o necesiten acceder a esa información colgándola en su web y la publicará en su revista trimestral "Tardor", con el fin de cumplir con el objetivo de servicio a los mayores que tiene Fatec.

ACTIVIDADES REALIZADAS

1) Hemos visitado residencias de diferente tipología: públicas de la Generalitat de Cataluña y del Ayuntamiento de Barcelona, privadas con o sin plazas concertadas y privadas sin ánimo de lucro.

Cabe señalar que hemos empezado visitando residencias de las que conocíamos sus inquietudes y esfuerzos para conseguir una atención más centrada en la persona.

2) Hemos visto en ellas muchas cosas positivas. Hemos observado situaciones que, a nuestro criterio, las acercan a ese nuevo modelo de atención residencial.

3) Las visitas han permitido recoger los aspectos previstos en la ficha con las características y el funcionamiento del centro, pero nuestro principal interés ha sido **“ver, escuchar, observar, oler”**.

4) Las personas mayores residentes y también los profesionales nos han percibido como personas mayores que visitan una residencia con la mirada de quien podría ir a vivir en ellas y ello nos ha facilitado una conversación directa.

5) En la elaboración de las fichas aunque priorizamos los aspectos de atención a los residentes, también hemos sistematizado la información de otros aspectos tales como edificio, su equipamiento, profesionales, familia, comunidad, así como los valores que se desprenden del diálogo con la persona que lleva la dirección y que no son susceptibles a los sentidos.

RESULTADOS

De lo que hemos observado, ¿Qué valoramos como positivo en el trato, cuidado a los residentes, condiciones del centro y de su funcionamiento?

Nos hemos permitido estructurarlo siguiendo el modelo de ejes, tal como lo presenta el documento *“Hacia un nuevo modelo de atención residencial”* elaborado por un grupo de expertos coordinados por el IMSERSO y el Instituto del Envejecimiento de la Universidad Autónoma de Barcelona el año 2010.

EJE 1. LA PERSONA, SUS DERECHOS Y SUS PREFERENCIAS

- Los residentes son siempre interpelados por su nombre.
- Respeto al residente en todo lo que se refiere a sus derechos fundamentales, tales como: la ideología u opiniones políticas, creencias religiosas, así como por su estilo de vida social o aficiones deportivas. Se les respeta sus deseos y demandas y se intentan favorecer en la medida de lo posible.
- Valoración y posibilidad de desarrollo de sus cualidades intelectuales, artísticas, manuales.
- Los residentes pueden invitar a sus familiares o amigos a visitar su habitación.
- La entrada y salida de la residencia es libre, sólo limitada si las condiciones físicas y/o mentales del residente no lo permiten.

- Los residentes no están colocados en batería sino en pequeños círculos para fomentar la relación, aunque en ciertos casos solo sea visual.
- Se facilita la comida a las personas que tienen dificultades, con preparaciones fáciles de masticar y con una presentación apetitosa.
- Valoración de la intimidad familiar y propiciarla con actuaciones de mejora de las infraestructuras para este fin.
- Inquietud desde la dirección y/o equipo directivo para cuestionar en todo momento la finalidad de sus acciones, en otras palabras: deseo constante de mejora en el respeto a los deseos de los residentes.
- En problemas puntuales, si se acuerda la necesidad de implantar un recurso (andador, silla de ruedas, triturados, empapadores) se hace siempre con la intención de que este recurso sea provisional y si se logra superar el problema se intenta volver a la normalidad.
- Los residentes van limpios, bien peinados y bien vestidos.
- No se entra en una habitación que tenga la puerta cerrada sin llamar previamente y sólo se entra si se ha recibido el permiso.
- Los profesionales saludan siempre cuando pasan por una sala común o se cruzan con un residente aunque se trate de una persona muy dependiente en silla de ruedas.

EJE 2. LA PARTICIPACIÓN

- No se trata a las personas partiendo de sus limitaciones sino de sus capacidades conocidas o potenciales fomentando su participación.
- Se les dan responsabilidades en función de sus deseos y de sus capacidades, como: encargados de jardín, del huerto, de la capilla, colaboración en poner la mesa, participación en la preparación de fiestas.
- Tienen la posibilidad de poner puntualmente en los espacios comunes, elementos de sensibilidad propia, con la aquiescencia de los demás residentes (Carteles de fiestas, banderas de clubes deportivos y otros). También participan en decisiones del centro, tales como: establecimiento de los menús, actividades, salidas, fiestas y se valoran las opiniones personales de los residentes sobre temas de funcionamiento de la residencia.
- Los horarios de comedor son parecidos a los de la comunidad para facilitar la interrelación con ella.

- Desde el preingreso la familia es considerada un elemento clave en el cuidado de su familiar y se compromete a realizar tareas de apoyo: acompañar en el exterior, cuidarse de la compra de la ropa, y otros.
- El horario de visitas de los familiares es amplio, y si es necesario flexible. Los familiares pueden quedarse a comer, acceder a la habitación del residente si éste es su deseo, son invitados a todas las fiestas.
- Hay mecanismos de canalización de las sugerencias o quejas de los familiares.
- Programa de apoyo a las familias, en el ingreso, en la estancia y en el duelo en el deceso.

EJE 3. LAS RELACIONES Y LOS ASPECTOS AFECTIVOS

- Se hace un preingreso en el que se visita al futuro residente en su domicilio; inicia la historia social del residente, así, éste, al ingresar no es un desconocido para el centro, ni el centro para él.
- En este preingreso se propone formalizar el documento de voluntades anticipadas, ya que es más violento cuando ya está ingresado.
- El residente y su familia, o sólo ésta, caso que el residente no esté en condiciones de hacerlo, participan en la redacción del PIAI.

EJE 4. LA ORGANIZACIÓN

- Profesionales en número adecuado al número y situación de los residentes, todos los cuidadores con la titulación requerida.
- Reuniones semanales del equipo multidisciplinar, del equipo de cada unidad de convivencia, si el centro está dividido y reuniones periódicas de la dirección con los cuidadores, con el equipo de cocina y con el equipo de limpieza.
- Acuerdo y revisiones periódicas del PIAI por parte del equipo multidisciplinar con el residente y con su familia o sólo con ésta si el residente no es capaz y asignación del cuidador que será en todo momento su referente.
- Se hace formación permanente de los profesionales, según necesidades y/o a demanda de ellos.
- Preocupación por el grado de satisfacción del personal en su labor.
- Hay una calificación alta de un sistema de control de calidad.

- Control de grado de satisfacción del usuario según modelo de la Generalitat.

EJE 5. LAS INTERVENCIONES

- El personal profesional se dirige siempre a los residentes por su nombre, con trato amable, respetuoso y cercano, con pequeños contactos físicos de afecto, nunca se les tutea ni se les infantiliza.
- Se ofrecen variedad de actividades cada día de la semana, mañana y tarde, pero no se obliga a nadie a participar. Libertad de escoger las actividades en las que se quiere participar.
- Siempre que es posible se programan actividades en el exterior con transporte adaptado para los residentes con movilidad reducida, salidas en grupo al teatro u otros espectáculos, excursiones en autocar o salidas cercanas: en la playa, en las plazas del pueblo o barrio, para participar en actividades sociales e intergeneracionales propias del pueblo o barrio como son las fiestas mayores. Excursiones de un día a lugares de interés: Montserrat, Collserola.
- Celebración de las fiestas señaladas: cumpleaños de los residentes, Navidad, Sant Jordi, verbenas de San Juan.

EJE 6. EL AMBIENTE

- Situado en el centro del pueblo o barrio, bien comunicado con el resto de la población o poblaciones vecinas con transporte público cercano. Edificio nuevo o bien mantenido, buena iluminación natural en todo él, sin barreras, ni escalones ni rampas pronunciadas; con pasillos anchos y con barandillas, así como también en todos los lugares que sean adecuados. Entrada amplia, acogedora, con asientos, con murales bien vistosos donde está la información de las actividades, días y horas, fiestas de barrio o de la residencia; fotografías de actividades recientes y otras informaciones de interés.
- Si se trata de una residencia grande, es importante que esté dividida en unidades de convivencia de unas 20 personas, con personal, comedor y sala comunitaria propios, con distintivos propios para ayudar a identificarlas. Por ejemplo pintadas de colores diferentes.
- Salas: de actividades, fisioterapia bien equipada, gimnasio y sala de visitas.
- Jardín y/o terraza (en cada planta si se trata de una residencia grande).
- Calefacción y aire acondicionado en todo el edificio.
- Ascensores de puerta amplia para silla de ruedas, y con un sistema de puesta en marcha que puede ser usado por las personas válidas pero no lo permite a las que tienen dependencia.

- Habitaciones mayoritariamente individuales y exteriores, algunas dobles, amplias, que permitan una buena movilidad en las sillas de ruedas, con baño completo geriátrico y alarma con registro central de cuándo ha sonado y del tiempo transcurrido en dar la respuesta. Camas con movilidad eléctrica y con regulación de altura. Armario de uso individual suficiente para la ropa de cada residente.
- Las habitaciones están personalizadas con objetos propios de los residentes, cuadros y fotografías propias, para los que disponen de estanterías, tableros, muebles.
- Hay posibilidad de llevar muebles propios y colgar cuadros propios en las paredes.
- Higiene cuidadosa de todas las instalaciones. Ningún tipo de olor a fluidos corporales ni de detergentes o desinfectantes.
- Bien equipado con el número suficiente de grúas y bañera geriátrica; avisador de movimientos sobre las camas de personas dependientes para evitar sujeciones; elementos manipulables ergonómicos, interruptores a la altura de sillas de ruedas.
- Sillones ergonómicos con brazos en todas las salas y sillas con brazos en los comedores.
- Manteles de tela en el comedor.
- Lavandería con un departamento individual para la ropa personal de cada residente y/o chip en la ropa personal de cada residente.
- Ordenadores a disposición de los residentes y/o posibilidad de utilizar el propio. Wifi para los residentes que usan ordenador.

EJE 7. LA INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

- Se participa en actividades y fiestas del barrio o población.
- Relación con las asociaciones del barrio y con escuelas o centros recreativos para establecer unas buenas relaciones intergeneracionales.
- Normalmente se hacen visitas y celebran juntos fiestas muy concretas: Sant Jordi, Navidad y otras fiestas señaladas.
- Relación con los residentes de otras residencias, con centros de personas mayores que van con su coral, grupo de teatro,...

- Convenio de participación regular de voluntarios propios o de una asociación.
- Participación de los voluntarios en actividades grupales e individuales.
- Hay algunos servicios para usuarios externos, comidas, lavandería, peluquería.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Este proyecto se ha iniciado este año como una experiencia piloto. Nuestro propósito ha sido visitar un número reducido de residencias de Barcelona ciudad y su entorno para, una vez cumplidos nuestros objetivos, evaluar tanto la metodología llevada a cabo, como los resultados obtenidos y hacer una valoración antes de finalizar el año.

Acabada esta fase, si la federación lo valora positivamente se planteará la posibilidad de ampliar el proyecto a distintos lugares de Cataluña con el fin de elaborar un catálogo con las fichas de todas las residencias interesadas en colaborar y participar en el proyecto. Para esta elaboración Fatec cuenta con la participación de las distintas asociaciones miembros. Por otra parte el listado abierto de aspectos positivos seguirá en todo momento actualizado.

Todavía nos queda mucho por hacer. En teoría la atención centrada en la persona, en la promoción de su autonomía, el respeto y la participación, se menciona en todos los documentos con que se presentan las residencias, pero sabemos que desgraciadamente en muchos casos la realidad es otra y el trato anula a la persona y la convierte cada día en más dependiente.

También somos conscientes que muchos de los aspectos que para nosotros son positivos e importantes, para muchas personas de nuestra sociedad son irrelevantes o simplemente desconocen tal importancia. Para todas ellas queremos que este listado sea a su vez formativo respecto a alguno de los aspectos que nunca se habrían planteado tener en consideración, se pregunten o pregunten el por qué de su importancia y así se vaya educando a nuestra sociedad hacia una exigencia para con uno mismo, a partir de cuando empiece una de las fases finales en nuestra vida.

Las personas mayores no podemos actuar como si ignorásemos todas estas realidades. Desde nuestras asociaciones debemos trabajar para que las personas de todos los grupos de edad conozcamos el modelo de residencia al que aceptaríamos ir a vivir para desarrollar en ella un envejecimiento activo acorde con nuestro posible nivel de dependencia.

Debemos difundir nuestro rechazo a los centros en que no se tienen en cuenta nuestros deseos y preferencias. Nuestra condición de ciudadanos plenos, que no perdemos con la edad, nos impone el deber de defender nuestros derechos.

SEGUNDA PARTE: INNOVACIONES Y TENDENCIAS DE FUTURO EN EL MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

COSTE EFECTIVIDAD, ECONOMÍAS DE ESCALA Y TAMAÑO DE LOS CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD.

Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa.

1. PRESENTACIÓN

Tal y como señala la organización canadiense People First, en relación a las soluciones residenciales para las personas con discapacidad, “una institución es cualquier lugar en el que las personas que han sido calificadas como afectadas por una discapacidad intelectual son aisladas, segregadas o congregadas. Una institución es un lugar donde las personas no tienen, o no se les permite ejercer, control alguno sobre su vida y sus decisiones cotidianas. Una institución no viene definida sólo por su tamaño”. Efectivamente, la apuesta por un modelo comunitario de atención residencial en el ámbito de los servicios sociales y sociosanitarios se ha identificado tanto con la reducción del tamaño de los centros como con la provisión de apoyos más individualizados o con la ubicación física de esos centros en un entorno más comunitario o integrado, en la medida en que el déficit de calidad de los modelos residenciales tradicionales se achacaba tanto a unos niveles de apoyo insuficientes como a unas ubicaciones inadecuadas y a unos tamaños o escalas deshumanizadoras (Felce y Emerson, 2005).

Con todo, y aunque no sea el único elemento relevante, el tamaño de los centros sigue jugando un papel importante en el debate sobre la atención residencial y su orientación comunitaria; de hecho, la opción por la creación de centros residenciales de reducido tamaño ha sido considerada como la base para una atención de calidad y unas condiciones de vida adecuadas, en coherencia con la opción por un modelo de atención comunitaria y centrada en la persona. Pese al casi unánime reconocimiento de que un tamaño reducido es un requisito necesario –aunque por sí solo insuficiente– para la materialización del modelo comunitario de atención y para la provisión de unos servicios de calidad, su generalización se ha visto a menudo dificultada por la asunción –no siempre apoyada en datos contrastados– de que los centros residenciales resultan más caros, e incluso menos coste efectivos, que las grandes dotaciones residenciales, debido fundamentalmente a lo que en la teoría económica se conocen como economías de escala.

En ese contexto, el objetivo de este estudio es el de responder a tres interrogantes fundamentales, a partir de la evidencia científica disponible en relación a las soluciones residenciales para las personas mayores y con discapacidad.

- El primer interrogante, o grupo de interrogantes, hace referencia al coste de los centros residenciales. ¿Son los centros residenciales pequeños más caros que los grandes? Si se equiparan el grado de dependencia y el nivel de necesidad de las personas atendidas, ¿resulta realmente

más cara la atención que se presta en los centros pequeños? La respuesta a esta pregunta se centra fundamentalmente en confirmar si en el ámbito de la atención residencial a las personas mayores o con discapacidad se producen economías de escala que permiten, a partir de cierto umbral, economizar recursos atendiendo a un mayor número de personas sin incrementar los costes o sin incrementarlos al menos en la misma medida.

- El segundo interrogante se refiere a la relación entre el tamaño de las unidades residenciales y los resultados de la intervención, en términos de calidad de vida, integración, autonomía o bienestar. La pregunta es, en ese sentido, muy simple: ¿son más efectivos los centros pequeños que los grandes a la hora de la consecución de los objetivos que habitualmente se asocian a la atención residencial? ¿Es indiferente la escala del centro a la hora de conseguir unos efectos o impactos contrastables en relación a la calidad de vida de las personas atendidas?

- El tercer interrogante se refiere necesariamente al coste efectividad de los centros de pequeño tamaño. Una vez establecido de forma aislada en qué medida las soluciones residenciales son más o menos caras y más o menos efectivas que las de mayor tamaño, se intentará determinar en qué medida son coste-efectivas, es decir: a) en qué medida se produce un ahorro económico con mejores o al menos similares, resultados; y/o b) en qué medida se producen mejores resultados con un gasto menor o, al menos, similar.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La respuesta a los interrogantes planteados se ha intentado encontrar en la literatura científica que existe en relación a los costes y resultados de las soluciones residenciales para personas mayores y con discapacidad. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica a partir de la base de datos documental del SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga, que recoge cerca de 200.000 registros bibliográficos relacionados con los servicios y las políticas sociales.

Desde el punto de vista metodológico, el proceso que se ha seguido es el siguiente.

Inicialmente, se procedió a seleccionar los documentos de la base de datos que contienen los descriptores 'soluciones residenciales' y, al mismo tiempo, los descriptores 'tamaño', 'análisis coste eficacia' o 'efectos'. La búsqueda arrojó un total de 146 documentos, publicados entre 1991 y 2012, procedentes mayoritariamente del Reino Unido y de los Estados Unidos. Se realizaron a partir de esos documentos algunas búsquedas complementarias, sobre la base fundamentalmente de la bibliografía citada en ellos y de las publicaciones de los autores considerados más relevantes en el estudio de esta cuestión.

A continuación, se procedió a realizar una segunda búsqueda más amplia en las siguientes bases de datos externas al SIIS: *Web of Knowledge, Scopus, Allied and Complementary Medicine*

Database, EBSCO, MEDLINE PubMed y ProQuest Health & Medical Complete. Para interrogar estas bases de datos, se utilizaron por un lado descriptores referentes al ámbito residencial (*residential care, nursing home, institutional long-term care*) y, por el otro, aquellos que indicaran análisis del coste-eficacia-tamaño (*cost, efficiency, quality, size, econometric analysis*). Tras descartar los documentos que ya forman parte de la base de datos del SIIS, se seleccionaron los más pertinentes y se amplió la búsqueda a partir de la bibliografía citada en ellos.

De los 178 documentos recuperados, se consultaron finalmente una treintena, considerados especialmente relevantes a la hora de dar respuesta a los interrogantes planteados anteriormente en la medida que dan respuesta, específicamente, a alguno de los tres interrogantes señalados anteriormente.

Es importante destacar, en cualquier caso, que no se ha pretendido en este trabajo realizar una revisión sistemática de toda la literatura científica publicada sobre esta cuestión, sino, más bien, un repaso de la literatura que permita dar una respuesta genérica a los interrogantes planteados anteriormente. Sin duda, las revisiones sistemáticas de la literatura científica tienen un lugar destacado en la metodología de la práctica basada en la evidencia o *evidence based practice* (EBP)¹, puesto que constituyen una manera de sintetizar grandes cantidades de información dispersa en numerosas publicaciones y, con ello, de contribuir a responder a la cuestión de qué intervenciones funcionan y cuáles no, y de cuáles lo hacen, además, a un coste menor o igual que

¹ La práctica basada en la evidencia es una metodología de trabajo que propone que la intervención social y sociosanitaria, como todas las disciplinas en las que se trabaja con personas, debería basarse en la mejor evidencia científica disponible sobre la efectividad de las posibles intervenciones a aplicar. Se trata de conocer cuál es el "tratamiento indicado" para determinada problemática social y evitar así la mala práctica profesional por negligencia o desconocimiento de las alternativas existentes. Por otra parte, desde el punto de vista de las instituciones y de la ciudadanía interesa también conocer cuál es la manera más eficiente de utilizar los recursos públicos, es decir, no sólo se trata de conocer cuál es la intervención que mejor puede resolver determinada problemática social, sino cuál lo consigue al coste más razonable. La metodología de la práctica basada en la evidencia nace en el ámbito sanitario, unida al concepto de buena praxis profesional. En ese ámbito, es un ingrediente indispensable de la buena praxis el aplicar tratamientos indicados (por ejemplo, la insulina para tratar la diabetes), mientras que sería constitutivo de mala praxis el prescribir tratamientos contraindicados (por ejemplo aspirina en pacientes con antecedentes de úlceras). A partir de la evidencia clínica, la práctica médica sustituye pruebas diagnósticas y tratamientos previamente aceptados por otros nuevos que son más potentes, precisos, eficaces y seguros. Este proceso de innovación basado en la investigación es lo que caracteriza a la medicina científica, frente a una práctica de la medicina más orientada a los mitos y a las tradiciones.

otras intervenciones alternativas². Son también una manera de señalar áreas de incertidumbre y de identificar aquellos casos en los que la investigación realizada es insuficiente para justificar la puesta en marcha de intervenciones que se llevan a cabo en la práctica. Lo que diferencia las revisiones sistemáticas de una simple revisión narrativa es que se realiza un esfuerzo metodológico para limitar el error o el sesgo sistemático (bias), tratando de identificar todos los estudios publicados sobre el tema de interés, valorando su calidad metodológica mediante instrumentos validados y sintetizando los resultados de una forma sistemática.

El apartado de conclusiones recoge, de la forma más sintética posible, los resultados obtenidos y las implicaciones que pueden tener de cara a la planificación de los centros residenciales para las personas mayores, dependientes y/o con discapacidad. El tipo de documentos revisados, las cuestiones que analizan y la metodología que utilizan permite en cualquier caso avanzar algunas cuestiones de interés en relación a la validez de los resultados que se pueden obtener de esta revisión:

- Es importante señalar, por una parte, que una buena parte de los documentos revisados no comparan, estrictamente, los resultados y/o los costes de centros grandes frente a los de centros pequeños, sino, más bien, los relativos a centros integrados en la comunidad frente a los centros tradicionales o de carácter más institucional. Si bien es cierto que, en general, los primeros se identifican con tamaños reducidos y los segundos con tamaños más grandes, no siempre o necesariamente es así. Por otra parte, esta equiparación entre tamaño reducido y carácter comunitario versus tamaño grande y carácter institucional impide a veces aislar si el coste, el impacto o el coste-efectividad de las intervenciones analizadas se deben específicamente al factor tamaño o, por el contrario, a otros componentes de la intervención;
- La principal dificultad metodológica que plantean los estudios analizados es la de aislar los efectos del tamaño de las soluciones residenciales con otros dos elementos fundamentales en la provisión de cuidados y en la determinación de su coste: las ratios de atención profesional, por una parte, y el nivel de necesidad de las personas atendidas, por otro. Atender a una persona con necesidades ligeras de atención siempre será, lógicamente, más económico que atender a una persona con necesidades de atención intensa, sea cual sea el tamaño del centro residencial en cuestión (siempre, en cualquier caso, que se haya producido una asignación equivalente de la atención profesional en función de las necesidades de esa persona). Por todo ello, no es de extrañar que el debate sobre el coste efectividad de los tamaños residenciales esté íntimamente ligado al debate sobre la determinación más eficiente de las ratios de atención,

² Efectivamente, las revisiones sistemáticas han sido consideradas como la regla de oro de la práctica basada en la evidencia. Consiste en la selección sistemática de toda la documentación que evalúe o valore la efectividad de una intervención concreta siempre que ese análisis respete unos criterios determinados de rigor metodológico, compararlos y extraer de ellos las conclusiones correspondientes. Se trata de seleccionar y evaluar de forma crítica estudios relativos a una cuestión determinada y de analizar y contrastar sus resultados, siguiendo siempre unos criterios metodológicos muy explícitos. En ocasiones se realizan meta-análisis que implican el tratamiento estadístico de datos cuantitativos recogidos de diferentes investigaciones.

(Gómez Ordoki, 1995; Hoess, 2009).

- En general, los análisis realizados tienen en cuenta el gasto corriente de los centros residenciales analizados, pero no los costes de construcción de los mismos, lo que sin duda modificaría notablemente los términos del debate.
- Por último, es importante señalar que esta cuestión ha recibido una atención mucho mayor en el caso de la atención residencial a las personas con discapacidad que en el caso de la atención residencial a las personas mayores; si bien es cierto que la cuestión de las economías de escala y de la medición de la eficiencia se ha abordado con cierto detalle en la literatura sobre personas mayores, la mayor parte de los documentos (y los que tienen una base conceptual y empírica más sólida, cabría añadir) se refieren a las personas con discapacidad y, dentro de estas, a las personas con discapacidad intelectual.

3. ECONOMÍAS DE ESCALA: ¿SON MÁS CAROS LOS CENTROS PEQUEÑOS?

La preocupación por el impacto del tamaño de los centros residenciales en su estructura de costes y el interés por determinar en qué medida existen en este ámbito economías de escala³ es antigua.

En el contexto de la CAPV, la cuestión se analizó en los primeros años 90 desde diversos ángulos, descartándose en general la idea de que un mayor tamaño implica necesariamente un coste plaza menor. Así, un estudio realizado por el SIIIS Centro de Documentación y Estudios en 1994 citaba el trabajo pionero de Martin Knapp (Knapp, 1984) en el que señalaba que “el coste medio presenta una forma de U al dibujarse el gráfico a escala. Los costos se minimizan (a igualdad de otros factores) a una escala de 68 camas para hogares diseñados según el principio de vida en grupo y a la escala menor de 58 camas para otras residencias, aunque los costos medios no varían mucho respecto a una gama bastante amplia del tamaño medio. Esta forma de U ha sido un rasgo común en casi todos los estudios de función de coste para las residencias de ancianos. El peso de la evidencia empírica en este campo particular revela, por lo tanto, que las residencias de tamaño medio son las más baratas”. Estudios realizados también al principio de los años 80 en Estados Unidos (Bishop, 1980; Birbaum, 1981) coincidían con el de Knapp en atribuir un impacto muy reducido al tamaño de la residencia en lo que se refiere a la variación de los costes, descartando por tanto la teoría de que un mayor tamaño implica un ahorro en los costes medios.

³ En microeconomía, se entiende por economía de escala las ventajas en términos de costes que una empresa obtiene gracias a la expansión. Existen factores que hacen que el coste medio de un productor por unidad caigan a medida que la escala de la producción aumenta. El concepto de economías de escala sirve para el largo plazo y hace referencia a las reducciones en el coste unitario a medida que el tamaño de una instalación y los niveles de utilización de inputs aumentan. Frente al concepto anterior, las deseconomías de escala son lo contrario, e implican costes más elevados derivados de una producción excesivamente pequeña.

Por las mismas fechas, el estudio *“Análisis de la variabilidad del coste/residente”* de Eugenio Peñas (Peñas, 1994) realizado con el propósito de identificar la altísima variabilidad -de uno a tres- del coste plaza de las residencias guipuzcoanas descartaba el tamaño de las residencias como factor explicativo de la variabilidad del coste medio. Efectivamente, seleccionadas once variables diferentes, entre ellas el tamaño, se llega a la conclusión a partir de un análisis multivariante de que el 77 por 100 de la variabilidad se encuentra explicada por cuestiones relacionadas con el personal de la plantilla (el porcentaje de gasto de personal, el índice personal/plaza y el coste unitario de personal), no encontrándose evidencias de que el tamaño se relacione sistemáticamente con la variabilidad del coste plaza.

El trabajo del SIIS al que anteriormente se ha hecho referencia (SIIS Centro de Documentación y Estudios, 1996) insistía en que en ningún caso la evidencia científica disponible autoriza a hablar de economías de escala vinculadas al número de plazas. Según este estudio -uno de los pocos que en el contexto de la CAPV analizan de forma monográfica esta cuestión-, “no hay argumentos sólidos que avalen la tesis de que el coste medio de una plaza en una residencia de ancianos disminuya indefinidamente a medida que aumenta la capacidad de las residencias. Los datos disponibles parecen demostrar que el coste medio decrece efectivamente cuando aumenta el número de plazas, pero sólo hasta llegar a un determinado nivel que puede situarse entre las cuarenta y cincuenta; a partir de las setenta/ochenta plazas el coste medio pasa a convertirse en una función creciente del tamaño de la residencia”.

El estudio del SIIS se basaba en dos investigaciones previas, realizadas con metodologías diferentes: la primera de ellas consistió en investigar el grado de correlación existente entre el coste plaza medio, el tamaño y otra serie de variables conocidas que están relacionadas con ambas: determinados componentes del coste -personal, alimentación, otros gastos-, algunos aspectos de la plantilla laboral -personal total, de atención directa, administrativos- y la proporción de usuarios mayores de ochenta años, en tanto que indicador expresivo del grado de discapacidad de las personas atendidas. El resultado de la investigación apuntaba a que para el conjunto de las ciento veinte residencias analizadas, “el coste medio presenta una correlación estadísticamente significativa y de signo positivo con el número de plazas, lo que indicaría en todo caso que, a medida que aumenta el número de plazas, aumenta el coste medio de los centros residenciales”. La segunda de las investigaciones confirmaba igualmente la tesis de que las residencias grandes son más caras por usuario que las pequeñas. El trabajo concluía señalando, de cara al desarrollo de la red de centros residenciales de la CAPV, que “la estrategia más adecuada para aunar calidad y economía pasa por la promoción de centros de tamaño medio o pequeño, en ningún caso por encima de las cien plazas”.

La búsqueda de un tamaño residencial óptimo, desde el punto de visto de los costes, se plantea también como el objetivo del trabajo realizado por las mismas fechas por Gómez Ordoki (Gómez Ordoki, 1995), a partir de los datos de una muestra de residencias de personas mayores ubicadas en el País Vasco. Los datos del autor indican que existe un umbral -en torno a las 40 plazas- a

partir del cual no se producen economías de escala y el incremento en el número de plazas no implica un menor coste por residencia. De acuerdo a sus datos, sea cual sea el nivel de dependencia de las personas atendidas, el gasto por residente se reduce claramente a medida que crece el tamaño hasta el umbral de las 20 plazas y, algo más suavemente, hasta el umbral de las 40. A partir de ese umbral, la reducción de costes es mucho menor e, incluso, negativa. Así pues, para el autor, un incremento indefinido en el tamaño de la residencia no supone un abaratamiento indefinido del coste por residente: por más que queramos incrementar el tamaño residencial, explica Gómez Ordoki, los factores de gasto reaccionan de tal forma que la variable gasto por residente no disminuye continuamente a cada incremento de plazas, sino que presenta curvas de coste por intervalos con pendientes cada vez más bajas, lo que nos sugiere la existencia de un punto mínimo de coste.

Si centramos la mirada en la literatura internacional, a mediados de la pasada década se publicaron sendas revisiones de la evidencia científica relacionadas con la existencia de economías de escala en el ámbito de la atención residencial, centrados en ambos casos en las personas con discapacidad intelectual. Sus autores -Stancliffe y Lakin, en el primer caso, y Felce y Emerson, en el segundo- son probablemente los autores que con más rigor han analizado la relación entre costes y resultados en el ámbito de la atención residencial a las personas con discapacidad.

En una revisión sobre los costes y resultados de los servicios comunitarios para las personas con discapacidad intelectual realizada a partir de 80 investigaciones previas, Stancliffe y Lakin (2004) analizan en detalle la cuestión de las economías de escala⁴. A su juicio, los servicios de atención personal no responden a la misma lógica productiva que la industria manufacturera en lo que se refiere a esta cuestión: según explican, la evidencia al respecto no es concluyente y a menudo contradice la idea de que los servicios de reducido tamaño resultan más caros; la literatura, especialmente la norteamericana, muestra que los grandes centros de carácter institucional incurren en costes por usuario más elevados que los centros integrados en la comunidad. Para estos autores, la evidencia disponible sugiere que las economías de escala juegan un papel muy limitado o nulo en el coste de los centros residenciales y que sólo tienen una cierta influencia en los centros de muy reducido tamaño, dotados de personal con presencia permanente. A su juicio, estas conclusiones, junto a la necesidad de optar por modelos más individualizados y con mayor posibilidad de elección, “indican que es posible ofrecer servicios más adaptados a las necesidades y expectativas individuales sin necesariamente incrementar el coste por persona atendida, si bien este objetivo difícilmente podrá ser alcanzado mediante soluciones residenciales cada vez más pequeñas dotadas de personal permanente”.

Abundando en esta tesis, Felce y Emerson (2005) concluyen que el incremento del coste por

⁴ Es importante señalar, en cualquier caso, que muchos de los centros analizados en los estudios revisados por estos autores comparaban soluciones de muy pequeño tamaño (de una o dos personas) con centros que consideraríamos todavía pequeños (de siete plazas, por ejemplo).

residente sólo se produce cuando las ratios de personal no se pueden mantener constantes a medida que el número de residentes se reduce; es decir, cuando, por más que se reduzca el número de residentes, la dimensión de la plantilla debe mantenerse constante: así, por ejemplo, si se establece una ratio de 0,33 profesionales de atención directa por persona, un centro que atienda a nueve personas requerirá el mismo personal (tres trabajadores) y el mismo gasto de personal de atención directa que un que atienda a siete, siendo en el primer caso el coste por usuario menor y produciéndose en ese caso por tanto un efecto de economía de escala al incrementar su capacidad. Si atiende a seis, sin embargo, será suficiente con dos profesionales, y el gasto por plaza será equivalente al de un centro de tres plazas. Desde ese punto de vista, si se acepta que la ratio requerida es de 0,33 trabajadores por plaza y que el grado de ocupación es del 100% en todos los casos, el coste plaza relativo al personal de atención directa sería el mismo con 3, 6, 9 ó 90 plazas. Las deseconomías se producirían, por tanto, en los casos en los que la combinación de la ratio necesaria y el número de usuarios implica una asignación de personal ineficiente. Esta lógica también apunta a que cuanto menores son las necesidades de atención (y menores, por tanto, las ratios profesionales) el umbral en el que dejan de producirse economías de escala se sitúa en un tamaño residencial más alto. Así, cuando la ratio de atención directa es de 0,15 trabajadores por usuario/a, el umbral de eficiencia se situaría en las seis plazas.

Obviamente, este análisis sólo tiene en cuenta el gasto del personal de atención directa, y no otros gastos corrientes con menor elasticidad ante la reducción de las plazas, pero resulta importante en la medida en que el coste de personal directo es el factor que en mayor medida determina la variabilidad del coste de las plazas residenciales.

Felce y Emerson (2005) justifican este efecto recordando que cuando el número de residentes es tal que se requiere la presencia constante de un solo trabajador, el coste del personal no puede reducirse pese a que se reduzca el número de usuarios, con lo que una reducción de plazas no se acompaña de una reducción en el coste total, y el coste plaza se incrementa. Estas deseconomías de muy reducida escala se producen en cualquier caso sólo en los centros que requieren de la presencia de personal permanente, mientras que en los que no lo precisan (en la medida en que aplican modelos de atención más orientados a la vida independiente, con fórmulas de atención más flexibles), las ratios de personal se pueden mantener constantes aunque la ocupación caiga. Para estos autores, por tanto, pese a la idea general de que los servicios comunitarios resultan más caros que la atención institucional, no se ha demostrado que el tamaño tenga un impacto determinante en los costes residenciales, y es en la cuestión de la asignación eficiente de las ratios donde deben centrarse los esfuerzos para una utilización más racional de los recursos económicos.

Hoess et al. (2009) también hacen referencia a la estrecha relación existente entre las economías de escala y la composición de los usuarios de los centros residenciales en lo que se refiere a sus necesidades de atención. Según estos autores, las economías de escala puedan alcanzarse tanto modulando el tamaño de los centros como, si ello no es posible, ajustando los costes de

personal mediante una composición adecuada de las personas atendidas desde el punto de vista de su nivel de necesidad. Se trataría por tanto de combinar las economías de escala con la especialización en la composición de las personas atendidas, de cara a optimizar las necesidades de personal y, por tanto, el coste de los centros. A partir del análisis de los datos de 13 residencias del Tirol austriaco, los autores confirmaron en primer lugar que, si no se tiene en cuenta el nivel de la atención recibida, el coste medio por persona y día se reduce a medida que crece el tamaño del centro, lo que pondría de manifiesto la existencia de economías de escala. Sin embargo, el efecto de estas economías de escala desaparece si el nivel medio de la atención requerida, de acuerdo al baremo de medición de la dependencia utilizado, es muy elevado (el estudio hace referencia a las categorías que requieren más de 180 horas semanales de atención). La conclusión fundamental radica en que las posibles economías o deseconomías de escala inducidas por el tamaño pueden ser neutralizadas (o reforzadas) por una adecuada composición de las personas atendidas, modulando de forma adecuada el nivel medio de dependencia del conjunto de los usuarios de cada centro a través de una mayor especialización de los perfiles atendidos.

Numerosos estudios realizados desde los años 80 en el Reino Unido (por ejemplo, Felce, 1986) apuntan en cualquier caso a que las diferencias en el tamaño no contribuyen a explicar las diferencias en los costes (lo que coincide, con los escasos estudios realizados al respecto en la CAPV), y que son otros los factores que determinan posibles diferencias en los costes derivados de cada uno de los modelos. Así, el análisis realizado por Raynes et al. (1994) indica que no se producen economías de escala por encima de las seis plazas y que, en general, no puede hablarse de que las residencias de reducido tamaño impliquen desventajas desde el punto de vista de los costes. El debate sobre las economías de escala en los centros residenciales también se refiere a su ubicación en diferentes entornos: en ese sentido, Yu y Bradford (1995) demostraron que la creación de centros rurales, de pequeño tamaño, no implica un mayor coste que la creación de plazas en centros urbanos, de mayor tamaño.

Por su parte, un estudio realizado en 2002 en Finlandia por Björkgreen (Björkgreen, M.A, 2002) establece tres elementos como significativos desde el punto de vista de la eficiencia de los centros para personas mayores: la tasa de ocupación, la proporción de enfermeras acreditadas y el tamaño de las unidades, lo que confirmaría la existencia de economías de escala. El autor del trabajo encuentra sin embargo una figura en forma de U invertida y apunta a que el tamaño óptimo se situaría entre las 35 y las 43 plazas. Un trabajo posterior del mismo autor establece en ese sentido que las unidades analizadas dejan de beneficiarse de las economías de escala a partir del umbral de las 30 camas y que, en cualquier caso, existen unidades mucho más pequeñas que registran una eficiencia óptima.

4. EFECTIVIDAD: ¿CONSIGUEN MEJORES RESULTADOS LOS CENTROS PEQUEÑOS?

Tal y como se ha visto en el punto anterior, la mayor parte de los estudios identificados descartan la teoría de las economías de escala o, al menos, que estas jueguen un papel relevante y

que exista un efecto según el cual el coste por plaza se reduzca sistemáticamente a medida que crece el tamaño de los centros. No todos los estudios revisados alcanzan, sin embargo, las mismas conclusiones. Así, por ejemplo, tras analizar los resultados de 36 centros residenciales para personas mayores del cantón suizo del Tesino, Filippini (1999) concluye que existen economías de escala para la mayor parte de los resultados analizados, si bien a partir de un tamaño de 120 plazas las economías de escala dejan de ser relevante. A partir de esos datos, el autor propone la fusión de centros de pequeño tamaño y la creación de nuevos centros de un tamaño mínimo adecuado, aunque, advierte, el tamaño de las residencias no debe ser tan elevado que implique un deterioro de la calidad en términos de relaciones personales.

¿Tiene sentido esta cautela? ¿Implica un mayor tamaño unos peores resultados en términos de bienestar, integración o calidad de vida? Dadas sus diferentes necesidades, la respuesta a este interrogante puede ser diferente en el ámbito de las personas con discapacidad y en el ámbito de las personas mayores.

4.1. LA ATENCIÓN RESIDENCIAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Según Mansell (2011), la evaluación de los modelos de atención comunitaria para personas con discapacidad intelectual, en comparación con las instituciones a las que sustituyen, muestra por lo general una imagen relativamente clara. Una y otra vez, los estudios han mostrado que los servicios comunitarios son superiores a las instituciones. Pero, ¿en qué medida la cuestión específica del tamaño está relacionada con estos mejores resultados?

Roger J. Stancliffe es uno de los autores que con mayor rigor ha analizado, a lo largo de varios años, la relación entre el impacto de la atención residencial y las características más o menos comunitarias de los entornos residenciales. En uno de sus trabajos más recientes, (Stancliffe et al., 2009) analizó los niveles de satisfacción y bienestar de una muestra de 1.885 adultos con discapacidad usuarios de servicios residenciales en seis estados norteamericanos. Su estudio halló escasas diferencias entre los dos modelos residenciales analizados, aunque sí detectó mejores resultados entre las personas residentes en centros de muy reducido tamaño, que posibilitan la elección de dónde y con quién vivir, así como entre quienes residen en el domicilio familiar. En su estudio, se dividió a las personas en función del número de personas con discapacidad del centro o vivienda en la que residen (una sola persona, 2/3, 4 a 6, y 7 o más). Los resultados apuntan a que existen diferencias estadísticamente significativas en relación al tamaño del centro en lo que se refiere a los sentimientos de soledad y al sentimiento de sentirse como en casa, pero no en cuanto a los sentimientos de miedo, felicidad o satisfacción en relación al personal. Pese a todo, los autores sostienen que los peores resultados se relacionan siempre con los tamaños residenciales más elevados y destacan que, dada la dificultad existente en este tipo de estudios para identificar diferencias relacionadas con las características objetivas de los centros, “los consistentes resultados obtenidos en relación a los beneficios de los centros de pequeño tamaño deben considerarse notables, y proporcionan evidencia adicional para apoyar el desarrollo de viviendas de reducido

tamaño en la comunidad”.

Un reciente estudio internacional (Freyhoff, G. et al, 2004) que analiza la realidad de los centros residenciales de cuatro países de Europa (Francia, Hungría, Rumanía y Polonia) pone a su vez de manifiesto el carácter segregador de los centros de gran tamaño, y sus peores resultados en términos de calidad de vida e integración social. En sus recomendaciones, el informe -auspiciado por la Comisión Europea- aboga por establecer un compromiso para detener la construcción de nuevos centros de gran tamaño en Europa para la atención a personas con cualquier tipo de discapacidad. Detener la construcción de nuevos centros de carácter institucional para las personas con discapacidad es uno de los objetivos inmediatos más importantes, señala el documento. En el ámbito específico de la atención a las personas con autismo, Álvarez y Crabtree (2008) establecieron que existe una vinculación clara entre el tamaño residencial y la calidad de vida de las personas residentes, medida en términos de sus experiencias vitales, habilidades adaptativas o reducción de las conductas desafiantes.

El tamaño y/o las características físicas del centro no son, en cualquier caso, el único elemento que se relaciona con la atención de calidad; en efecto, según Mansell (2011) la conclusión que se extrae de la literatura disponible es que “la transición desde las instituciones a los alojamientos comunitarios es una condición necesaria, pero no suficiente para el logro de mejores resultados en todos los residentes. Además de cambiar de alojamiento, es necesario cambiar la clase de apoyo prestado”. A la misma conclusión llegaron años antes Felce y Perry (1997), quienes, tras analizar una muestra de 14 residencias de una a siete plazas, concluyeron que los mejores resultados se relacionaban tanto con el tamaño de la vivienda como con las habilidades de las personas atendidas y las capacidades profesionales del personal. Para estos autores, si bien las viviendas de tamaño más reducido ofrecen un entorno razonablemente hogareño, no se siempre se alcanzan situaciones de verdadera integración social.

Con todo, Felce y Emerson (2005) consideran que la evidencia resulta equívoca en relación a esta cuestión y que, si bien en algunos casos el tamaño reducido se asocia a mejores resultados, no siempre se produce esa relación. En efecto, los autores encontraron asociaciones positivas entre el tamaño de los centros analizados y los resultados obtenidos, pero también diversas investigaciones en las que la relación entre ambos elementos es nula (hay que señalar, en cualquier caso, que la mayor parte de los centros analizados en la revisión de Felce y Emerson tenían, como máximo, seis plazas).

4.2. LA ATENCIÓN RESIDENCIAL A LAS PERSONAS MAYORES

También en el ámbito de la atención a las personas mayores se encuentran investigaciones que confirman la asociación entre tamaños reducidos y mejora de los efectos de la atención residencial. Timko y Moos (1991) pusieron de manifiesto la relación entre un tamaño reducido y la posibilidad de alcanzar niveles de cohesión más altos, que a su vez se relacionan con una mayor

satisfacción por parte de las personas mayores. En el mismo sentido, tras analizar la relación entre los niveles de satisfacción, las características personales y la estructura de los centros, Sikorska (1999) señala que uno de los elementos predictivos de un nivel de satisfacción alto es el tamaño reducido del centro, siendo los residentes en centros de menos de 30 plazas los que manifiestan niveles de satisfacción más elevados.

Para Rantz et al. (2004), el alcanzar resultados de calidad en la atención a personas mayores no es más caro -al revés, puede ser más barato- que no hacerlo; su estudio confirma además, como el de Sikorska, que la atención de calidad se relaciona, entre otros elementos, con el tamaño del centro. En concreto, tras analizar los resultados de 92 centros residenciales de más de 30 plazas del Estado de Missouri aleatoriamente seleccionados, estos autores identificaron varios elementos estadísticamente relacionados con la obtención de una serie de efectos considerados positivos⁵: el único elemento predictivo de niveles altos de calidad relacionado de forma estadísticamente significativa con la estructura del centro fue, precisamente, el del tamaño, en la medida en que los centros de tamaño más reducido (menores de 60 plazas) fueron los que registraron en mayor medida resultados positivos: en el grupo que registró mejores resultados, el tamaño mediano fue de 60 plazas, frente a 130 en el grupo con peores indicadores de calidad. El estudio no encontró, sin embargo, diferencias significativas relacionadas con el tamaño en lo que se refiere al coste medio por persona residente (aunque sí en lo que se refiere a los resultados, siendo las residencias con mejores resultados algo más económicas que aquellas con peores resultados). A partir de esos resultados, los autores abogan por la articulación de los grandes centros residenciales entorno a unidades o módulos de pequeño tamaño, que puedan funcionar como pequeñas residencias.

Por su parte, Kane et al. (2007) evaluaron mediante una metodología longitudinal la calidad de la atención y el impacto sobre los residentes de un modelo de atención denominado Small-House Nursing Homes, que se caracterizan, entre otros elementos, por un tamaño muy reducido (entre siete y diez plazas). Comparados los resultados obtenidos a lo largo del tiempo en dos de esos centros y otros dos de tipo más convencional (de 80 y 65 plazas, respectivamente) se observó que, cuando se equipara el nivel de necesidad de las personas atendidas, los residentes en las viviendas de pequeño tamaño registraron una mejor puntuación en nueve de los once indicadores de calidad de vida, y mostraron tasas más elevadas de satisfacción y de bienestar emocional. También se registraron en estas residencias mejores resultados en lo que se refiere a los indicadores de calidad en el proceso de atención.

Otro estudio, realizado en Canadá (Morgan y Stewart, 1998), pone de manifiesto la relación entre la conducta de las personas mayores residencializadas y la densidad de las unidades residenciales en las que viven, produciéndose mejoras importantes en cuanto a la conducta de

⁵ Esos resultados hacen referencia a 23 dimensiones relacionadas con la calidad de vida de las personas residentes, tales como las fracturas, las caídas, los síntomas de depresión, el uso excesivo de medicamentos (nueve o más), la pérdida de peso,

las personas residentes cuando son trasladadas de centros de alta densidad a unidades de baja densidad (que implica no sólo un tamaño determinado en cuanto a número de usuarios, sino también en cuanto a espacios disponibles en el centro).

5. COSTE EFECTIVIDAD: ¿OFRECEN LOS CENTROS PEQUEÑOS MEJORES RESULTADOS A UN COSTE MENOR?

Hasta ahora se han descrito de forma independiente los estudios que analizan, por una parte, en qué medida los centros de pequeño tamaño son más caros que los de mayor tamaño y, por otra, los que analizan en qué medida son más o menos efectivos. En este último punto se describen algunos de los escasos trabajos que analizan las dos cuestiones al mismo tiempo y miden el impacto que en la relación coste efectividad que puede tener el componente específico del tamaño.

Cabe señalar en cualquier caso, en primer lugar, que son muchos los estudios que consideran coste efectiva el modelo de atención comunitaria y centrada en la persona. En ese sentido, los trabajos previos realizados por el SIIS en relación al coste efectividad de las fórmulas de alojamiento en la comunidad han puesto claramente su naturaleza coste efectiva (SIIS, 2011). En el estudio, se revisaron un total de quince trabajos de investigación relacionados con el desarrollo de fórmulas de alojamiento en la comunidad (hogares de grupo, viviendas tuteladas, proyectos de vida independiente, programas de acogimiento familiar, etc.), en contraposición a las fórmulas de alojamiento de carácter institucional. De las quince intervenciones analizadas, once se consideraron coste efectivas. De las cuatro restantes, tres se consideran no dominantes -la intervención produjo mejoras significativas en la calidad de vida de las personas usuarias y en su satisfacción con la atención recibida, reduciendo la utilización de servicios comunitarios y de atención informal, pero a un coste mayor que la intervención convencional utilizada como referencia-, mientras que la última -una revisión de la literatura- no arrojaba resultados concluyentes en términos de coste efectividad. El 73% de las intervenciones realizadas en el ámbito de las fórmulas de alojamiento en la comunidad se consideran, por tanto, coste efectivas, lo que supone un porcentaje relativamente elevado en relación al conjunto de las intervenciones analizadas. Es importante señalar, en cualquier caso, que la revisión realizada por el SIIS no se centró exclusivamente en el tamaño residencial, sino en el conjunto de los elementos que determinan el carácter más o menos comunitario de las alternativas residenciales, por lo que resulta difícil obtener de esa revisión conclusiones claras relativas a la relación entre coste y efectividad de las soluciones residenciales pequeñas.

Fuera de nuestras fronteras, Stancliffe, Emerson y Felce son, nuevamente, los autores que con más rigor y continuidad han analizado esta cuestión (si bien, como en la revisión realizada por el SIIS, no siempre se han centrado de forma exclusiva en el factor tamaño, sino en un cúmulo de características asociadas al enfoque comunitario entre las cuales se encuentra el tamaño).

En 1993, Felce publica en la revista *Mental handicap* una revisión que, bajo el título de “¿Es cara la atención comunitaria?” analiza la cuestión de las economías de escala y la relaciona con los resultados o impactos de la atención residencial. Para el autor, está comprobado que las viviendas de pequeño tamaño ofrecen mejores resultados y, al mismo tiempo, no implican un gasto mayor, lo que, a su juicio, confirma su carácter coste-efectivo. Sin embargo, advierte, es necesario tener en cuenta ciertas cautelas: el tamaño de los centros debe seguir reduciéndose y es imprescindible prestar una atención prioritaria a la cuestión de las ratios de personal, estrechamente vinculada a los costes. La determinación del personal adecuado resulta clave y no tiene sentido un incremento desmedido del personal de apoyo, en la medida en que se ha demostrado que, incrementando claramente los costes, no siempre se relaciona directamente con una mejora de la calidad. No se trata por tanto de disponer de mucho personal, sino de contar con un personal adecuadamente formado y que realiza de forma adecuada sus tareas de apoyo.

Doce años más tarde, Felce y Emerson (2005) mantienen conclusiones parecidas: los entornos residenciales de gran tamaño ofrecen peores resultados que los que tienen una escala más doméstica, pero, entre estos (con tamaños que oscilan entre una y seis plazas), el efecto del tamaño es escaso o nulo en lo que se refiere a la calidad de la atención. De hecho, según estos estudios, es difícil en el ámbito de la atención residencial a la discapacidad encontrar relaciones sólidas entre las características organizacionales o los recursos y los resultados obtenidos. Ello no quiere decir, añaden, que el tamaño o los recursos sean irrelevantes, pero sí pone de manifiesto dos tipos de problemas: de una parte, unas pautas de asignación de recursos humanos que no se corresponden adecuadamente al nivel de necesidades de las personas usuarias y, de otra parte, el posible uso ineficiente de los recursos disponibles.

Los resultados cosechados por Stancliffe apuntan a que los centros de pequeño tamaño puedan considerarse más coste-efectivos que las instituciones tradicionales o los centros de mediano tamaño (si bien es necesario subrayar que, en general, en los trabajos de este autor se comparan distintas alternativas de pequeño tamaño entre sí o, a lo sumo, centros de muy pequeño tamaño con otros centros mayores pero que tampoco pueden considerarse grandes). En ese sentido, una comparación entre personas residentes en fórmulas de vivienda semi-independientes y otras residentes en hogares de grupo, de carácter más institucional aunque de similar tamaño (en el primer caso el tamaño oscila de 1 a 5 y en el segundo de 3 a 7, diferenciándose ambos modelos en el nivel de apoyo recibido) puso de manifiesto que el coste de los hogares de grupo era más elevado y que eran precisamente los centros de menor tamaño los que registraban menores costes. El estudio concluye que algunos residentes en viviendas semi-independientes acceden a similares o mejores niveles de calidad de vida a un coste menor, lo que confirmaría por tanto el carácter potencialmente coste-efectivo de este tipo de soluciones (Stancliffe, 2005).

Por su parte, una revisión sistemática realizada por Mansell y Beadle Brown (2008) en relación a los costes y resultados de los modelos de viviendas dispersas frente a los de carácter agrupado pone de manifiesto que los modelos de vivienda agrupados suelen resultar más económicos que

los dispersos, mientras que los dispersos tienden a ofrecer mejores resultados, no pudiendo por tanto decirse que las fórmulas de vivienda agrupada ofrezcan los mismos niveles de calidad de vida a un menor coste. Es importante señalar, en cualquier caso, que esta revisión no compara, estrictamente, centros de pequeño tamaño frente a centros de gran tamaño, sino, más bien, centros pequeños dispersos frente a otros centros, también pequeños, pero agrupados y con servicios comunes.

Es quizá Mansell, en un artículo publicado en 2011, el que resume más adecuadamente la evidencia disponible en relación a la relación entre coste y efectividad en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad: "Si se compara lo comparable, los costes de atender a personas con discapacidades severas son normalmente altos, vivan donde vivan esas personas, si se han de alcanzar buenos resultados. Los servicios institucionales de bajo coste ofrecen una asistencia de baja calidad. No hay evidencia de que los modelos de atención comunitaria sean inherentemente más costosos que las instituciones, una vez que la comparación se hace sobre la base de necesidades comparables de los residentes y una calidad de atención comparable. Los servicios comunitarios como las viviendas con apoyo o las fórmulas de vida independiente, cuando se crean y gestionan adecuadamente, consiguen mejores resultados que las instituciones" (Mansell, 2011).

6. CONCLUSIONES

Una de las principales conclusiones que cabe extraer del análisis realizado es la existencia de diferencias muy importantes en lo que se refiere a la cuestión analizada en función del tipo de población afectada: en el ámbito de la atención a las personas mayores, las investigaciones se han centrado preferentemente en la cuestión de las economías de escala y en la determinación de posibles umbrales a partir de los cuales, o hasta los cuales, el incremento en el número de plazas pueda asociarse a una reducción del coste medio por plaza. Se trata por tanto, muy a menudo, de investigaciones de tipo econométrico fundamentalmente orientadas a la reducción de los costes y la búsqueda de una mayor racionalización del gasto. Si bien es cierto que también existe una abundante literatura en relación al impacto de los centros residenciales pequeños en los niveles de satisfacción o en la calidad de vida de las personas mayores, es muy difícil encontrar investigaciones que valoren en qué medida la reducción de los tamaños residenciales implica mejores resultados con un coste similar o incluso menor.

Por el contrario, en el ámbito de la atención residencial a las personas con discapacidad resulta más común la voluntad por vincular la cuestión de los costes y la medición del impacto, si bien en estos casos los tipos de centros que se analizan raramente son de gran tamaño. En el caso de la discapacidad, además, resulta más difícil encontrar investigaciones exclusivamente centradas en la cuestión del tamaño, ya que por lo general las comparaciones se refieren a modelos de intervención, en función de su carácter más o menos integrado o comunitario.

Pese a estas diferencias, ¿qué conclusiones pueden obtenerse de los estudios revisados?

- En lo que se refiere a la primera pregunta planteada al inicio del trabajo -¿son más caros los centros pequeños?- la respuesta no puede ser categórica, pero parece difícil afirmar que los centros residenciales resultan más baratos cuanto mayor sea el número de plazas. Las investigaciones realizadas tienden o bien a negar la existencia de economías de escala o bien a situar el umbral de este efecto en tamaños relativamente reducidos, que en ningún caso permiten justificar en términos económicos la creación de macrocentros residenciales. Así pues, como señalaba un estudio realizado por el SIIS en 1996, no hay argumentos sólidos que avalen la tesis de que el coste medio de una plaza en una residencia de ancianos disminuya indefinidamente a medida que aumenta la capacidad de las residencias. El coste medio decrece efectivamente cuando aumenta el número de plazas, pero sólo hasta llegar a un determinado nivel que puede situarse entre las cuarenta y cincuenta; a partir de las setenta u ochenta plazas, se produciría deseconomías de escala, de tal forma que el coste aumenta a medida que aumenta el tamaño del centro.
- Al analizar la existencia de estas economías de escala, especialmente en el ámbito de la discapacidad, la atención se centra en la existencia de asignaciones ineficientes del personal, y en su vinculación con el número de plazas, así como con la composición del personal atendido en función de su grado de necesidad. En ese sentido, diversas investigaciones apuntan a la posibilidad de alcanzar una mayor optimización de los recursos humanos que requieren las residencias, buscando tamaños que permitan esa optimización a partir de las necesidades de atención de los residentes. Desde esa lógica, diversos autores defienden la adopción de modelos de vida independiente, que no requieren una presencia constante de personal en las viviendas y, además de fomentar la autonomía y requerir menos recursos, permite un uso más flexible de los mismos y, a la postre, un coste plaza menor.
- En lo que se refiere a los resultados, si bien, sobre todo en el ámbito de la discapacidad, no son infrecuentes los estudios que no encuentran un vínculo entre los efectos de la atención y el tamaño de los centros, la mayor parte de la evidencia disponible parece apuntar a que, efectivamente, los centros de pequeño tamaño obtienen mejores resultados en cuanto calidad de vida, satisfacción o autonomía. Probablemente, este efecto positivo haya sido más claramente demostrado en el ámbito de las personas mayores, aunque es sobre todo en el ámbito de la discapacidad donde el llamamiento a la creación de centros de reducido tamaño resulta más generalizado.
- Es difícil afirmar, con los datos recabados, que los centros de reducido tamaño sean más coste efectivos que los grandes, fundamentalmente porque son pocos los estudios que han analizado de forma específica esta cuestión. Lo que sí puede sostenerse, sin embargo, es que los centros pequeños no son necesariamente más caros, que los centros muy grandes resultan en realidad más caros, y que se asocian generalmente a peores resultados, con lo que en ningún caso puede pensarse en los centros de gran tamaño como una alternativa más coste-efectiva que la representada por los centros de menor tamaño.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, J. y Crabtree, J. The effects of residential setting on the quality of life of adults with autism spectrum conditions. *Good Autism Practice*, vol. 9, nº 2, 2008, pp. 3-8.

Bjorkgren, M.A. Case-mix classification and efficiency measurement in long-term care of the elderly. Serie: Research Report, nº 124. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health, 2002, pp. 123.

Dagnan, D. y Drewett, R.F. Effect of home size on the activity of people with a learning disability who move from hospital to community based homes. *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 17, nº 3, 1994, pp. 265-267.

Felce, D. An eco-behavioral analysis of small community-based houses and traditional large hospitals for severely and profoundly mentally handicapped adults. *Applied Research in Mental Retardation*, vol. 7, nº 4, 1986, pp. 393-408.

Felce, D. Accommodating adults with severe and profound mental handicaps: comparative revenue costs. *Mental Handicap*, vol. 14, nº 3, 1986, pp. 104-107.

Felce, D. Is community care expensive? The costs and benefits of residential models for people with severe mental handicaps. *Mental Handicap*, vol. 21, nº 1, 1993, pp. 2-6.

Felce, D. y De Kock, U. Accommodating adults with severe and profound mental handicaps: comparative capitals costs. *Mental Handicap*, vol. 14, nº 1, 1986, pp. 26-29.

Felce, D. y Emerson, E. Community living. Costs, outcomes, and economies of scale: findings from U.K. Research. En: Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities. Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 45-62.

Felce, D. y Perry, J. A pass 3 evaluation of community residences in Wales. *Mental Retardation*, vol. 35, nº 3, 1997, pp. 170-176.

Filippini, M. Economies of scale in the Swiss nursing home industry. Serie: Working Papers, nº 9901. Zurich, University of Zurich, 1999, pp. 8.

Freyhoff, G. et al. Included in society. Resultados y recomendaciones de la iniciativa europea de investigación sobre alternativas residenciales comunitarias para personas con discapacidad. Versión resumida/Included in society. Résultats et recommandations de l'initiative européenne de recherche sur des alternatives en matière de services résidentiels de proximité pour les personnes handicapées. Bruselas, Comisión Europea, 2004, pp. 99.

Hoess, V. et al. Cost control in nursing homes by means of economies of scale and care profile optimization. *Nursing Economics*, nº enero-febrero, 2009, pp. 1-11.

Kane, R.A. et al. Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 55, nº 6, 2007, pp. 832-839.

Mansell, J. et al. Deinstitutionalisation and community living. Outcomes and costs: report of a european study. Volume 2: Main Report. Canterbury, Tizard Centre, 2007, pp. 140.

Mansell, J. y Beadle-Brown, J. Dispersed or clustered. Housing for disabled adults: a systematic review. Serie: Disability Research Series, nº 12. Dublin, National Disability Authority, 2008, pp. 151.

Mansell, J. et al. Desinstitucionalización y vida en la comunidad. Declaración del Grupo de Investigación sobre Política y Práctica Comparativas, de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID). *Zerbitzuan*, nº 49, 2011, pp. 137-146

Morgan, D.G. y Stewart, N. J. High versus low density special care units: impact on the behaviour of elderly residents with dementia. *Aging*, vol. 17, nº 2, 1998, pp. 143-165.

Peñas, E. Análisis de la variabilidad del coste/residente. *Zerbitzuan*, nº 25, 1994, pp. 50-54.

Rabig, J. Home again: small houses for individuals with cognitive impairment. *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 35, nº 8, 2009, pp. 10-15.

Rantz, M.J. et al. Nursing home quality, cost, staffing, and staff mix. *The Gerontologist*, vol. 44, nº 1, 2004, pp. 24-38.

Raynes, V. et al. The cost and quality of community residential care. Londres, David Fulton Publishers, 1994, pp. 108.

Rhoades, J. A. y Altman, B. M. Personal characteristics and contextual factors associated with residential expenditures for individuals with mental retardation. *Mental Retardation*, vol. 39, nº 2, 2001, pp. 114-129.

SIIS-Centro de Documentación y Estudios. Análisis de la variabilidad del coste plaza condicionada por el tamaño de los centros residenciales. *Zerbitzuan*, nº 29, 1996, pp. 42-47.

SIIS-Centro de Documentación y Estudios. Atención comunitaria y atención centrada en la persona: revisión de estudios de coste-efectividad. Informe de resultados. Donostia-San Sebastián, 2011.

Sikorska, E. Organizational determinants of resident satisfaction with assisted living. *The Gerontologist*, vol. 39, n° 4, 1999, pp. 450-456.

Stancliffe, R. J. Community living-unit size, staff presence, and residents' choice-making. *Mental Retardation*, vol. 35, n° 1, 1997, pp. 1-9.

Stancliffe, R. J. Semi-independent living and group homes in Australia. En: Costs and out-comes of community services for people with intellectual disabilities. Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 129-150.

Stancliffe, R. J. y Keane, S. Outcomes and costs of community living: a matched comparison of group homes and semi-independent living. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, vol. 25, n° 4, 2000, pp. 281-305.

Stancliffe, R. J. y Lakin, C. Costs and outcomes of community services for persons with intellectual and developmental disabilities. *Policy Research Brief*, vol. 15, n° 1, 2004, pp. 12.

Stancliffe, R. J. y Lakin, K.C. (ed.). Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities. Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 346.

Stancliffe, R.J. et al. Satisfaction and sense of well being among medicaid ICF/MR and HCBS recipients in six states. *Intellectual and Developmental Disabilities*, vol. 47, n° 2, 2009, pp. 63-83.

Timko, C. y Moos, R. H. A typology of social climates in group residential facilities for older people. *Journals of Gerontology*, vol. 46, n° 3, 1991, pp. S160-169.

Tossebro, J. Impact of size revisited: relation of number of residents to self-determination and deprivatization. *American Journal on Mental Retardation*, vol. 100, n° 1, 1995, pp. 59-67.



FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid
Tel.: 91 214 65 69
email: fcaser@fundacioncaser.org
web: www.fundacioncaser.es

FUNDACIÓN PILARES PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL

C/ Rodríguez San Pedro, 10. 28015 Madrid
Tel.: 91 448 82 78
email: pilares@fundacionpilares.org
web: www.fundacionpilares.org