Situación de los Sistemas de Atención a la Dependencia en la Unión Europea

Eurekans Management Development Programme

Fundación Caser para la Dependencia

Proyecto Final del Programa Europeo de Formación:

EUREKANS MANAGEMENT DEVELOPMENT PROGRAMME

Patrocinadopor:

FUNDACIÓN CASER PARA LA DEPENDENCIA

Equipo de Trabajo:

David Vaquerizo Collado
Caser (España)

Hans Hennekam
Eureko/Achmea (Países Bajos)

Rafael Knop
GothaerLebensversicherung AG (Alemania)

Emer Ni Raghallaigh
Friends First Group (Irlanda)

Indice

1. Resumen Ejecutivo 4
2. Introducción 6
3. Análisis Comparativo de la Atención a la Dependencia en doce Países Europeos 10
   3.1 Austria 11
   3.2 Dinamarca 13
   3.3 Finlandia 14
   3.4 Francia 16
   3.5 Alemania 18
   3.6 Irlanda 19
   3.7 Italia 21
   3.8 Portugal 22
   3.9 España 23
   3.10 Suecia 26
   3.11 Países Bajos 28
   3.12 Reino Unido 31
4. Mejores Prácticas en Iniciativas de Prevención 33
   4.1 Iniciativas de Prevención en España 33
   4.2 Iniciativas de Prevención en Europa 41
5. Iniciativas de Prevención que podrían ser interesantes para España 46
   5.1 Visitas Preventiva a Domicilio 47
   5.2 Programas de Prevención de Caídas. 50
   5.3 Trabajo Flexible, Jubilación Gradual, Aprendizaje Continuo 58
   5.4 Prevención mediante la Tecnología 61
6. Conclusion 77

1. Resumen

- La mayoría de los 27 estados miembros de la Unión Europea (EU) pertenecen al grupo de países con una mayor esperanza de vida del mundo, lo cual debe considerarse como un logro significativo.

- Estos mismos países tienen las tasas de fertilidad más bajas del planeta, lo que ocasiona que en Europa se esté produciendo paulatinamente no solo el envejecimiento de la edad media de la población, siendo también creciente el colectivo de población mayor de 65 años.

- Como ocurre en el resto de Europa, España envejece rápidamente. Actualmente el 17% de la población es mayor de 65 años, y se calcula que para el año 2050 esta cifra supere el 30%.

- España se sitúa a la cola de la Unión Europea en cuanto a esfuerzos destinados a los cuidados de larga duración (medido en porcentaje del PIB); en concreto, es el segundo país que menos invierte en este tema.

- En España viven 1,2 millones de personas dependientes. Se calcula que esta cifra ascenderá a 1,5 millones en 10 años.

- Pero España no es una excepción. Toda Europa está tratando de solucionar el incremento en los recursos destinados a los cuidados de la dependencia debido al envejecimiento de la población, lo que se traduce en una mayor presión sobre los servicios sanitarios y sociales, y por supuesto, en un aumento considerable de los costes. Este informe describe el modo en que 12 países de Europa estructuran la atención a las personas dependientes.

- En España se ha tomado una medida de gran calado para tratar el tema cada vez más relevante de la dependencia, y mejorar la calidad de vida de aquellas personas que necesitan ayuda diaria: la puesta en marcha de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, que recoge una serie de derechos y beneficios, cuya aplicación se está realizando de manera gradual, desde las situaciones de mayor gravedad a las más moderadas.

- Lograr una atención adecuada a las personas en situación de dependencia tiene una importancia esencial. No obstante, tratar de evitar que las personas se encuentren en una situación de dependencia debería de ser igual de importante, ya sea desde una perspectiva individual o social.

- La dependencia en la vejez no es inevitable. Saber combatir los efectos de una enfermedad crónica, depresión, de la pérdida paulatina de facultades o simplemente, evitar un estilo de vida sedentario, será decisivo para prevenir que una persona mayor pase a encontrarse en una situación de dependencia. La prevención por tanto toma un papel esencial en este tema.

- Las iniciativas para prevenir la dependencia no son nuevas en España y de hecho pueden observarse muy diferentes y buenos ejemplos en distintas regiones.

- En Europa, las más satisfactorias iniciativas en temas de prevención se centran en diversas áreas: gestión de las revisiones médicas y chequeos para detección precoz de enfermedades, fomento del ejercicio físico, creación de oportunidades para la interacción social y participación en la Comunidad, promoción del voluntariado, incluso para la asistencia a personas que se encuentran en la misma situación, así como la utilización de los nuevos avances tecnológicos que permitan vivir de modo independiente. Entre los ejemplos encontrados, podrían destacarse como interesantes: Hoteles para pacientes (Países Nórdicos), Café Alzheimer (Países Bajos), Sigue Caminando (Finlandia) y Teléfono de Ayuda a Nuestros Mayores (Irlanda).

- Algunas de estas iniciativas podrían ser recomendadas para su posible implantación en España.

- La dependencia es un fenómeno con grandes repercusiones tanto sociales como financieras. Sabiendo que el objetivo final es promover la autonomía de las personas mayores, es importante también destacar que este proceso de implementación y avance no puede realizarse con un marcado sentido de urgencia, pues podría ser contraproducente.

2. Introducción

¿Qué se hace en Europa para cuidar a la población en situación de dependencia? ¿Cómo cuida Europa a su población dependiente? Esta pregunta fue el punto de partida de este estudio. Con una ley aprobada en España sobre Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006), la *Fundación Caserpara la Dependencia*ha querido estudiar cómo se organiza la atención a personas dependientes en diversos países de Europa.

Además de realizar un análisis comparativo de los diferentes sistemas europeos, el propósito de este estudio ha sido no solo conocer las mejores prácticas en el área de atención a personas dependientes, sino dar un paso más y observar las interesantes iniciativas que se están poniendo en práctica en Europa para evitar la dependencia.

Sólo a modo indicativo, y empleando una definición bastante amplia de dependencia, el Organismo de Estadística de la Unión Europea (Eurostat) establece que aproximadamente el 4% de la población adulta en toda Europa se encuentra en una situación de dependencia.

A los efectos de este estudio una persona en situación de dependencia es alguien que necesita ayuda para la realización de las actividades normales de la vida diaria. Existe una correlación entre dependencia y edad, pudiéndose afirmar que la dependencia aumenta con la edad. Eurostat calcula que aproximadamente del 15% al 16% de las personas mayores de 65 años son personas dependientes, y este porcentaje se eleva al 25% o 26% entre los mayores de 75 años.

Aunque en un principio se partió de la premisa de abarcar y examinar a la totalidad de la población en situación de dependencia, rápidamente nos dimos cuenta de que la mayor parte de las investigaciones, estadísticas y ejemplos de buenas prácticas disponibles se centran en personas mayores dependientes. Por tanto, ese será el enfoque de este informe: analizar ejemplos de iniciativas de prevención sobre personas de la tercera edad.

España ha sido muy ambiciosa recogiendo en una Ley una serie de derechos y servicios para las personas dependientes. Ahora el objetivo es construir una infraestructura que asegure el acceso a servicios de calidad en las distintas regiones.

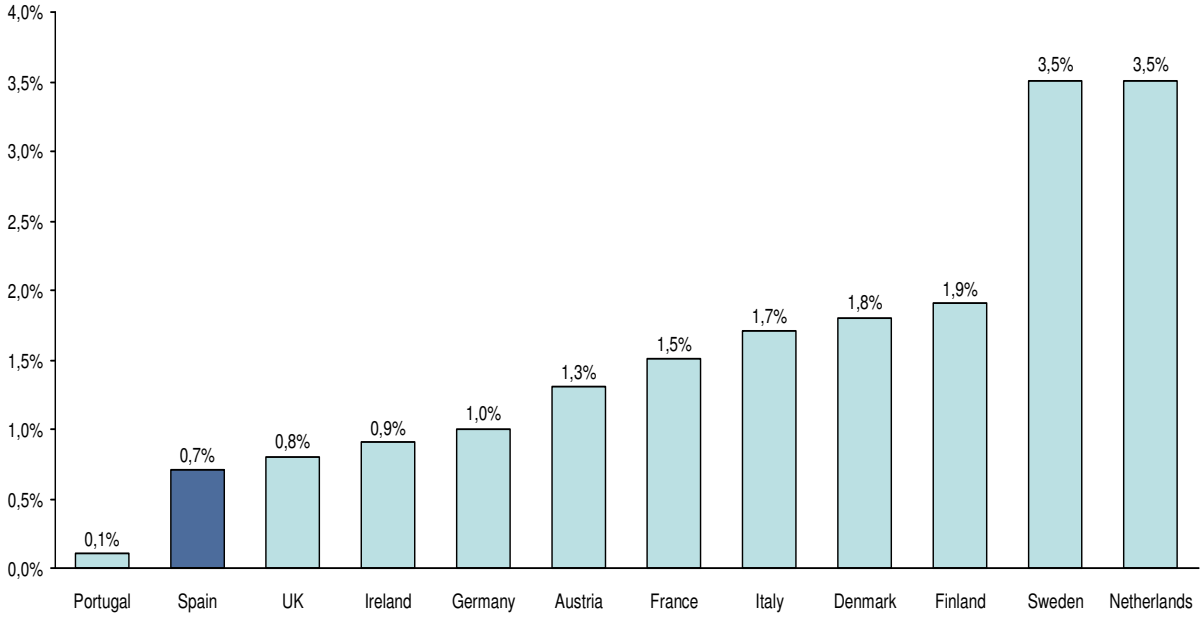
Este informe consta de cuatro partes. La primera parte aborda los antecedentes del estudio. La segunda es un análisis comparativo que describe los sistemas de atención a la dependencia en 12 países previamente seleccionados: Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Portugal, España, Suecia, los Países Bajos y el Reino Unido.
La tercera parte se centra en iniciativas para la prevención de la dependencia, primero en España y luego en Europa.
La cuarta y última parte del informe detalla cuatro iniciativas de prevención que consideramos que podrían ser de aplicación en España.

Contexto

Los países de la UE están experimentando importantes cambios demográficos, tales como el aumento del sector de la población con más edad. La Comisión Europea estima que, para el año 2025, aproximadamente un tercio de la población en Europa tendrá 60 o más años. Esta tendencia demográfica tiene una influencia muy significativa en sectores muy diversos, como la atención sanitaria y los servicios sociales.

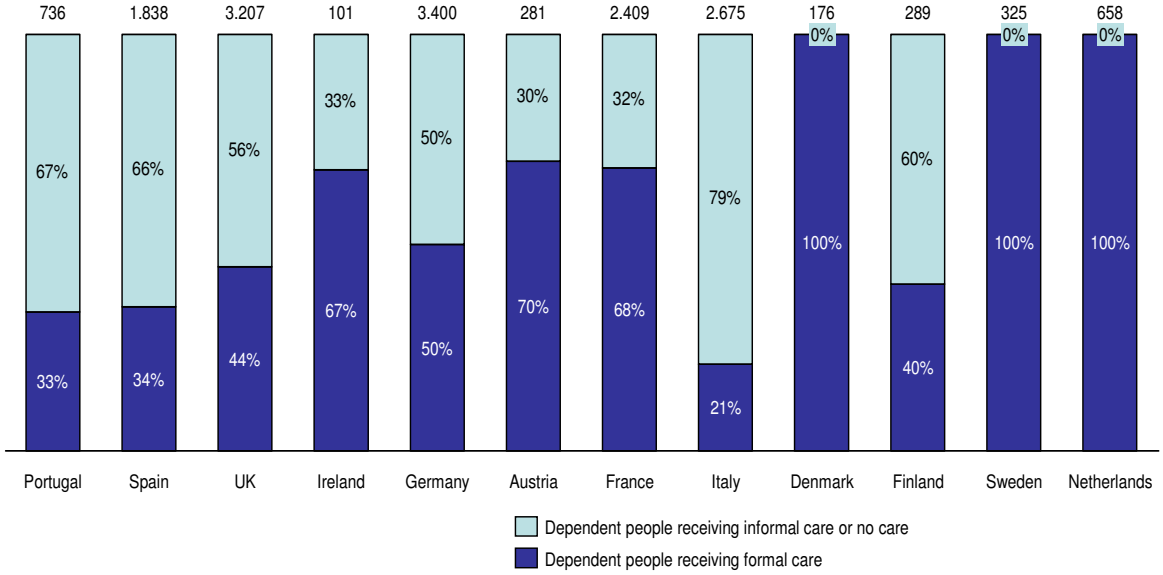
El modo en que los distintos países de la UE prestan y organizan sus sistemas de salud y servicios sociales varía mucho de uno a otro. Esto se debe, entre otras cosas, a diferencias creadas por las distintas leyes de cada país, a diferencias culturales, a diferencias de organización (por ejemplo, si la responsabilidad de la atención sanitaria radica en las regiones, comunidades o municipios, y de ser así, en qué medida), y a los diferentes sistemas de financiación utilizados (o una combinación de varios), tales como contribuciones sociales, impuestos o copago. Las diferencias entre los países de la UE se ponen también de manifiesto en el porcentaje de PIB que cada uno de ellos dedica a cuidados de larga duración (véase la tabla 1.1) y en la cantidad de personas dependientes y el porcentaje respectivo de atención formal e informal o ausencia de atención prestada.

Tabla 1.1 Gasto en Cuidados de Larga Duración de los países de la UE (estimación 2010), expresado en porcentaje del PIB



Fuente: Asuntos económicos y financieros de la Comisión Europea, Informe sobre envejecimiento de 2009, año 2009

Tabla 1.2 Número de personas dependientes clasificadas según el tipo de atención recibida: formal, informal o sin atención (estimación del 2010, miles de personas)



Fuente: Asuntos económicos y financieros de la Comisión Europea, Informe sobre envejecimiento de 2009, año 2009

Puesto que la tendencia para los próximos años muestra una población cada vez más envejecida, parece importante desarrollar iniciativas para evitar que las personas puedan caer en una situación de dependencia. Incidir sobre la prevención podría limitar los costes en materia de salud y en servicios sociales, y ayudaría a lograr que el modelo de prestación de los servicios necesarios para el cuidado de las personas, y de las personas mayores en particular, fuese más sostenible en el tiempo. Los países de la UE no son ajenos a esta realidad y reconocen el potencial que tiene la prevención de la dependencia, observándose como cada vez más se presta atención en lograr y favorecer un envejecimiento activo y saludable. En España, por ejemplo, en febrero del 2011 se promulgó un nuevo decreto ley, que desarrolla la ley general 39/2006 de "Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia", por el que se regula la promoción de la autonomía y prevención para evitar que las personas en una situación de dependencia incipiente o moderada pueden ver agravada su situación.

Las diferencias existentes entre los distintos países de la UE y en las iniciativas que se están poniendo en marcha en cada uno de ellos para prevenir la dependencia, deben considerarse como una gran fuente de oportunidades: el conocimiento y las buenas prácticas de un país pueden y deben exportarse a otros. Este estudio, patrocinado por la Fundación Caser para la Dependencia, tiene como objetivo principal investigar diferentes ejemplos de buenas prácticas en términos de prevención de la dependencia encontrados en diferentes países de la UE. Con base en estos ejemplos se sugieren distintas ideas que podrían contribuir en España a conseguir el objetivo de promulgar un envejecimiento saludable y activo.

Como punto de partida, en el siguiente capítulo se ofrece una visión general de los diferentes sistemas de atención sanitaria y servicios sociales existentes en los países de la UE seleccionados para tal fin. Este análisis ayuda a situar el marco general en el que los países de la UE organizan sus sistemas de atención a la dependencia.

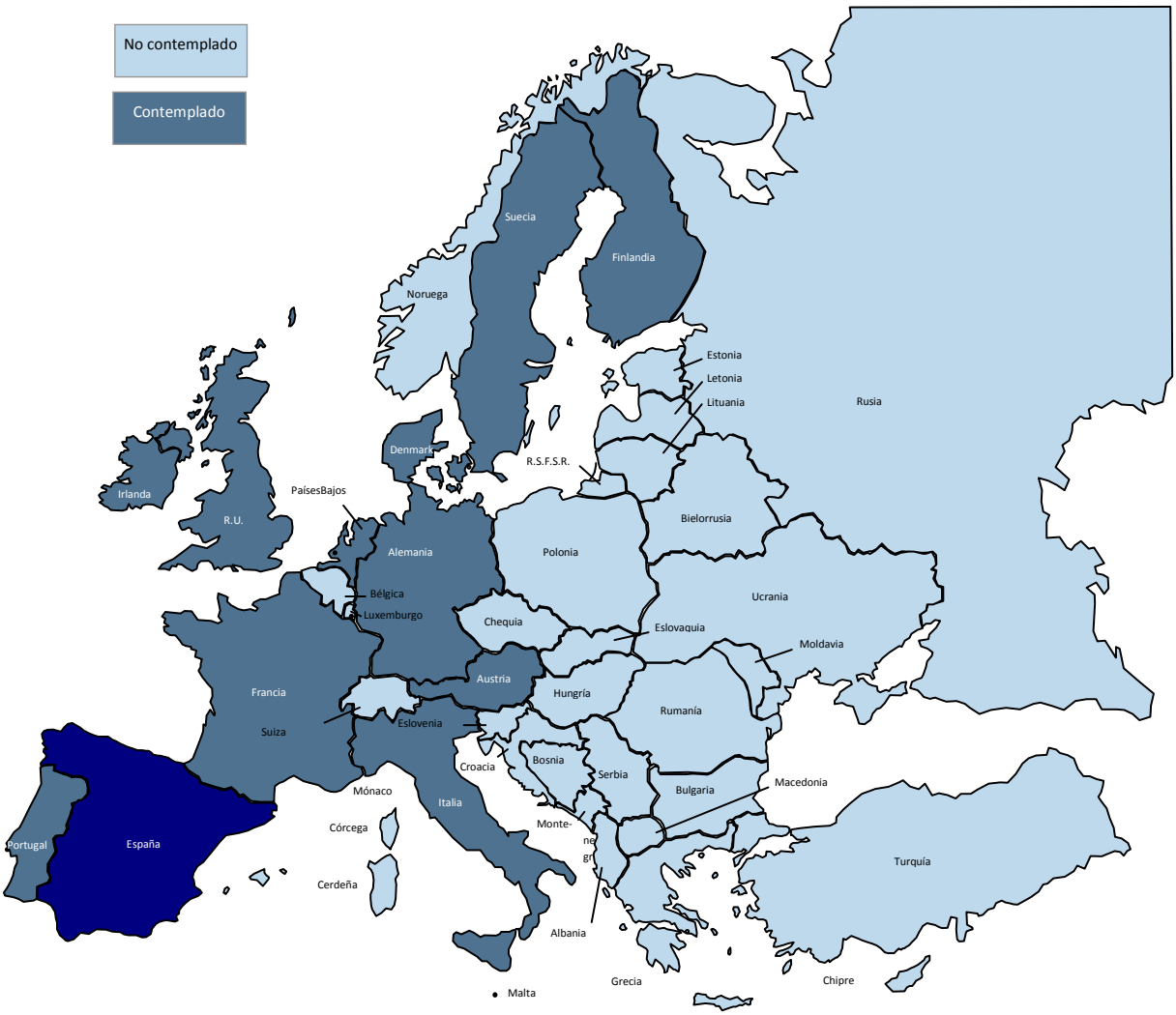
El resto del informe se centra en el análisis de distintas iniciativas en términos de prevención de la dependencia. Para ello, se ofrece una descripción inicial de las principales iniciativas de prevención observadas o disponibles en España. Posteriormente, se presenta una lista con diversas iniciativas de prevención disponibles en la UE. De esta lista se han elegido una serie de ellas para realizar un análisis más detallado y pormenorizado de las mismas, con el fin de ver cómo y en qué medida podrían tenerse en cuenta en un futuro para su posible implantación en España.

3. Análisis Comparativo de la Atención a la Dependencia en doce Países Europeos

Como primer paso, el equipo de investigación ha analizado cómo está regulada la atención a la dependencia en doce países europeos seleccionados previamente. Esto se traduce, en concreto, en ver si existe legislación nacional específica y, en tal caso, qué servicios son ofrecidos por ley y cuáles por el sector privado, cómo se financian estos servicios y si la organización está centralizada por el Estado o delegada a nivel regional.

La selección de los 12 países ha seguido dos criterios: primero, el de países que ya estuvieran prestando dichos servicios, y segundo, países que pudieran considerarse próximos a España (geográfica o culturalmente).

Todo ello ha llevado al siguiente planteamiento general:



En los siguientes puntos de esta sección se describen los resultados de este análisis.

3.1 Austria

En Austria, los cuidados sanitarios denominados de larga duración se regulan mediante ley federal desde el 1 de julio de 1993 (la denominada *Bundespflegegesetz*). Mediante acuerdo entre el gobierno y las nueve provincias austríacas, los servicios de cuidados de larga duración se han dividido: el gobierno central realiza prestaciones económicas mientras que los servicios sociales están al cargo de las provincias.

En el año 2007, fueron 351.057 las personas que recibieron cuidados de larga duración por parte del gobierno, y 60.919 recibieron ayuda de las provincias. En conjunto esto supone el 4,8% de la población austriaca.
Un 67,5% de las personas mayores y que se encuentran en situación de dependencia son mujeres. Sin embargo, como estos datos se refieren solo a personas que requieren al menos 50 horas de cuidados al mes (el mínimo de cuidados para tener derecho a reclamar dinero del Estado), el número real debe de ser mucho mayor y se calcula que puede superar el millón de personas.

Mientras que la prestación monetaria se basa exclusivamente en el grado de dependencia de una persona —el importe oscila entre 154 euros y 1.655 euros al mes—, los servicios sociales prestados dependen de la provincia y pueden variar entre ellas. Esto se debe al hecho de que los niveles de calidad exigibles los marca la propia provincia.

Los servicios sociales pueden ser tanto de atención institucional (a cargo de la provincia o quizás de una organización religiosa) como atención en el propio domicilio (a cargo de organizaciones sin ánimo de lucro, como la Cruz Roja).

Todas las provincias deben asegurar lo siguiente:

- Las personas mayores dependientes deben poder elegir libremente entre los servicios ofrecidos;
- Debe darse preferencia a los servicios prestados en casa sobre los prestados en instalaciones institucionales;
- Las residencias con asistencia médica deberán ser pequeñas y estar integradas en zonas residenciales.

Como las prestaciones económicas pueden no ser suficientes para cubrir los costes de los cuidados de larga duración, la asistencia social ayuda a las personas que deciden solicitar atención institucional.

Los cuidadores profesionales solo perciben algún tipo de «prestación básica» (unos 50 euros mensuales) y el resto de ingresos, pensiones o prestaciones económicas se paga directamente a la institución (pueden ser privados o estar cofinanciados por el Estado; en cualquier caso los ciudadanos deben pagar cierta cantidad de dinero por utilizarlos). Si ésta no es suficiente, la diferencia es suplida mediante subvenciones sociales.
Los servicios financieros están a disposición incluso de los (parientes) cuidadores, que también tienen la posibilidad de obtener un permiso de trabajo de seis meses cuando un pariente cercano pasa a estar en situación de dependencia.

La prestación monetaria otorgada por el gobierno se financia íntegramente a través de impuestos.

Austria calculó que, para el año 2010, necesitó 4.230 millones de euros para los cuidados de larga duración, divididos en 2.420 millones de euros para prestaciones económicas y 1.810 millones de euros para cubrir la oferta de servicios.

El Ministerio de Asuntos Sociales Austríaco publicó un estudio según el cual financiar los cuidados de larga duración mediante recursos externos, como un sistema de seguro, en lugar de mediante impuestos (por ejemplo, en Alemania se financia mediante un seguro público, véase más abajo), supondría un porcentaje fijo de alrededor del 2,2% del salario de cada trabajador austriaco.

Innovación y prevención

Un concepto innovador es el de «vida tutelada o asistida» que ofrece cada provincia. Según este concepto, las personas dependientes pueden hacer más o menos su vida en apartamentos cercanos a zonas residenciales. Los cuidadores están al cargo de los residentes durante unas horas predeterminadas, de modo que las personas residentes pueden tener una cierta autonomía y control sobre sus vidas.

Hasta ahora no existen iniciativas de prevención en Austria a nivel estatal. Sí que hay algunos debates y propuestas, especialmente promulgadas por la Federación Austriaca de Salud.

Fuentes:

- [3.1-A] Riedle, M. and Kraus, M. “Long Term Care System for the Elderly in Austria”. 2010
- [3.1-B] Schneider, U., and Österle, A., Schober, D. “Die Kosten der Pflege in Österreich“. 2006

3.2 Dinamarca

La Ley consolidada de servicios sociales contiene las disposiciones normativas danesas sobre los cuidados de larga duración. Esta ley ha sido objeto de numerosas revisiones, entre ellas en el 2007 con la reforma del gobierno local y en el 2009 con la garantía de acogida en residencia (véase más abajo).

En Dinamarca, los ayuntamientos son responsables de los cuidados de larga duración y de la atención social. El gobierno sólo se encarga de legislar todo lo relativo a esos servicios sociales y a asistencia.

En el 2007, 206.000 personas (el 3,8% de la población) recibieron ayuda, de las cuales un 87% tenían 65 años o más. Un 80% de los cuidadores viven todavía en los domicilios, pues Dinamarca da preferencia explícitamente a que las personas vivan en sus propios hogares: no debe sorprender, por tanto, que desde 1987, no se hayan construido nuevas residencias en Dinamarca.

Los servicios que ofrece Dinamarca son residencias convencionales, modernos alojamientos para cuidados y servicios en el propio domicilio. Normalmente la ayuda permanente en casa y el acceso a las residencias de ancianos son gratuitos, pero las autoridades locales pueden incluir algún coste adicional para los beneficiarios.

El sistema danés persigue dos ideas principales:

- Ayudar a los beneficiarios (asistencia suplementaria para tareas que la persona no es capaz de realizar por sí misma).

- Su objetivo es ayudar a los beneficiarios a seguir activos y permitirles en la mayor medida posible realizar todas las tareas que puedan.

Con las frecuentes revisiones de la ley que se han llevado a cabo, el sistema danés ha mejorado en el nivel de calidad ofrecido. He aquí algunas de las mejores prácticas:

- Desde 1996, toda persona que tenga 75 años o más recibe dos veces al año la visita de un trabajador del ayuntamiento para evaluar las necesidades individuales y ayudarle en la planificación de una vida independiente, y ello al margen de que la persona sea dependiente o no lo sea. Estas visitas preventivas a los hogares constituyen uno de los mejores métodos de prevención en Europa y por ello se describen más detalladamente en el capítulo 5.1. Visitas Preventivas a Domicilio.

- Desde el año 2003, las personas mayores pueden decidir libremente entre un proveedor privado y uno municipal para acceder a los servicios.

- En el 2009, se introdujo una nueva garantía para aquellas personas mayores con necesidades especiales: la de recibir una oferta de alojamiento en una residencia en un plazo de dos meses desde que se pone de manifiesto la urgencia de atender estas necesidades especiales (normalmente después de la visita de un especialista o doctor al domicilio para la evaluación de la situación).

El sistema de cuidados de larga duración danés está financiado por impuestos locales y donaciones globales del Estado central. En el 2003, se gastaron unos 4.330 millones de euros (32.300 millones de DKK), en 2005 el importe fue de 4.055 millones de euros, de los cuales 4.044 millones se emplearon en cuidados en el hogar y solo 11,2 millones en residencias de ancianos.

Innovación y prevención

El principal objetivo del sistema danés es prestar servicios de ayuda a cualquiera que los necesite, generalmente de forma gratuita e independientemente de los ingresos, edad, situación familiar y cuidadores potenciales. Se garantiza así la completa satisfacción de las necesidades de las personas mayores y dependientes, pero supone también un alto coste para el gobierno, pues se contrata a unas 100.000 personas para poder hacer efectivas todas las medidas necesarias.

Como ya se ha dicho, la idea de visitas preventivas al domicilio, que también existe en Finlandia y Suecia, es muy atractiva pero también resulta cara dentro de los métodos de prevención. Se describe con más detalle en el capítulo 5.1. Visitas preventivas a domicilio.

Fuentes:

- [3.2-A] Schulz, E. “The long-term care system for the elderly in Denmark”. 2010.
- [3.2-B] OECD. “Help Wanted? Providing and Paying for long-term care”. 2011.

3.3 Finlandia

En Finlandia, el Estado asume la responsabilidad de prestar los cuidados a las personas mayores dependientes. Desde un punto de vista legislativo, destacan la ley de Atención Sanitaria Primaria y la ley de Bienestar Social. El Estado central regula la materia mediante pautas generales y no muy detalladas, mientras que la aplicación detallada recae en manos de los ayuntamientos.

Existen seis oficinas Provinciales que sin embargo ejercen menos influencia a nivel estatal, y que se encargan de evaluar la calidad y accesibilidad de los servicios básicos ofrecidos en las regiones. Además se ha creado la Autoridad Nacional de Supervisión del Bienestar y la Salud (Valvira), que se ocupa de los casos y problemas más graves que pudieran tener futuras implicaciones para el sector.

Por otra parte, los ayuntamientos se responsabilizan de prestar atención sanitaria y servicios sociales. En cuanto a la atención sanitaria especializada, se dividen en veinte distritos hospitalarios. La autonomía de los ayuntamientos se considera mayor que la de cualquier otro país.

Los ayuntamientos fineses deciden junto con la persona dependiente qué servicios deben prestarse. También se prestan cuidados institucionales en residencias de ancianos y centros de atención sanitaria, como cuidados prestados en el propio domicilio y residencias de ancianos a cargo de los ayuntamientos. Alrededor de un 25% de estos cuidados son ofrecidos por el sector privado.

Los cuidados suelen prestarse en “especie”, es decir, mediante la prestación de un servicio, pero también existen prestaciones en efectivo, que paga la Institución de Seguridad Social, KELA. Todo el sistema favorece la atención formal, pero también existe atención informal, para la cual se puede solicitar una ayuda de 336 a 637 euros.

Todos los habitantes de Finlandia están asegurados contra gastos extraordinariamente altos o catastróficos, por lo que, en general, cualquier ciudadano tiene acceso a cuidados para personas dependientes. Las personas mayores se esfuerzan por vivir independientemente, separados de sus hijos (la cultura juega también un papel importante aquí).

La gran autonomía de los ayuntamientos supone grandes diferencias en la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos en las diferentes regiones. Las pautas nacionales son tan generales que el servicio que recibe una persona dependiente varía según la región. Otros problemas que tiene Finlandia son la falta de personal y la calidad de los servicios, que sigue sin ser óptima.
Una fusión y disminución del número de ayuntamientos ayudaría a resolver estos problemas, pues las organizaciones más grandes pueden resultar más atractivas para los empleados y podrían aumentar la productividad.

Los servicios de cuidados de larga duración de Finlandia se financian mediante impuestos municipales, impuestos nacionales y copago. La ley fija el importe máximo que pueden cobrar los ayuntamientos. La cantidad que corresponde pagar a las personas dependientes se basa en los ingresos, el tipo de cuidados y el tamaño del hogar del beneficiario.

El gasto total en todos estos conceptos representa alrededor del 1,5% del PIB finés. Sin embargo, en los últimos tiempos la tendencia se encamina a la reducción de costes. Alrededor de un 28-29% de los gastos totales son cubiertos por el sector privado.

Innovación y prevención

Al igual que Dinamarca, Finlandia trata de aumentar los cuidados domiciliarios y la calidad de los servicios, lo que puede servir de ayuda a la prevención. Existen además algunas iniciativas de prevención en Finlandia que se describen en el capítulo 4.2 Iniciativas de Prevención en Europa:

- Hoteles para pacientes, concebidos para alojar a personas en una fase incipiente de dependencia.

- Visitas preventivas al domicilio, como se ha descrito antes para Dinamarca, en las que los especialistas visitan a las personas para evaluar sus necesidades individuales (véase con más detalle en el capítulo 5.1. Visitas preventivas a domicilio).

- El Proyecto global de cuidados en el domicilio (y su denominación inglesa “Home CareUmbrella”) que utiliza grupos informativos y cursos guiados de autoterapia para la detección precoz y tratamiento de la depresión en las personas mayores;

- Las Viviendas tuteladas, que en Finlandia consiste en “unidades” o viviendas autosuficientes, dotadas habitualmente de tecnología inteligente, como sistemas antiincendios automáticos y sistemas de luz automática.

Fuentes:

- [3.3-A] The Research Institute of the Finnish Economy. “Overview of long-term care systems: country report Finland”. 2010.
- [3.3-B] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. “De AWBT internationaal bekeken”. 2005.
- [3.3-C] Chung, Ed, and Cristina Ciocirlan, Ruth McKay. “Elder care as a Policy Priority: Lessons from Around the World”. 2009.

3.4 Francia

En 1997, se introdujo la primera prestación con la “Prestación específica para la dependencia” (PSD), que fue ampliada en el año 2002 con un derecho universal, la Prestación Personalizada de Autonomía (con sus siglas “APA”).

El gobierno introdujo una escala denominada “AGGIR” como instrumento para determinar el grado de dependencia de las personas mayores (de por lo menos 60 años). AGGIR establece seis grados de dependencia, desde GIR1 (muy dependiente) hasta GIR6 (no dependiente). Solo las personas que se encuentran entre GIR1 y GIR4 pueden recibir la APA.

En Francia el Estado define un orden de prioridades para los cuidados de larga duración (CLD). Se responsabiliza de la mejora de los servicios de CLD, en cantidad y calidad. Las autoridades de cada Departamento local se consideran “líderes” en el campo de la dependencia. Definen la política, la planificación y la financiación.

Los servicios de CLD de Francia incluyen:

- Residencias de ancianos y residencias con asistencia médica (costes de unos 9.300 millones de euros en el 2008); hospitales y centros de día;

- Servicios de atención a enfermos a domicilio (costes de alrededor de 6.600 millones de euros);

- ayuda a los cuidadores informales (el 85% de los cuales pertenecen a la familia de la persona mayor cuidada).

Estos servicios los prestan los servicios sociales, el sector sanitario y las familias. La prestación de cuidados por los servicios sociales es el papel más importante que desempeñan las autoridades locales y departamentales; los cuidados pueden ser gestionados por el sector público o por el privado.
La continuidad de la familia como principal proveedor de servicios (su papel tradicional) es uno de los principales objetivos de los servicios de CLD.

El objetivo de favorecer el papel de la familia se logra mediante las ayudas APA. Además, los beneficiarios pueden decidir qué servicio quieren recibir.

Otras prestaciones concedidas en Francia además de la APA (con un costes de unos 6.000 millones de euros en el 2008) son las compensaciones por discapacidad (con sus siglas PCH).

Por otra parte, el sistema francés presenta algunas cuestiones a mejorar: La escala AGGIR no tiene en cuenta la dependencia psicológica y existe una falta de coordinación entre las autoridades departamentales y la administración central. Existen también grandes diferencias entre las regiones, pues no existe ningún importe a pagar que sirva de referencia a nivel nacional, y este puede variar entre zonas rurales y urbanas, o entre proveedores públicos y privados.

El sistema francés de CLD tiene una financiación mixta: impuestos, contribuciones (seguridad social de las empresas) y copagos de las familias. Al lado de la administración central, los ayuntamientos y la seguridad social, existe un fondo que ayuda a sufragar estos costes, el denominado Fondo de Solidaridad Nacional para la Autonomía (CNSA)
.
El gasto total en CLD en el 2007 fue de 25.000 millones de euros, de los que 19.000 millones correspondieron al sector público (1% del PIB): el 60% fue pagado por seguros sanitarios, el 20% por la administración local, el 15% por el CNSA y solo alrededor del 2% por la administración central.

Innovación y prevención

Las iniciativas de prevención no son muy habituales en Francia. Se aspira a que las agencias de salud regionales de cada departamento promuevan estas iniciativas y puedan por lo menos ayudar a resolver la falta de coordinación.

Fuentes:

- [3.4-A] Joël, M., and Dufour-Kippelen, S., Duchêne, C., Marmier, M. “The LTC system for the Elderly in France”. Ancient Project. 2010.
- [3.4-B] OECD. “Help Wanted? Providing and Paying for long-term care”. 2011.

3.5 Alemania

En 1995, se introdujo el Seguro de Cuidados de Larga Duración (SCLD) como quinto pilar del sistema de seguridad social alemán (también conocido como *Sozialgesetzbuch*, Parte XI). En el año 2008, una reforma del SCLD mejoró las condiciones y servicios. Se esperaba la introducción de otra reforma para julio del 2011, pero se ha retrasado debido a cambios en el Ministerio de Salud.

El sistema actual está dividido: los usuarios de la sanidad pública pasan a ser miembros del SCLD público, mientras que los usuarios de la sanidad privada están obligados a comprar SCLD privado. Destacar además que el sistema alemán distingue tres niveles de dependencia.

En Alemania los cuidados de larga duración están regulados en su mayor parte por el Estado. Las leyes, importes de prestaciones en efectivo y otras disposiciones son directamente decididos por el gobierno y son válidos para todos los “länder”.

Los distintos estados (*Bundesländer*) son responsables del *Pflegekassen*, instituciones públicas que reciben los fondos para el SCLD y pagan prestaciones dinerarias a los cuidadores.

En Alemania los servicios de Cuidados de Larga Duración (CLD) pueden ser prestaciones económicas (directamente a la persona dependiente), cuidados de día o de noche y residencias.
La prestación económica para personas dependientes durante el 2010 fue de entre 225 euros y 1.918 euros, pero se calcula que los costes por persona dependiente fueron de hasta 3.200 euros.

El hecho de que la prestación económica mensual no sea suficiente para proporcionar buenos cuidados constituye un gran problema, pues los ciudadanos tienen que acudir a los seguros privados o buscar otras soluciones.

Por lo demás, se han encontrado algunos ejemplos de buenas prácticas en Alemania. Si un cuidador familiar está de vacaciones, el SCLD paga a un cuidador profesional hasta cuatro semanas (como máximo 1.470 euros) y, para mejorar la calidad de las instalaciones de cuidados de larga duración, una vez al año se realizan inspecciones sin previo aviso en cada instalación. Las residencias de ancianos deben mostrar los resultados de esta inspección (que van desde “muy buena” a “mala calidad”) en un lugar bien visible.

En diciembre del 2009, 2,34 millones de ciudadanos recibieron cuidados de larga duración en Alemania. Un 53,5% estaba en el menor nivel de dependencia, un 34% en el mediano y un 12,5% en el nivel más alto. Desde el 2007 el número de cuidadores ha aumentado en un 4,1%.

Todo el sistema está financiado por un seguro social o privado. Los ciudadanos que se hayan acogido al SCLD público tienen que pagar 1,95% de sus ingresos mensuales a la compañía aseguradora. La mitad la paga el empresario, la otra mitad el empleado. Las personas sin hijos han de pagar un importe adicional de 0,25% (que corresponde íntegramente al empleado). Si los ingresos mensuales se sitúan por encima de 3.712,5 euros (2011), solo se paga hasta el 1,95% (y en su caso el 0,25% adicional) de ese valor (techo de la contribución, BBG). El gobierno puede aumentar o disminuir el porcentaje y el BBG. El BBG está normalmente relacionado con la situación de

Alemania. Los que se acogen a un SCLD privado pagan unas tasas de seguro que dependen de los cálculos de la compañía de seguros.

Innovación y prevención

Por ahora solo existen iniciativas de prevención de instituciones relacionadas con Obras Sociales o compañías de seguros de salud. Estas iniciativas se refieren en su mayoría a la prevención de enfermedades y no se ocupan directamente de prevenir la dependencia.

Existen algunas iniciativas "innovadoras", como cursos de formación para cuidadores familiares y cuidadores voluntarios, pagadas en parte por el SCLD, o iniciativas para mejorar la situación laboral de empresarios en el sector de CLD con un alto nivel de calidad.

Fuentes:

- [3.5-A] Gothaer Health Insurance Company. "StatistischesBundesamt".
- [3.5-B] Bundesministerium für Gesundheit. "Das bringt die Pflegereform". 2008.
- [3.5-C] OECD. "Help Wanted? Providing and Paying for long-term care". 2011.
- [3.5-D] Schulz, E. "The long-term care system for the elderly in Germany". 2010.

3.6 Irlanda

En Irlanda no existe ningún marco legal específico para el cuidado de personas dependientes. Los cuidados se tratan (desde el punto de vista legal) en la legislación sobre salud y existe alguna ley específica sobre residencias.

El Gobierno Nacional presta los cuidados de larga duración, y el Ejecutivo del Servicio Sanitario (HSE) es el responsable concreto de asignar fondos a los servicios de CLD. En las regiones, la larga serie de proveedores de servicios disponibles que utilizan el sector privado, público y voluntario puede resultar algo confusa. Es difícil acceder al servicio que se necesita.

Los servicios cubren aquellos cuidados denominados formales, los prestados por la comunidad y las prestaciones económicas para los cuidadores (no para personas dependientes, y esto es una característica importante). Tanto el sector público como el privado prestan servicios de larga duración, pero las plazas del sistema público son limitadas. Aproximadamente un 7,5% de las camas de cuidados de larga duración están ocupadas por personas menores de 65 años.

Entre las ayudas prestadas en comunidad están la ayuda a domicilio, los paquetes de asistencia domiciliaria, el servicio de comidas a domicilio y los cuidados de día/ temporales por personal eventual (con el objetivo de dar un relevo o respiro a los familiares). En su mayor parte la valoración de estos servicios la realiza un enfermero/a de la sanidad pública.

Las prestaciones económicas para los cuidadores suponen una ayuda en los ingresos de los cuidadores de una persona dependiente. Mientras cuidan de una persona dependiente, los trabajadores asegurados pueden recibir prestaciones durante un periodo que varía entre seis semanas y dos años.

Como ocurre en los países nórdicos, el objetivo es ayudar a las personas dependientes en sus propias casas. Es más, el sistema irlandés se basa en cuidadores de apoyo. Sin embargo, en la práctica es difícil tener acceso a la información sobre los servicios disponibles.
Por otra parte, no existe ninguna valoración objetiva sobre que determine los cuidados domiciliarios adecuados en cada caso, y en lo relativo a la prestación de servicios hay demasiadas organizaciones implicadas.

El gasto en CLD en Irlanda fue el segundo más bajo de los países de la OCDE en el 2005. Los servicios públicos se financian mediante los impuestos de la administración central. En el 2009 se introdujo un nuevo sistema para la financiación de las residencias con asistencia médica que tiene en cuenta tanto los ingresos como la valoración de los activos de la persona dependiente: un 80% de los ingresos y un 5% del valor de los activos por año, incluida la residencia principal durante los tres primeros años.

Innovación y prevención

La ayuda a la renta de los cuidadores y los subsidios son una parte esencial del sistema de CLD que hace que los cuidados informales o familiares sean asequibles. Además, la autoridad responsable de los servicios sanitarios financia a grupos voluntarios para que formen a sus voluntarios en técnicas de cuidados.

Existen dos iniciativas de prevención en Irlanda a las que merece la pena prestar una atención especial (y que, por tanto, se describen con más detalle en el capítulo 4.2 Iniciativas de Prevención en Europa):

- Las viviendas tuteladas son unidades autosuficientes con acceso las 24 horas para recibir ayuda y asistencia;
- Teléfono de Ayuda a Nuestros Mayores es un servicio confidencial de escucha para personas mayores.

Fuentes:

- [3.6-A] OECD. “Help Wanted? Providing and Paying for long-term care”. 2011.
- [3.6-B] Report of the Interdepartmental Working Group on Long Term Care. 2006.

3.7 Italia

En Italia no existe tampoco ninguna ley relacionada con la Dependencia ni ningún marco legal para los cuidados de larga duración. En el año 2000, hubo un intento de poner en práctica un marco nacional para CLD y fijar un nivel mínimo de servicios sociales de cuidados, pero la ley se consideró débil y no fue aprobada.

Así, el sistema italiano se caracteriza por múltiples arreglos institucionales en diversos niveles de la administración.
Existen muchas diferencias entre las diversas regiones, tanto en temas de financiación como en la estructura de los servicios disponibles. Un reciente informe de la OCDE recomienda mejorar la coordinación entre todos los servicios sociales, el sistema de salud y entre todas las autoridades regionales.

En la actualidad los servicios los presta el Servicio Nacional de Salud (SSN), y la administración central tiene facultad para establecer los derechos que crea pertinentes. Veintiuna regiones con una población media de tres millones de ciudadanos organizan y administran los servicios a través de autoridades sanitarias locales, denominadas ASL. Las ASL contratan y prestan servicios. Existen distritos sanitarios incluso a niveles inferiores al regional.

Los servicios pueden dividirse en servicios sanitarios, prestaciones económicas y servicios sociales. El SSN gestiona los servicios sanitarios para personas mayores y dependientes (incluidos los servicios de atención domiciliaria y los servicios en residencia) a través de diversas unidades sanitarias locales. Todos los servicios del SSN son gratuitos.

El Estado (a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social) suele conceder prestaciones económicas a todas las personas discapacitadas y dependientes que no viven en una residencia. En el año 2009, la prestación mensual media era de unos 472 euros.
Las regiones y ayuntamientos pueden conceder otras prestaciones dinerarias, pero sin seguir una misma metodología en la definición y satisfacción de las necesidades de las personas.

Los ayuntamientos prestan a nivel local servicios sociales, tales como residencias para ancianos, instituciones semi-residenciales y cuidados a domicilio. Los usuarios del servicio y sus familiares están obligados a cofinanciarlos según su nivel de discapacidad y la situación financiera familiar.

Una parte importante de los CLD son asumidos todavía por cuidadores familiares (un 16,2%, el porcentaje más alto de la Unión Europea). No obstante, debido a las diferencias regionales a la hora de acceder a los CLD públicos y a la inexistencia de un marco legal general, los servicios prestados difieren mucho de una región a otra. Otro problema es que al realizar las prestaciones económicas el Estado no controla los recursos económicos del receptor.

El gasto en CLD representa un 1,7% del PIB (de unos 25.600 millones de euros) y se prevé que sea un 4% del PIB en el 2050. Por el momento, el 27% se destina al cuidado institucional, el 30% para cuidados en domicilio y semi-residenciales, y el 43% para prestaciones económicas. Se financia mediante impuestos y copago.

No existen datos oficiales sobre el gasto privado en CLD, pero se calcula que ascienden a unos 12.800 millones de euros.

Innovación y prevención

En Italia ocurre que el 72% de los trabajadores de CLD son inmigrantes, y los incentivos para legalizar a estos trabajadores empezaron a mantenerles en el país. Algunas regiones están incluso impartiendo formación a domicilio para los trabajadores de CLD emigrantes.

Además, también existe el *Filo d'Argento*, un servicio telefónico de Ayuda al Anciano que presta servicios confidenciales de atención telefónica a personas mayores, véase el capítulo 4.2 Iniciativas de Prevención en Europa.

Fuentes:

- [3.7-A] Teodosi, F. and Gabriele, S. “Long term care system for the elderly in Italy”. 2010.
- [3.7-B] OECD. “Help Wanted? Providing and Paying for long-term care”. 2011.

3.8 Portugal

Históricamente la prestación de servicios de bienestar ha estado a cargo de redes informales, como familias e instituciones de beneficencia (*Misericórdias*). El sector público desempeñaba solo un papel minoritario. Esta situación cambió en el año 2006, cuando el Ministerio de Salud y el Ministerio de trabajo y Solidaridad Social fundaron la Red Nacional para Cuidados Continuos Integrados (RNCCI).

Desde este año 2006, la administración central se encarga de esta Red Nacional para Cuidados Continuos Integrados, pero la interrelación entre las diferentes regiones no es muy estrecha.

En Portugal existen dos grados de dependencia, la diferencia está en la clasificación o no como demencia grave. Todo aquel que sea dependiente puede optar a recibir ayudas.

El sistema portugués ofrece diversos servicios, como residencias con asistencia médica, cuidados en residencia, centros de día, servicios en domicilio y alojamiento en familia. Los pensionistas que requieran cuidados permanentes también disponen del “suplemento de dependencia”. Las familias que tengan que hacer frente al pago de cuidados destinados a un pariente en la línea ascendente de consaguinidad, pueden beneficiarse de deducciones fiscales.

En cada región, el Ministerio de Trabajo y Solidaridad Social presta servicios sociales (excepto en Lisboa, donde todavía los prestan las *Misericórdias*). Instituciones sin ánimo de lucro y *Misericórdias* prestan servicios sanitarios y sociales.

En los últimos años ha habido cambios importantes en Portugal. La tendencia consiste en evolucionar de los cuidados informales a los institucionales. No obstante, los cuidadores informales (familias) siguen siendo los principales agentes del sistema. Por

otra parte, la contribución del Estado todavía no es muy importante y la calidad de los servicios no es tan buena como debería, especialmente en cuanto a los cuidados en residencias y residencias con asistencia médica.

El sistema está financiado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Solidaridad Social (en cuanto al sector público), pero también necesita ser cofinanciado por los beneficiarios (copago).

Innovación y prevención

Desafortunadamente, la prevención no está bien definida en Portugal y no existe ninguna iniciativa a nivel nacional. Como el sistema de atención a la dependencia y cuidados de larga duración es bastante nuevo y todavía no está completamente estructurado, no se han podido encontrar ejemplos de ideas innovadoras.

Fuentes:

- [3.8-A] Ribeiro, F. “The LTC System for the Elderly in Portugal”. 2010.
- [3.8-B] OECD. “Help Wanted? Providing and Paying for long-term care”. 2011.
- [3.8-C] Barros, P., and De Almeida, J. “Portugal: Health system review.” 2007.

3.9 España

La ley de dependencia 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, aprobada en diciembre del 2006, es el cuarto pilar del Estado de bienestar en España. Este texto introdujo el denominado Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

La ley, que sigue un plan de implantación progresiva desde el año 2007 hasta el 2013, distingue tres grados diferentes de dependencia: moderada, severa y gran dependencia.

En España, la administración central regula los aspectos básicos, mientras que las comunidades desarrollan las normas en detalle. La figura creada bajo la denominación de Consejo Territorial trata de definir un marco común de actuación, la intensidad de los servicios, las condiciones para el acceso y el copago. Aún así, obviamente se constatan diferencias importantes entre las comunidades.

La nueva ley estableció el siguiente Catálogo de Servicios:

- Servicios de prevención de situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal;
- Sistema de Teleasistencia;
- Servicio de Ayuda a domicilio;
- Servicio de Centro de Día y de Noche;
- Servicio de Atención residencial.

Existen también prestaciones económicas pero que solo se otorgan en caso de que los servicios anteriores no se encuentren disponibles. Se trata en todo caso de prestaciones ligadas al servicio, bien realizado por la familia (si son cuidadores no profesionales quiénes se encargan de la persona dependiente), bien de atención personalizada.

Estos servicios son ofrecidos tanto por el sector público como el privado (y, naturalmente, también por los familiares en concepto de cuidadores informales). Dentro del sector público, centros de las comunidades autónomas, los ayuntamientos y el propio Estado tienen por objeto la promoción de la autonomía personal y la atención de personas dependientes. Previa acreditación, el sector privado ofrece centros concertados y no concertados.

Hay que resaltar que con la introducción de la ley no se pretendió sustituir el papel de la familia en la atención.
Otro aspecto a destacar de esta ley es la esperanza depositada en la misma de promover la tasa de empleo. Hasta ahora 156.253 cuidadores familiares no profesionales están afiliados a la Seguridad Social.
De esta forma, no solo los beneficiarios sino también los cuidadores se benefician con la ley, pues también se definen en ella criterios de calidad exigibles a los proveedores privados.

Sin embargo, no todo son buenas noticias en España. La estimación inicial de cual sería el coste de esta ley difirió mucho de la realidad posterior (se calculó que había unos 200.000 ciudadanos dependientes; en octubre de 2011 casi un millón de personas estaban recibiendo una prestación, de acuerdo con los datos proporcionados por el IMSERSO); y además falta mano de obra en el sector de los cuidadores profesionales. Se observa también que puesto que las prestaciones económicas son más baratas que el establecimiento de servicios, con más frecuencia de la que sería deseable se recurre a éstas.

En general, el tema de la financiación no está resuelto aún en España. La administración central concede solo una protección mínima (1er nivel); todo lo que esté por encima de ésta (2º nivel) deberá resolverse mediante convenios entre el Estado central y las Comunidades Autónomas. Los beneficiarios deben contribuir según su poder adquisitivo y el coste de los servicios. Esta cofinanciación puede variar de una Comunidad a otra.

Innovación y prevención

La Ley de dependencia 39/2006, de "Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia" se hizo eco de esta realidad incorporando la prevención como uno de los principios que inspira la ley "el establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental" (art. 3 de la Ley). Asimismo el catálogo de servicios disponibles incluye aquellos de "prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal" (art. 15, desarrollado en el art. 21 de la Ley), aunque quizás, es justo decirlo, pueda parecer ésta una definición muy ligera o superficial de la oferta disponible, estableciendo como indispensable la correcta colaboración entre los recursos sanitarios y sociales, y delegando la responsabilidad y la intensidad de los servicios a los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las distintas Comunidades Autónomas.

Existe un amplio consenso en considerar que las medidas de promoción de la salud, de la autonomía individual y control de las enfermedades contribuyen a disminuir la incidencia de las posibles enfermedades y con ello de la dependencia, de ahí la estrecha relación existente entre prevención y promoción de la autonomía personal (objetivo fundamental de la ley, muestra de ello es su inclusión en el título de la Ley 39/2006). La definición de los servicios de promoción de la autonomía personal está incluida en la redacción del R.D. 175/2011, si bien se establece que para poder acceder a estos servicios es necesario tener reconocida una situación de dependencia moderada o de grado 1. En otras palabras, esta oferta de servicios no tiene como objetivo una prevención primaria de la dependencia (establecida sobre personas no dependientes), sino que está focalizada en la intervención cuando todavía existen posibilidades de corrección o reversión (la también denominada prevención secundaria).

En el siguiente capítulo 4.1 Iniciativas de Prevención en España se describen iniciativas de prevención ya existentes en España. Posteriormente, en el capítulo 5. Iniciativas de prevención que podrían ser implantadas en España, se describen algunas iniciativas y medidas en temas de prevención que parecen funcionar bien en la Unión Europea, y que podrían proponerse para su implantación en España.

Fuentes:

- [3.9-A] Ley 39/2006 de Promoción de la AutonomíaPersonal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. BOE, 299, 15-12-2006.
- [3.9-B] Real Decreto 175/2011, por el que se modifica el R.D. 727/2007, sobre criterios para determinar las intensidades de protección y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, y el R.D. 615/2007, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores en situación de dependencia. BOE, 42,18-02-2011.
- [3.9-C] IMSERSO. “Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España”. Imserso. 2005
- [3.9-D] Gutierrez, Maria F. and, Jimenez-Martín, S., Vegas, R., Vilaplana, C. “The Spanish Long Term Care system”. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. 2010.
- [3.9-E] Guillén, A.M., and Gonzalez, S., Rodriguez, C. “Anual National Report 2010: Pensions, Health and Long Term Care in Spain”. Analytical Support of the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms (Asisp). 2010.
- [3.9-F] Rodríguez, G. “Protección social de la Dependencia en España”. Documento de trabajo 44/2004. FundaciónAlternativas. 2004.
- [3.9-G] Chung, Ed, and Cristina Ciocirlan, Ruth McKay. “Elder care as a Policy Priority: Lessons from Around the World”. 2009.
- [3.9-H] OECD. “Can we get better value for money in Long Term Care?”, Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care. OECD Publishing, 2011.
- [3.9-I] IMSERSO. Estadísticas del SAAD. Portal de Mayores. 2011. http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm

3.10 Suecia

En Suecia, el Estado se responsabiliza de la atención a los ancianos dependientes. La ley nacional más importante a este respecto es la Ädel-reformen (Ley de Servicios Sociales), que define las responsabilidades de los consejos de los condados y los ayuntamientos. También establece el marco de impuestos y tasas que pueden utilizarse para financiar las actividades regionales o locales.

La administración central es responsable de legislar, facilitar la actuación de los diversos agentes y controlar. Determina cuál es el importe máximo a pagar por la recepción de cuidados, así como cualquier otras condiciones adicionales. El Ministerio de Salud y Asuntos Sociales se encarga de establecer las leyes, mientras que la evaluación del sistema corresponde a la Junta Nacional de Salud y Seguridad.

No existe ningún orden jerárquico entre condados y municipios. Ambos son responsables de realizar una planificación detallada, de la financiación y de la asignación de recursos. Los municipios están obligados a respetar y colaborar con los cuidadores informales, a fin de reducir su carga de trabajo, evitar enfermedades y transmitirles conocimientos.
Son responsables de dar alojamiento y cuidados domiciliarios incluso si la gestión la desarrollan organizaciones sanitarias privadas u otros proveedores (como fundaciones y cooperativas).

En Suecia la atención formal de la dependencia se divide en institucional, cuidados domiciliarios y cuidados en residencia. En el pasado e incluso hoy en día también, los cuidados institucionales han desempeñado un papel bastante significativo en Suecia, pero la atención domiciliaria cobra cada vez mayor importancia. Además, la atención prestada bajo la denominación de cuidados informales está aumentando progresivamente.

Los 18 consejos de condado existentes se ocupan del tratamiento médico mediante servicios institucionales especializados, como hospitales y otros centros de atención. Los 280 municipios se ocupan de los servicios sociales, de los cuales el 90% están destinados a las personas de más avanzada edad. Una de las tareas principales de estos municipios consiste en seleccionar a los proveedores de servicios.

La lista de servicios ofrecidos es bastante amplia, por ejemplo:

- Organizar actividades de día
- Servicio de comidas
- Alarmas personales (teleasistencia)
- Adaptación de hogares y Servicios de transporte

Los servicios son asignados por evaluadores según su propio arbitrio, y solo lo hacen una vez que los municipios se lo han solicitado previamente. Desde el 2010, los municipios deben elaborar un plan individual para cada beneficiario de estos servicios o cuidados.

El sistema sueco se basa en la ayuda independiente a cada persona (universal), donde cada individuo está asegurado incluso ante la incursión en gastos excepcionales de gran cuantía (catastróficos).

La otra cara de la moneda es que un sistema así resulta muy caro, y en el caso sueco el sistema depende en gran medida de los impuestos (véase más abajo), por lo que es muy vulnerable al envejecimiento de la población. En contra de esta tendencia, las plazas en las instituciones han disminuido, lo que ha llevado a un aumento en los tiempos de espera y a una atención inadecuada.

Las personas mayores tratan de hacer una vida independiente de sus hijos, de ahí que los servicios en el domicilio de la persona estén tomando auge en contra de las plazas en otro tipo de centros institucionales. De esta forma, se reducen los gastos y se facilita que las personas de mayor edad puedan llevar una vida independiente durante más tiempo.

No siempre resulta claro qué competencias son responsabilidad de los consejos de condado y cuáles de los municipios, especialmente en lo relativo a tratamiento médico (consejos) y cuidados sociales (municipios). La falta de definición y de reglas explícitas e incentivos para mantener bajos los costes ha llevado a una ineficiencia en la utilización de los recursos, en la cooperación y coordinación. Esto se ha traducido en una atención insuficiente; los usuarios quedan atrapados en los trámites burocráticos y la atención es desigual en las distintas regiones.

El gasto en cuidados de larga duración a mayores representa aproximadamente el 3,5% del PIB sueco (dato del año 2006). En los últimos años, la presión sobre los presupuestos sociales ha aumentado. Más del 95% de los gastos se pagan con cargo a fondos públicos; solo un 5% son pagados por el sector privado de salud.

El sistema se financia a través de los impuestos, y estos son recaudados por los consejos de condado (10,5%) y los municipios (20,7%). Los gastos municipales se pagan en un 90% mediante impuestos locales, y en el 10% restante mediante impuestos nacionales.

Un 64% de este dinero se dedica a cuidados institucionales; un 34% a cuidados en domicilio y solo un 2% a prevención.

Los costes de los cuidados institucionales a personas mayores dependientes son de unos 3.000 euros per cápita, y los de la atención en domicilio de unos 1.900 per cápita (2007). El copago es máximo, 405 euros. El Estado determina el importe que puede cobrar un proveedor de servicios, que no depende de los ingresos del usuario.

Innovación y prevención

En Suecia, los trabajadores pueden disponer de hasta un mes de excedencia en el trabajo (remunerado) por cuidados a un miembro de la familia. Los trabajadores también ven modificado su horario de trabajo de modo que se adapte a sus necesidades individuales.

Como se observó que a veces la gente, por su estado de salud, no se sentía lo suficientemente segura en casa pero a la vez estaban demasiado sanos como para entrar en alguna institución, se implantó el denominado “alojamiento seguro”. Su objetivo es proporcionar una residencia alternativa (con personal, y salones comunes) para estas personas.

Suecia es un país bastante activo en cuanto a iniciativas de prevención se refiere, como se describe en el capítulo 4.2 Iniciativas de Prevención en Europa:

- Hoteles de pacientes, pensados para el alojamiento de personas en etapas incipientes de dependencia;

- Visitas preventivas al domicilio, según se ha descrito para Dinamarca y Finlandia, donde una serie de especialistas visita a las personas para evaluar sus necesidades individuales (véase el capítulo 5.1 Visitas preventivas a Domicilio);

- Interacción social y apoyo, como el Centro de Día Bozorgan, que promueve la salud y el bienestar de mujeres mayores iraníes y su integración en la sociedad sueca.

Fuentes:

- [3.10-A] Fukushima, N., and Adami, J., Palme, M. “The LTC system for the Elderly in Sweden”. 2010.
- [3.10-B] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. “De AWBT internationaal bekeken”. 2005.
- [3.10-C] Chung, Ed, and Cristina Ciocirlan, Ruth McKay. “Elder care as a Policy Priority: Lessons from Around the World”. 2009.

3.11 Países Bajos

También en los Países Bajos el Estado se hace responsable del cuidado de las personas mayores y dependientes. Las leyes nacionales más importantes a este respecto son la ley de gastos médicos excepcionales (AWBZ, 1968) y la ley sobre asistencia social (WMO, 2007).

La administración central define la ley y semirregula el sector. La Autoridad Neerlandesa de Salud (NZa) supervisa la competencia y determina a su vez las tarifas máximas. La WMO es desarrollada por los municipios, que gozan de libertad para organizar la asistencia como estimen oportuno. No obstante, tienen la obligación de compensar los efectos de las limitaciones en la vida de las personas mayores que producen el encontrarse en una situación de dependencia.

La AWBZ regula multitud de servicios:

- cuidado personal (ayuda con la ducha, ropa, cuarto de baño), enfermería (atención médica en el domicilio), asistencia (para organizar el día a día), tratamiento, estancia temporal/de larga duración en instituciones y rehabilitación;

- los usuarios pueden elegir entre la prestación del servicio o la prestación económica (que equivale a un 75% del presupuesto del servicio). Reciben cuidados o prestaciones económicas después de que la solicitud haya sido valorada por una organización central independiente (CIZ). La CIZ no tiene incentivos económicos y determina el nivel de cuidados necesarios, aparte de

los cuidados informales “habituales” que se supone que los miembros de la familia prestan.

- los servicios se prestan a través de oficinas regionales de cuidados, las cuales hacen una preselección de proveedores, en base a la cual los usuarios finales hacen su elección;

- las prestaciones económicas pueden emplearse en lo que se quiera, pero los pacientes deben poder mostrar en qué se han gastado efectivamente el dinero.

Parte de la ayuda doméstica pasó a depender de la WMO (suministro de sillas de ruedas, adaptaciones del hogar, transportes, comidas, actividades sociales, ayuda doméstica), lo que ha creado un espacio donde es posible coordinarse con los servicios sociales organizados por los ayuntamientos.

En general, el cuidado institucional juega un papel relativamente importante en los Países Bajos, pero el gobierno ha estimulado la asistencia en el propio domicilio, porque las personas mayores tratan de hacer una vida independiente, sin recurrir a los hijos.

En esencia —como ocurre en Suecia—, cada residente está asegurado contra gastos excepcionales de gran cuantía (catastróficos), lo que posibilita un acceso universal a la atención a la dependencia. Las prestaciones económicas y la cofinanciación estimulan el recto uso de los cuidados o mejoran la situación de los usuarios de los servicios (en cuanto a la flexibilidad). El hecho de que la CIZ centralice las solicitudes favorece la igualdad y permite una evaluación coherente de la demanda.

Pero, por otra parte, los costes son difíciles de controlar. Debido a la opción existente de cobro en efectivo, los cuidados que antes eran informales pasaron a ser de pago. Como consecuencia, los macro presupuestos de la AWBZ resultaron insuficientes, aumentó la necesidad de cofinanciación y hubieron de introducirse presupuestos regionales. Además, las oficinas regionales de cuidados no son eficientes, pues carecen de incentivos económicos. Debido a la falta de idoneidad del personal y a que no hay un control de los niveles mínimos y de las pautas directrices, surgen problemas de calidad.

El gasto en cuidados de larga duración para personas mayores representa un 2,5% del PIB. La AWBZ se basa en las cotizaciones a la seguridad social (70%), los impuestos (22%) y la cofinanciación (8%). El gobierno neerlandés establece los presupuestos de cuidados para periodos de unos cuatro años. Si los gastos superan los presupuestos, el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte debe formular una nueva política para contener los costes (como recortes arancelarios, una mayor cofinanciación, etc.)

La WMO se financia mediante impuestos y cofinanciación. Los municipios reciben un presupuesto de libre disposición, incentivándose una organización eficiente de los cuidados. Si los gastos están por debajo del presupuesto, un ayuntamiento puede destinar el dinero a otros objetivos.
La cofinanciación depende de los ingresos, de esta forma los usuarios de servicios de cuidados no tienen que afrontar dificultades financieras graves.

Innovación y prevención

Grandes empresas como Philips hacen posible la asistencia y los cuidados en el domicilio, gracias a los avances tecnológicos que permiten vivir con mayor comodidad en casa sin necesidad de financiación pública extra.
Los arquitectos diseñan bloques de viviendas en las que resulta "divertido" vivir, evitando que las personas mayores pasen a ser dependientes demasiado pronto.

En los Países Bajos existen numerosas iniciativas de prevención, como las que se describen con más detalle en el capítulo 4.2 Iniciativas de Prevención en Europa:

- Revisiones preventivas a personas de forma periódica. Gracias al asesoramiento de expertos sanitarios, el sentimiento general de soledad disminuyó y aumentó la propia confianza;

- El Modelo de Vida Activa Groningen promueve el ejercicio físico en la ciudad de Groningen, haciendo que las personas mayores no activas o insuficientemente activas (de edades comprendidas entre los 55 y los 65 años) lo sean más y sobre todo si padecen algún tipo de discapacidad;

- Café Alzheimer es un programa de interacción social en el que las personas afectadas por Alzheimer se reúnen una vez al mes con sus cuidadores, familia y profesionales.

Fuentes:

- [3.11-A] CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. "The Dutch system of long-term care". 2010.
- [3.11-B] Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. "De AWBT internationaal bekeken". 2005.
- [3.11-C] Interview with Lou Spoor, Achmea, 2011.

3.12 Reino Unido

Los servicios de atención a la dependencia y cuidados de larga duración británicos se regulan mediante diversos textos legislativos que corrigen y refinan un complejo sistema desarrollado a partir de los sistemas de bienestar creados para la gente más pobre.

En el año 2009, un nuevo Libro Verde «Perfilando juntos el futuro de la atención y los cuidados", publicó una serie de propuestas para reformar radicalmente el sistema de atención y asistencia a adultos en Inglaterra.

Existe un marco a nivel nacional para elegir los servicios. Pero también hay una gran variabilidad entre lo que ofrecen los ayuntamientos. Un nuevo Libro Verde propone fundar un Servicio Nacional de Cuidados y centralizar más el control.
Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte gestionan sus sistemas de atención y cuidados por separado, de modo que las siguientes ideas son de aplicación fundamentalmente en Inglaterra.

El sistema británico se caracteriza por una especie de "red de seguridad" que protege exclusivamente a personas con necesidades graves. Los servicios, que son prestados por ayuntamientos, autoridades sanitarias, organizaciones voluntarias y agencias privadas, abarcan: ayuda en el domicilio, cuidados de día (dentro o fuera de hospitales), cuidados comunitarios, servicio de comidas a domicilio, "lunch clubs"[1] y ayuda doméstica. La autoridad local financia estos servicios previo control de los recursos económicos.

En Gran Bretaña hay tres tipos de cuidados institucionales: cuidados en residencia, residencias con asistencia médica y hospitales de larga estancia.
Además, las prestaciones económicas pueden concederse como:

- prestación por encontrarse en una situación de discapacidad (para personas mayores que no superen los 65 años), que supone una contribución para cubrir gastos extra relacionados con la discapacidad. El nivel de prestación se determina según el grado de necesidades, cuidados personales o de movilidad. Esta prestación no está sujeta a control de recursos y es de carácter no contributivo;

- subsidio de asistencia (para mayores de 65 años) para ayudar con los cuidados personales. Este subsidio está libre de impuestos y no está sujeto a control de recursos económicos;

- Fondo para Vida Independiente, prestaciones económicas directas para permitir que las personas con una incapacidad grave pueden vivir independientemente en la comunidad. Las autoridades locales gestionan este fondo como un *trust* o fideicomiso discrecional.

El sistema actual subviene a las necesidades de la persona necesitada cuando ya es muy tarde y la necesidad es grande. Se están perdiendo oportunidades de prevenir. Como en muchos otros países, existen grandes diferencias regionales, de modo que personas con las mismas necesidades obtienen diferente intensidad de cuidados. Pero

[1]Organización que sirve almuerzos calientes a bajo precio para personas mayores, en clubs o centros de día (N. de. T.).

el gobierno ha publicado un Libro Verde y está implicando a las personas interesadas en este debate sobre la atención a la dependencia y los cuidados de larga duración. La propuesta incluye servicios de prevención, evaluación nacional y opciones de financiación.

El gasto en cuidados de larga duración de personas mayores representa en Inglaterra aproximadamente un 1,3% del PIB. Se financia mediante impuestos centralizados, impuestos locales y derechos de uso.

Innovación y prevención

La Ley del Trabajo y las Familias concede a los trabajadores que deban cuidar de algún familiar el derecho a solicitar un horario flexible de trabajo. En muchos otros países, como se ha descrito arriba, el gobierno ofrece así una buena opción para el cuidado informal realizado por miembros de la propia familia.

Suenan mucho más prometedoras las intenciones del Libro Verde, que no solo cubre la financiación sino que se centra en los servicios de prevención. El objetivo es prestar una asistencia gratuita para vivir en buenas condiciones y seguir siendo independiente.

Por ahora existen algunas iniciativas de prevención en el Reino Unido, como se describe más detalladamente en el capítulo 4.2 Iniciativas de Prevención en Europa:

- Revisiones preventivas (como en los Países Bajos), que significa que la Autoridad Sanitaria realiza un chequeo de todos los ciudadanos mayores de 40 años para evitar cualquier enfermedad cardiaca, ictus, diabetes o enfermedad renal. Los proyectos piloto comenzaron en el 2009, y su desarrollo en el Reino Unido está previsto para 2012 y 2013;

- Los Paseos de Hambleton por la Salud (*HambletonStrollersWalkingforHealth*) es una iniciativa para animar a hacer ejercicio físico. Se realizan paseos guiados para personas mayores, que comienzan en el consultorio del médico de cabecera y en los centros de ocio;

- Viviendas tuteladas, como en Finlandia o Irlanda;

- Promoción de la Salud, como el Programa Escocés de Salud Mental en la Tercera Edad, en el que las personas mayores se implican directamente y se les ayuda a desenvolverse por sí mismas.

Fuentes:

- [3.12-A] Comas-Herrera, A., and Pickard, L., Wittenber, R., Malley, J., King, D. “Long-term care system for the elderly in England”. 2010.
- [3.12-B] Comas-Herrera, A. “Future Long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the UK”. 2006.
- [3.12-C] OECD. “Help Wanted? Providing and Paying for long-term care”. 2011.

4. Mejores prácticas en Iniciativas de Prevención

En el anterior capítulo se destacaban una serie de iniciativas de innovación y prevención al final de la descripción de cada país. Este capítulo se ocupa principalmente de las posibilidades de innovación, pues parecen representar una buena oportunidad para evitar una creciente evolución de las situaciones de dependencia, y así, limitar todos los costes asociados descritos anteriormente.

Este capítulo comienza con una descripción general de las iniciativas de prevención en España, para luego centrarse en destacar iniciativas encontradas en toda Europa (centrándose en los países de la UE).

4.1 Iniciativas de Prevención en España

Como punto de partida de este capítulo, y antes de proceder a la descripción y análisis de algunas de las iniciativas sobre prevención puestas en marcha en España, conviene recordar cual es la foto actual de la población española, y cual es la situación española cuando se habla de prevención.

España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento en el mundo, con un 17% de personas mayores de 65 años y un 4% mayores de 80 años (según datos del Imserso), y en el año 2050, todas las proyecciones sitúan estos porcentajes anteriores en el 30% y el 10%, respectivamente.

Si bien hoy en día existen estudios científicos suficientes para afirmar que la edad por sí misma no es causa de la dependencia, y sí lo es la aparición de enfermedad, sí se puede establecer una correlación entre envejecimiento y dependencia. El segmento de población con más edad, y en concreto aquellas personas mayores de 80 años, es el más vulnerable a episodios de enfermedad o incapacidad, y por tanto a situaciones de dependencia.

En un contexto donde la esperanza de vida aumenta de forma continuada (hecho siempre positivo), y con una perspectiva de población muy envejecida para los próximos años, parece lógico pensar que la mejor forma de incidir en el retraso o disminución de las situaciones de dependencia es la prevención. Es decir, dedicar esfuerzos para evitar la aparición de dependencia debería considerarse igual o más importante que paliar sus efectos, y retrasar la incidencia de la enfermedad o disminuir sus consecuencias, sería uno de los objetivos fundamentales.

Desde el punto de vista de la financiación, la viabilidad del sistema pasaría por controlar o reducir el gasto futuro sanitario. Y aquí la prevención jugaría un papel principal, ya que la inversión en prevención podría contribuir a aliviar los sistemas de asistencia sanitaria y servicios sociales dedicados a situaciones de dependencia asociadas al envejecimiento.

Todas estas consideraciones justifican el hecho de que aunque el fenómeno de la dependencia pueda producirse a cualquier edad, la mayoría de las iniciativas puestas

en marcha para prevenir o paliar las consecuencias de la misma, estén centradas en las personas mayores, e incluso instituciones como la Organización Mundial de la Salud hayan acuñado el término de envejecimiento activo, fomentando toda una serie de recomendaciones sobre las características y la finalidad que deberían tener los servicios ofertados. En España, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha elaborado el llamado Libro Blanco de Envejecimiento Activo, documento de carácter eminentemente técnico, donde se recopilan una serie de iniciativas para implantar modelos de atención a las personas mayores. El objetivo es que estas propuestas sean debatidas por todos los protagonistas del sistema (ya sea la Administración, entidades privadas, entidades sin ánimo de lucro, profesionales del sector, etc) y se puedan obtener distintas políticas de actuación y servicios consensuados.

La oferta de servicios posibles para la prevención de la dependencia se dividirían entre aquellos destinados a personas que todavía no se encuentran en una situación de dependencia (en otras palabras, prevención primaria de la dependencia como así se le llama en términos sanitarios, o también se le podría llamar prevención pura), y aquellos otros servicios ofrecidos a personas en situación de dependencia, que lo que persiguen es revertir esa situación o reducir sus efectos (la llamada prevención secundaria y terciaria).

Existe un amplio consenso en considerar que las medidas de promoción de la salud, de la autonomía individual y control de las enfermedades contribuyen a disminuir la incidencia de las posibles enfermedades y con ello de la dependencia, de ahí la estrecha relación existente entre prevención y promoción de la autonomía personal.

Catálogo de iniciativas españolas

A continuación se describen algunas de las iniciativas puestas en marcha en algunas Comunidades Autónomas de España en temas de prevención. Objetivo común de todos estos ejemplos es que las personas puedan permanecer en sus hogares el mayor tiempo posible y con el mayor grado de autonomía posible.

Todas las iniciativas se fundamentan en estos objetivos fundamentales: la promoción de la salud de las personas y la integración social o participación en la comunidad.

Se podrán observar algunas actuaciones promovidas exclusivamente por la Administración Regional o Local, mientras que en la mayoría de los casos hay una cooperación entre la Administración Pública y alguna organización privada, especialmente fundaciones, obras sociales de Cajas de Ahorros u otras organizaciones sin ánimo de lucro.
Existen también ejemplos de programas internacionales financiados con fondos europeos, a los que se han acogido distintas localidades o regiones.

a) Programas de prevención de la dependencia promovidos conjuntamente por Administraciones Públicas y Fundaciones

Programas desarrollados a través de la red de Centros de Día de mayores, en colaboración con administraciones públicas, con el objetivo de que las personas de avanzada edad puedan seguir disfrutando de una buena autonomía personal y vida social, a través de medidas de prevención del deterioro de las capacidades cognitivas.

Se ofrecen dos tipos de talleres: uno de prevención (trimestral) otro de seguimiento para aquellos que ya han asistido al de prevención (trimestral), con el objetivo de consolidar lo aprendido.

Además se ofrece un servicio de transporte para la asistencia a estos talleres, con el objeto de evitar la exclusión de la gente por falta de movilidad.
Material didáctico, compuesto por un dvd y una guía permite seguir recordando en casa lo aprendido.

- Ejemplos específicos: Junta de Andalucía y Diputación de Guipúzcoa

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

Está dirigido a personas mayores de 65 años que se encuentran en una situación inicial de dependencia o dependencia leve (prevención secundaria por tanto), que empiezan a tener problemas para desarrollar con normalidad las actividades de la vida diaria, y tiene como objetivo prevenir el deterioro cognitivo de estas personas, asegurando de esta forma la vida autónoma y la relaciones sociales con el entorno.

No solo se centran en las personas dependientes, sino también en sus familiares, facilitando el apoyo necesario para poder conciliar la vida familiar.

El programa se ha implantado en ocho centros de día, en los que se realizan talleres dos o tres veces a la semana con las personas dependientes previamente seleccionadas. Las actividades desarrolladas están relacionadas con la estimulación sensorial, cognitiva, con el objetivo de estimular los sentidos, la coordinación, el equilibrio, el lenguaje, la memoria, etc.

A los asistentes se les facilita también documentación expresamente elaborada para estos talleres, y se les plantean tareas a desarrollar en sus hogares.

b) Programa "SABER ENVEJECER"

De la colaboración de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), la Obra Social de Caja Madrid y la Organización Mundial de la Salud, han surgido una serie de 21 cuadernos didácticos donde se tratan diversos temas enfocados a promover un envejecimiento saludable y elevar la calidad de vida tanto en el plano físico como mental.

El público objetivo de estos documentos son personas mayores de 55 – 60 años, que quieran compartir sus experiencias y se imparte en centros de mayores.

Está considerada como una iniciativa pionera a nivel nacional, ya que se imparte con técnicas de coaching, favoreciendo la reflexión y la participación colectiva.

Se han desarrollado materiales de apoyo tanto para los participantes (los 21 cuadernos didácticos) como para los profesionales o formadores (guía didáctica), así como otros complementos audiovisuales donde encontrar casos y consejos prácticos.

Entre los volúmenes editados se encuentran: Familia, prevenir caídas, tomar decisiones, cuidar nuestro cuerpo, alimentarse bien, depresión, participar es vivir,… siempre con el objetivo de aprender y aceptar los cambios que conllevan la vejez.

Según las cifras de la Obra Social de Caja Madrid, son ya más de 2.000 personas las que se han beneficiado de este programa. Además se han iniciado ya o se iniciarán en un futuro cursos en distintas comunidades como Castilla La Mancha, Castilla y León, Madrid, Galicia, Extremadura y Asturias.
En el caso concreto de Castilla La Mancha, serán 160 personas las beneficiarias del total de ocho cursos formativos ya acordados.

c) Programa ZAINDUZ de estimulación cognitiva

Puesto en marcha en enero de 2011, se trata de un programa individualizado de estimulación cognitiva realizado en el propio domicilio de los interesados.

Se ha puesto en marcha en cuatro ayuntamientos de Vizcaya (Abanto-Zierbena, Amorebieta, Muskiz y Ugao-Miraballes) y es una actividad pionera en esta región.

Se han seleccionado personas mayores que no tienen la opción de beneficiarse de los Centros de Día. El objetivo es prevenir y evitar las situaciones de dependencia derivadas de un deterioro de la capacidad cognitiva mediante el estímulo de la memoria, el lenguaje o pequeños cálculos.

Un profesional psicólogo acudirá cada semana al hogar del participante para aportar información, orientación, formación, apoyo psicológico. Después de varios meses, una vez acabado el programa, se realizará una revisión de los resultados observados.

d) Programa Mayores en Alto Riesgo de Dependencia (Comunidad de Madrid)

Iniciativa puesta en marcha en cuatro centros de mayores de la ciudad de Madrid, con el objeto de fomentar la participación de las personas mayores en la sociedad, mediante talleres la mayoría de ellos en grupo aunque también se imparten de forma individual. Entre las materias impartidas se encuentran la estimulación cognitiva, gimnasia de mantenimiento y recuperación funcional, educación en temas de salud, informática, y creación manual y cultural, entre otros.

Los resultados de este programa han sido especialmente efectivos en aquellas personas que puedan padecer depresión o soledad.

Este programa se puede complementar con otros desarrollados también de la Comunidad de Madrid, como pueden ser Universidad de Mayores, Rutas culturales o Mayores de Cine.

Según indica la propia Comunidad de Madrid, más de 5.6 millones de habitantes han participado en estas iniciativas desde 2003 a 2010.

Conseguir la participación de las personas de avanzada edad en la sociedad, aumentar su autoestima haciendo que se sientas útiles y mejorar la imagen que en algunas ocasiones se pueda llegar a crear sobre este colectivo, es el objetivo de las relaciones intergeneracionales que se han puesto en marcha en todas las Comunidades de España a través de Talleres y Campamentos. Como ejemplo de este tipo de programas, podemos citar.

Como ejemplo de este tipo de programa, podemos mencionar:

e) **Campo de trabajo intergeneracional (Diputación Foral de Vizcaya)**

Jóvenes de entre 18 y 25 años participan como voluntarios en este Campo de trabajo con personas alojadas en residencias. Además de compartir las tareas educativas y lúdicas propias de un campo de trabajo, fomentarán la convivencia incorporando un componente social: el apoyo a personas mayores residentes en un centro asistencial que presentan distintos niveles de dependencia, deterioro cognitivo u otras necesidades de apoyo.

Se realizarán actividades de psicomotricidad y estimulación cognitiva complementarias a las que reciben los residentes del centro.

Con esta interacción entre personas de diferentes generaciones se trata de fomentar el respeto, la aceptación de uno mismo y la aceptación de la vejez como un valor positivo, así como el concepto de ayuda a los demás.

La situación geográfica de la población no debería ser un factor que influyese de forma negativa en el acceso a los servicios disponibles para actuar sobre situaciones de dependencia. Pero la realidad muestra que en muchas ocasiones los servicios disponibles en los núcleos urbanos son superiores a los disponibles en los núcleos rurales, y la diferencia se acentúa si la comparación se realiza con la población que vive en zonas montañosas.

En estas zonas montañosas, la población suele vivir de forma muy dispersa, los medios de comunicación suelen ser limitados, los pequeños núcleos rurales están despoblados de gente joven y la oferta de servicios suele ser muy escasa.

Todos estos factores ponen en peligro la interacción de unas personas con otras, favoreciendo por tanto, el aislamiento social. El difícil acceso a estas zonas hace que los servicios ofrecidos sean muchos menores a los que se podrían encontrar en las ciudades, y además en ocasiones, los recursos y programas aplicados en los medios urbanos y que funcionan aquí correctamente, no lo son para los medios rurales.

Desde hace tiempo se han puesto en marcha iniciativas, sobre todo en el norte de España, para intentar paliar estas diferencias observadas y poder ofrecer unos servicios adecuados a la población que viven en estas zonas montañosas. Un ejemplo de estos programas es desarrollado a continuación.

f) Rompiendo distancias: Programa integral para zonas rurales en Asturias

Implantado como experiencia piloto desde el año 2001, la Administración trató de eliminar la discriminación que produce el simple hecho de vivir en zonas rurales de difícil acceso, en lo relativo a falta de servicios y de oportunidades de interacción social con otras personas.

El programa alcanzó desde un primer momento a personas de más de 65 años que viven en tres territorios rurales del Principado de Asturias, contando un total de más de 3.200 personas.

El objetivo propuesto era doble, por un lado, atender a aquellas personas que se encontrasen en una situación de dependencia, y por otro, introducir servicios y actividades que ayudasen a la prevención de la misma, fomentando las relaciones interpersonales, intergeneracionales y el voluntariado. En definitiva, se trataba de acercar lo más posible a estas regiones, los servicios propios con los que cuentan las ciudades para tratar a las personas dependientes.

Para ello se introdujeron servicios de atención domiciliaria y teleasistencia, de transporte, de comidas, o de lavandería para aquellas personas que necesitan ayuda en estas tareas.

Relacionado con la prevención, la participación en la comunidad fue el elemento clave, y para ello se impulsaron y crearon asociaciones y centros de reuniones donde desarrollar talleres, cursos educativos en temas de promoción de la salud a través de programas para fomentar hábitos de vida saludables, y otras actividades culturales y de ocio donde compartir experiencias con otras personas (acceso a las nuevas tecnologías, cursos de teatro, folklore,…).
Las relaciones intergeneracionales como medio para mejorar el conocimiento de las personas mayores, impulsar la imagen de éstas en la sociedad y el respeto fueron también una pieza importante de este programa, incluso a través del concepto de voluntariado (por ejemplo, con semanas de magisterio…)

El programa duró tres años y estuvo basado en un planteamiento secuencial de búsqueda de necesidades, puesta en marcha de las acciones más adecuadas y evaluación de los resultados cosechados.

Los resultados fueron ampliamente satisfactorios, aunque solo fuese por el hecho de que se crearon numerosos recursos (centros de reuniones, transporte de personas, acompañamiento, servicios de comidas,…) que hasta entonces no estaban en ningún modo disponibles, y que ayudaron a mantener la autonomía e impulsar la participación en la comunidad.

Cada vez las nuevas tecnologías están adquiriendo mayor importancia en los servicios para la dependencia. Aunque todavía su implantación no está generalizada, existe una amplia gama de recursos disponibles, que van progresivamente poniéndose en marcha mediante experiencias piloto, que en un futuro cercano podrían disponibles para un mayor número de personas y que contribuirían en gran medida a fomentar tanto la autonomía de las personas en su vida diaria, y por tanto fomentando la prevención de situaciones de dependencia.

g) Plataforma PLATAS

Proyecto que surge de la colaboración de la Fundación Vodafone España, Cruz Roja Española y el Instituto de Salud Carlos III, apoyados por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, y que contó en su experiencia piloto con más de 100 personas.

Consiste en una plataforma desde la que ofrecer una atención integral a las personas, aunando los esfuerzos de los servicios sociales y sanitarios, con el objetivo último de promover la vida independiente y el envejecimiento saludable, fomentando la participación pro-activa de los propios usuarios en lo relativo al cuidado de su salud.

Desde el Centro de Atención (plataforma CRE) de la Cruz Roja Española se soportan todos los servicios ofrecidos, entre los que se encuentran:

Servicio Informa: Recepción de información interesante relativa a alimentación, ocio, ayudas técnicas, etc, a través del móvil y mediante mensajes cortos. Se estimula al mismo tiempo la familiarización de la personas mayores con el uso del móvil.

Servicios de Seguimiento de Hipertensión Arterial:
Envío a la central o plataforma de datos la medida de presión arterial, pulso y peso que cada persona se auto-realiza, con el fin de tener monitorizada su evolución en el tiempo. Además, el envío se realiza también a través del móvil.

Servicio de Videoatención:
A través del televisor y con una videocámara conectada, cada persona podrá ponerse en contacto visual con sus familiares, favoreciendo la comunicación y la participación social

Servicio de Fomento de Actividad Personal:
Mediante la medición de los pasos que una persona da cada día, se puede controlar el progreso en la actividad física de cada uno, y proponer objetivos semanales y mensuales desde la atención personalizada ofrecida a través de la plataforma. Para ello, los pasos diarios son almacenados en un podómetro, y esta información es enviada mediante un mensaje de texto desde el móvil de forma semanal.

Servicio de Prevención y Estilos de Vida:
Utilización de sensores ambientales para comprobar la utilización de la cama o el sillón, apertura de puertas, uso de electrodomésticos, etc. que permitan monitorizar la actividad física, alimentación, actividad social y descanso de las personas participantes. Con toda esta información se desarrollan planes individuales para fomentar la movilidad.

h) Servicio de TELEASISTENCIA de Andalucía

La Fundación Andaluza de Servicios Sociales, organización no lucrativa fundada por el Gobierno Regional, ha puesto en marcha este sistema consistente en una consola o Terminal fijo instalado junto al teléfono y una unidad de control de remoto que la persona lleva colgada siempre que se encuentra en su hogar. El objetivo es poder contactar telefónicamente en cualquier lugar del domicilio en situaciones de emergencia, o simplemente de seguimiento de cualquier tratamiento con el servicio central de recogida de llamadas.

Más de 2.500 llamadas son recibidas cada día y cerca de 1.000 nuevos usuarios acceden a este sistema cada mes, para un total de cerca 100.000 personas que ya están utilizándolo en toda Andalucía.

El sistema ha sido mejorado desde su creación y ya existe la posibilidad de complementarlo con distintos sensores (gas, incendio, etc), seguimiento de personas que hayan sido dadas de alta recientemente en el hospital o interconectar el dispositivo con la plataforma de emergencias nacional 112.

Actualmente, para poder disponer de este servicio, hay que realizar un pago mensual, existiendo descuentos para aquellas personas mayores de 65 años que cuenten con la denominada tarjeta “Junta Andalucía 65”, o para aquellas personas dependientes. El servicio es gratuito para los mayores de 80 en situación de dependencia y con unos ingresos inferiores al 75% IPREM.

Fuentes:

- [4.1-A] Ley 39/2006 de Promoción de la AutonomíaPersonal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. BOE, 299, 15-12-2006.
- [4.1-B] Ministerio de Sanidad y Política Social. “Libro Blanco del Envejecimiento Activo”. 2010.
- [4.1-C] Ministerio de Sanidad y Consumo. ” Prevención de la Dependencia en personasmayores”. Primera ConferenciaNacional de Prevención y Promoción de la Salud. 2007.
- [4.1-D] Rodríguez, P. ”El sistema de servicios sociales español y las necesidadesderivadas de la atención a la dependencia”. Documento de trabajo 87/2006. FundaciónAlternativas. 2006.
- [4.1-E] PriceWaterhouseCoopers. ”Situation of Long-Term Care Services In Spain”. 2010.
- [4.1-F] Mazoteras, V. and Petidier, R .Envejecimientoactivo: actividadespreventivas. V. Mazoteras y R. PetidierTorregrosa, 2008.
- [4.1-G] Rodríguez, E. ”La prevención de la Dependencia desde el punto de vista de los mayores”. Revista de Enfermería Gerontológica, nº12. 2008.
- [4.1-H] IMSERSO. Estadísticas del SAAD. Portal de Mayores. 2011. http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm
- [4.1-I] Gobierno Vasco y Fundación EDE. ”Envejecer con éxito. Prevenir la Dependencia”. 2009.
- [4.1-J] Contel, J.C. ”La atención a las personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención

compartida". Simposio Internacional sobre Investigación de Enfermería Comunitaria. 2007.

- [4.1-K] Obra Social La Caixa. "TalleresPrevenciónDependencia". http://obrasocial.lacaixa.es/ambitos/prevenciondependencia/prevenciondependencia_es.html
- [4.1-L Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. Junta de Andalucía"Programa de Prevención de la Dependencia de la Junta de Andalucia". www.juntadeandalucia.es/fundaciondeserviciossociales/
- [4.1-M] Portal de la Dependencia. "GuíaSaberEnvejecer. Prevenir la Dependencia". http://portaldependencia.es/documentacion/monograficos/saber-envejecer/saberenvejecer.html
- [4.1-N] Obra Social Caja Madrid. "GuíaSaberEnvejecer. Prevenir la Dependencia". http://www.obrasocialcajamadrid.es/es/accion_social/atencion_a_mayores/saber_envejecer_prevenir_la_dependencia
- [4.1-O] Consejería de Salud y Bienestar Social, Gobierno de Castilla La Mancha. "SaberEnvejecer. Prevenir la Dependencia en Castilla La Mancha". http://www.jccm.es/
- [4.1-P] Diputación Foral de Vizcaya."Programa Zainduz". http://bizcaia.net
- [4.1-Q] Fundación Vodafone. "Innovación TIC para las personasmayores: Situación, requerimientos y soluciones en la atenciónintegral de la cronicidad y la dependencia".
- [4.1-R] Comunidad de Madrid. Programa "Mayores en Alto Riesgo de Dependencia". http://www.pluesmas.com/
- Diputación Foral de Vizcaya. "Campo de Trabajo Intergeneracional". http://bizcaia.net
- [4.1-S] Rodríguez, P. "Personas mayores y desarrollo rural. Dos experiencias en contextos rurales delPrincipado de Asturias".
- [4.1-T] Fundación Vodafone. "Innovación TIC para las personasmayores: Situación, requerimientos y soluciones en la atenciónintegral de la cronicidad y la dependencia. PlataformaPlatas ; Servicio de Teleasistencia de Andalucía".
- [4.1-U] European Commission. "ICT & Ageing study on Users, Markets and Technologies: Spain profile". www.ict-ageing.eu/?page_id=256

4.2 Iniciativas de Prevención en Europa

El equipo de este proyecto ha realizado un ejercicio de investigación buscando información disponible y documentación de iniciativas de prevención existentes en países de la UE. Aunque la información disponible sobre este tema de la prevención es limitada, se presentan a continuación una breve descripción de las iniciativas disponibles.

1. Hoteles para pacientes(*"PatientHotels"*) es una idea que se desarrolló por primera vez en Escandinavia y que ahora puede encontrarse en diversos países, incluido Noruega (*NorlandiaCare*), Suecia (Hospital Universitario Skane en Lund), Dinamarca (Hospital Universitario Odense, que funciona desde 1997), Finlandia y el Reino Unido (*Well-Tel*).

Son residencias - hoteles concebidos para alojar a personas en una situación leve o moderada de dependencia que no requieren los servicios integrales de un hospital, pero que necesitan tener a alguien cerca *por si acaso*. Se incluyen pacientes que se están recuperando de alguna enfermedad o que se recuperan tras un tratamiento médico. Lo normal es que un hotel de pacientes sea más barato que un hospital, mientras que los servicios de supervisión y la disponibilidad de enfermeras/os puede evitar que las personas se hagan más dependientes.

2. Las Visitas Preventivas a domiciliose emplean como medida preventiva en toda Escandinavia, incluido Finlandia, Suecia y Dinamarca. Son visitas realizadas por un trabajador social al domicilio de una persona mayor, que evalúa la situación desde todos los puntos de vista y anima a la persona a hacer uso de sus propios recursos. En Suecia las visitas son voluntarias, se planifican de antemano y son financiadas por los municipios. Las personas mayores opinan que estas visitas preventivas mejoran su sentimiento de seguridad, así como su confianza en las prácticas y acciones puestas en marcha por los municipios.
La evaluación de estas visitas a domicilio consolidó la opinión de que las personas de edad avanzada desean vivir en sus casas el mayor tiempo posible. En el futuro, el formato de las visitas deberá homogeneizarse, y deberá desarrollarse más la formación y entrenamiento de los profesionales. Esta iniciativa se describe detalladamente en el capítulo 5.1. Visita preventiva a domicilio.

3.El Proyecto global de cuidados en el domicilio (y su denominación inglesa "Home CareUmbrella")se refiere a una iniciativa puesta en marcha en Finlandia. Se ofrecen grupos de información y cursos guiados de autoterapia para la detección precoz y tratamiento de la depresión en las personas mayores. Los cursos comprenden una serie de 8 a 10 reuniones con tutores experimentados y con tareas para hacer en casa (la más importante es una evaluación diaria del estado de ánimo). Según diversos estudios, hay una serie de tratamientos que son eficaces para tratar la depresión en personas mayores. Está comprobado que la terapia con medicamentos alivia los síntomas de depresión en más de la mitad de los casos. Además, la terapia de grupo ha resultado útil, pues tiene la gran ventaja de promover la interacción social. Esta iniciativa puede relacionarse con las Visitas Preventivas a Domicilio ya mencionadas, y por tanto también se toca en el capítulo 5.1. Visita preventiva a domicilio.

4. Programas de Prevención de Caídas, que están implantados en multitud de países de todo el mundo. Se han llevado a cabo diversos tipos de estrategias de intervención, con diferentes poblaciones objetivo y en distintos entornos. Entre las

estrategias de intervención destacan la evaluación y gestión del riesgo de caída (incluida la gestión de los medicamentos), intervenciones basadas en la actividad física, modificaciones del entorno, formación, desarrollo de dispositivos de asistencia en el hogar e incluso intervención y asesoramiento en el uso de un calzado adecuado. Esta iniciativa se describe con más detalle en el capítulo 5.2. Programas de Prevención de Caídas.

5. Centros de día, los cuales se han ido extendiendo por numerosos países de todo el mundo, centrándose en la prevención de la dependencia con el fin de ayudar a los ancianos a mantener su autonomía y calidad de vida durante el mayor tiempo posible. Un buen ejemplo es el Centro de Día Bozorgan (véase con más detalle en el apartado 12 de este mismo punto), que combina cuidados de día con atención a inmigrantes minoritarios.

6. Las pruebas preventivas son una iniciativa comúnmente utilizada en términos de prevención que se encuentran ya implantadas en diversos países. Las pruebas preventivas hacen referencia a aquellos chequeos que se realizan de forma rutinaria y con la finalidad de dar un diagnóstico temprano sobre la salud de las personas de avanzada edad.

Sirva como muestra del grado de implantación y éxito de esta iniciativa el ejemplo de los Países Bajos, donde la información y consejos preventivos derivados de estas pruebas tuvieron un seguimiento del 74-91%.
El estado de salud en sí no varió tras la intervención, sin embargo el sentimiento general de soledad disminuyó y aumentó la confianza en uno mismo.
Otro ejemplo sería el Reino Unido, donde se llevan a cabo pruebas para ciudadanos mayores de 40 años con el fin de prevenir las enfermedades cardiacas, ictus, diabetes y enfermedades renales.

7. Las viviendas tuteladas, que se introdujeron por ejemplo en Irlanda (con la denominación de Viviendas con Cuidados o Asistencia), en el Reino Unido (con el ejemplo de las Viviendas de Yorkshire) y en Finlandia.

Se desarrollaron unidades o viviendas individualizadas con un cuidado diseño apropiado para los ancianos, con acceso 24 horas a asistencia y apoyo. Las viviendas tuteladas ofrecen una forma de vida segura, en las que además se dispone de espacios comunes en los que los ancianos pueden reunirse y disfrutar de actividades sociales.

En Finlandia, las viviendas tuteladas se encuentran equipadas con tecnología inteligente: las unidades contienen un diseño exento de barreras, sistemas automáticos de alarmas de incendios, teléfonos de alarma con pulseras, interruptores de luz y sistema de apertura de puertas automáticos, y en algunas ocasiones existe la presencia adicional de sensores. Además la compañía Nokia ha desarrollado nuevos sistemas como el Centro de Control del Hogar Nokia, que permite manejar y controlar el domicilio a través de un dispositivo móvil.

8. El teléfono de Ayuda a Nuestros Mayores *(“SeniorHelp Line”)*es una iniciativa que se ha introducido en numerosos países, tanto en la UE, por ejemplo en Italia e Irlanda, como fuera de la UE, por ejemplo en EE.UU. y Singapur. Consiste en un

servicio de carácter confidencial en el que voluntarios mayores de 65 años capacitados para ello escuchan a otros ancianos.

Por ejemplo, la Línea Irlandesa de Asistencia a Ancianos se inauguró en 1998 (siguiendo los pasos de la Línea de Plata en Italia, una línea de asistencia que ha demostrado tener un buen funcionamiento) con un programa piloto y que se ha extendido al resto de Irlanda. En 2004, más de 300 voluntarios ancianos ofrecieron sus servicios de asistencia telefónica en los que se animaba a la gente que llamaba y se les ofrecía consejo, aunque las decisiones las tomaban en última instancia las personas que llamaban.

9. El fomento del ejercicio físico está sobradamente contrastado como una de las iniciativas esenciales cuando se quiere prevenir la dependencia.
Bajo esta denominación común, se pueden encontrar ejemplos de iniciativas en muchos países, como los Paseos de Hambleton por la Salud, en el Reino Unido, que consisten en paseos guiados para ancianos que parten de centros ambulatorios o recreativos.

En Finlandia encontramos el Proyecto Sigue Caminando, cuyo objetivo es mejorar la capacidad funcional, la calidad de vida y la autonomía de aquellos ancianos vulnerables que viven en su propio domicilio, aumentando las oportunidades de andar y moverse fuera de sus casas.

En los Países Bajos se ha desarrollado el Modelo de Vida Activa de Groningen, cuyo objetivo es conseguir que aquellas personas mayores de entre 55 y 65 años que no son lo suficientemente activas, o aquellas personas que sufran de alguna discapacidad, puedan llevar un vida más activa con el fin de prevenir enfermedades y discapacidades en un futuro.

La primera fase de ejecución de este proyecto consistió en seleccionar a personas de entre 55 y 65 años de algunos barrios, a los que se les enviaba información por escrito sobre el proyecto, así como un pequeño cuestionario. Transcurridos diez días desde la recepción de dicha información, estudiantes capacitados y formados para ello, visitaron todas aquellas direcciones, puerta por puerta, para responder a las preguntas que todavía pudiesen tener y recoger los pequeños cuestionarios que servían para saber si dichas personas ya estaban siguiendo las recomendaciones de actividad física. En caso contrario, se invitaba a los ancianos a realizar una prueba de aptitud física destinada a este grupo social. La intención del test residía en comprobar el estado de salud de los participantes (y determinar si era seguro para ellos que participases en el proyecto), así como suministrar información relativa a temas de salud y forma física de los participantes.
Desde 1997, más de 500.000 ancianos han sido visitados puerta a puerta como parte de la fase de reclutamiento. A través del cuestionario sobre la disposición a la actividad física, se midió la presión sanguínea y se pudo determinar si era necesario un examen médico más exhaustivo.

Tras medir parámetros tales como la fuerza de las extremidades inferiores, la flexibilidad y la resistencia al caminar, además de la entrevista realizada, los participantes recibieron resultados personalizados sobre su salud y forma física.
A continuación se les facilitó una guía o “menú” que les mostraba los deportes y la actividad física que más les pudiese aportar y divertir al mismo tiempo. En este listado, se podían encontrar deportes individuales (footing, natación), así como deportes de grupo (hockey interior, fútbol sala), tanto con elementos de competición, como sin

ellos. El objetivo consistía en enseñar a los ancianos a mantenerse activos en el día a día.
Un estudio posterior demostró que el proyecto tuvo efectos positivos, con una mejora del rendimiento, de la forma física, de la potencia de las extremidades inferiores, del equilibrio, y del índice de masa corporal (IMC), entre otros.

10. El trabajo flexible, la jubilación gradual y el aprendizaje continuo son recomendaciones generales de la OCDE, que contribuiría a que se extendiese la vida laboral de las personas, siempre de acuerdo a sus capacidades. Los trabajadores más mayores pueden así realizar su trabajo a tiempo parcial y tener a su vez tiempo libre para atender sus intereses. Asimismo pueden orientar a los trabajadores jóvenes y compartir su experiencia.

Con todo ello, la OCDE espera que las personas mayores se mantengan sanos física y psicológicamente gracias a los nuevos desafíos de cada día. Se está planteando la posibilidad de intentar extender esta idea a la etapa de la jubilación. Esta iniciativa se encuentra descrita con más detalle en el Capítulo 5.3 Trabajo Flexible, Jubilación Gradual y Aprendizaje Continuo.

11. La tecnología puede ciertamente aumentar la innovación en el campo de la prevención de la dependencia.

Un claro ejemplo es el proyecto CAALYX (Experimento de Vida Cotidiana Asistida por el Entorno), financiada por la UE (1,3 millones de euros) y coordinado por Telefónica Investigación y Desarrollo en España. El objetivo general del proyecto es facilitar que los ancianos vivan en su domicilio antes de tener que ingresar en residencias.

Para este proyecto, se ha desarrollado un sistema prototipo con tres elementos: sistema para controlar y vigilar el domicilio, sistema móvil de control itinerante y un centro externo de asistencia con cuidadores y especialistas. Este ejemplo es desarrollado con más detalle en el capítulo 5.4. Prevención mediante la Tecnología.

12. La interacción socialy el apoyo engloban un grupo más amplio de iniciativas de prevención.
Un ejemplo de la iniciativa es el Café Alzheimer, que se creó en los Países Bajos en 1997. Posteriormente se ha trasladado el concepto a otros países, tales como el Reino Unido (desde el año 2000), Bélgica, Italia y también fuera de la UE (como EE.UU., y Canadá desde 2011). El objetivo de Café Alzheimer es juntar a aquellos pacientes que padecen Alzheimer, a sus cuidadores y al público en general, en un emplazamiento de carácter informal que recuerda a un café (incluyendo comida, bebida y entretenimiento), alejándose de un ambiente institucional.
El objetivo es distanciarse del “grupo de apoyo” tradicional y encaminarse a interacciones de carácter más social.

Otra iniciativa típica relacionada con este punto es el Centro de Día Bozorgan en Suecia, que comenzó en 1996 y que promueve hábitos saludables entre mujeres iraníes y su integración en la sociedad sueca. Las actividades se gestionan desde la municipalidad a partir de la plantilla del proyecto y voluntarios. Las enfermeras del distrito, así como especialistas en terapia ocupacional, administradores de asistencia, dentistas, ginecólogos y nutricionistas se encargan de distribuir información relativa a

temas de salud. Existe un servicio con personal disponible 24 horas al día, que ha ayudado a salvar la vida de varias personas.

En Escocia, el Programa Bienestar de la Salud Mental en Edades Avanzadas tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar de los ancianos en el territorio escocés, y en especial de la promoción de la salud mental. Pero la idea es mucho más ambiciosa, ya que se quieren recopilar datos de las prácticas y resultados conseguidos con el fin de mejorar, modificar o adecuar, en su caso, las medidas o políticas llevadas a cabo. De esta forma, un área clave de este programa consiste en facilitar la investigación reuniendo datos y conocimientos sobre el cuidado de ancianos, lo cual se lleva a cabo en colaboración con las propias personas receptoras, con las personas que diseñan las políticas, los médicos las organizaciones voluntarias y los académicos. Asimismo se encuentran establecidos en Escocia varios grupos o redes especializadas que ayudan a compartir la información con grupos locales. Un aspecto importante de estos esfuerzos es que se escuche a los ancianos, lo cual mejora su confianza y aumenta la participación y el sentimiento de comunidad y pertenencia.

Fuentes:

- [4.2-A] ICT & Ageing – European Study on Users, Markets and Technologies; http://www.ict-ageing.eu/
- [4.2-B] Eldin, N. “Senior Help Line Evaluation Report”., http://www.thirdage-ireland.com/report.pdf
- [4.2-C] OECD. “Policy reforms to facilitate Health and Active Ageing in OECD Countries”. 2011. http://www.ilcuk.org.uk/files/pdf_pdf_182.pdf

5. Iniciativas de Prevención que podrían ser interesantes para España

El equipo a cargo de este proyecto ha evaluado las iniciativas descritas anteriormente y ha acordado conjuntamente con la Fundación Caser para la Dependencia examinar

más detalladamente cuatro iniciativas que podrían ser interesantes para España.

Dentro de este capítulo se expone información general sobre cada una de las iniciativas desarrolladas en profundidad; a continuación se apuntan ejemplos concretos encontrados tanto en Europa como en España; por último cada una de los desarrollos se cierran exponiendo las oportunidades para España.

5.1 Visitas Preventivas a Domicilio

Finlandia ha puesto en práctica una iniciativa de prevención de la dependencia con el fin de ayudar a la población de avanzada edad en su propio domicilio en un momento anterior a que la persona reciba los servicios de asistencia y cuidado en el hogar disponibles a nivel general.

La administraciones locales y regionales finesas pusieron en marcha en 2001 un proyecto llamado “Visitas Preventivas a Domicilio”, que finalizó en 2003 y en el que participaron 10 municipios. Se trata de que un profesional sanitario o asistente social realice una visita programada al domicilio de la persona mayor.

El segmento de la población al que estaban dirigidas dichas visitas estaba constituido por personas mayores que todavía no disfrutaban de atención domiciliaria. Las visitas se encontraban disponibles para personas mayores de 75 años, a las que se contactaba por escrito en primer lugar, y a continuación por vía telefónica con la finalidad de establecer una cita. La duración de las visitas oscilaba entre 90 y 120 minutos.

Objetivos

El objetivo de estas visitas no era otro que el de ayudar a los ancianos a valerse por si mismos en su domicilio durante el mayor tiempo posible. Se realizaba una evaluación de las condiciones de vida en el domicilio del anciano, así como de su perfil físico, psicológico, social y cognitivo. Asimismo se evaluaban las posibles necesidades que pudiesen tener en un futuro, con lo que la administración municipal se preparaba para ofrecer los servicios que fueran a ser necesarios. Durante la visita, el anciano recibía información y consejos. Las visitas de este proyecto tenían lugar únicamente una vez por cada persona y seguían un modelo de entrevista. En algunos de los municipios que pusieran en marcha esta práctica también se empleaba un indicador de habilidad funcional y se centraban en tratar un tema en particular, por ejemplo seguridad y prevención de accidentes, equilibrio o ejercicio físico.

Los ancianos que participaron en este proyecto de visitas preventivas a domicilio expresaron su satisfacción con la misma, ya que aumentó su sensación de seguridad y la confianza en la administración municipal. Asimismo afirmaron que su deseo era el de permanecer en sus domicilios el máximo tiempo posible y recibir allí cualquier posible tratamiento. En 2007, 150 municipios fineses habían adoptado dichas visitas preventivas para ancianos.

Destaca en este proyecto que el segmento poblacional objetivo del mismo eran personas que no recibían de manera habitual asistencia en sus domicilios. Sin embargo, Finlandia también cuenta con otro buen ejemplo de un proyecto dirigido a

usuarios de asistencia domiciliaria que tiene el objetivo de evitar que las personas que disfrutan de dicho servicio desarrollen un nivel mayor de dependencia.

Usuarios del servicio de asistencia a domicilio. Detección de trastornos depresivos

La depresión es la enfermedad mental más frecuente entre las personas de más avanzada edad. Uno de cada cinco ancianos sufre depresión en un nivel lo suficientemente elevado como para considerarse enfermedad grave. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala a la depresión como el factor de riesgo principal de una discapacidad en las personas mayores (basándose en la idea de que la discapacidad es causada por una enfermedad o accidente, y considerando a la depresión dentro del primer grupo).

Además de un sentimiento de tristeza, los síntomas de la depresión incluyen apatía, falta de iniciativa, cansancio y problemas de memoria. El trastorno depresivo también puede tener efectos negativos en la recuperación de enfermedades físicas. Aquellas personas que padecen dicho trastorno son menos activas físicamente y pueden llegar a aislarse. La OMS también ha identificado como factores de riesgo para el desarrollo de discapacidades en ancianos un estilo de vida sedentario y un contacto social poco frecuente.

Se puede inferir, por tanto, que el trastorno depresivo no es únicamente un factor de riesgo que contribuye al desarrollo de discapacidades en dicho segmento poblacional, sino que además incrementa otros factores de riesgo, ya que las personas que lo padecen reducen su actividad física, así como la interacción social. Es por consecuente muy importante combatir el trastorno depresivo con el fin reducir el riesgo de discapacidad y dependencia. A pesar de ser evidente la influencia que tiene la depresión como factor de riesgo, en muchas ocasiones pasa desapercibido entre personas ancianas que lo padecen e incluso entre las personas que tratan con ellas.

Finlandia ha comprobado que los usuarios del servicio de asistencia domiciliaria se encuentran en riesgo de sufrir un cuadro depresivo, ya que la mayoría de los mismos son personas que superan los 65 años. Otros beneficiarios serían personas que padecen alguna discapacidad o que se encuentran en proceso de recuperación de un trastorno psiquiátrico.

El Proyecto de Atención Domiciliaria Integral (*The Home CareUmbrella Project*) se puso en marcha en Vantaa en el año 2006 y tenía como objetivo diseñar modelos de prevención, asistencia y cooperación para utilizarlos en servicios básicos, otorgando a los mismos un enfoque preventivo.

Para este proyecto se utilizó una escala del trastorno depresivo geriátrico basada en una puntuación de 15 respuestas a otras tantas preguntas planteadas, con el fin de determinar la presencia de dicho trastorno en personas mayores de 65 años. En el caso de que una persona obtuviese 6 o más puntos en un cuestionario de fácil respuesta, podría suponer un indicio de depresión. El proyecto determinó asimismo una serie de medidas preventivas para el segmento poblacional al que iba dirigido, entre las que se incluyó el desarrollo de información y actividades de grupo para familiares y cursos guiados para los pacientes.

En esta especie de colegio sobre la depresión se impartieron de 8 a 10 clases con profesores especializados en las que luego se asignaban tareas y redacciones para

realizar en casa. Se recogía a los ancianos en taxi y el emplazamiento de las clases se había elegido teniendo en cuenta las características del grupo objetivo, es decir, con un nivel bajo de ruido en las inmediaciones, cercanía a los aseos y facilidades de acceso para aquellos ancianos con movilidad reducida, entre otros elementos.

Uno de los beneficios de esta terapia de grupo fue que supuso un incremento de la interacción social. Una de las estrategias terapéuticas que tuvo una gran acogida fue el recuerdo y revisión de la vida de cada uno, lo cual ayudó a mejorar el equilibrio psicológico, aumentó la autoestima y ayudó a los participantes a otorgar sentido a sus vidas y solucionar conflictos del pasado. En los casos en que los asistentes a domicilio se encontraban con un caso de depresión más severo, éstos recibieron el apoyo de un enfermero con especialidad en psiquiatría.

Iniciativas similares

Además de Finlandia, Suecia y Dinamarca también han prestado atención a las visitas domiciliarias enfocadas en la prevención.

El estudio Nordmaling consistió en un ensayo controlado y aleatorio en el que participaron 200 pensionistas suecos. Al finalizar un periodo de dos años, este grupo se contrastó con otro grupo de control formado por 350 personas. Cada uno de los participantes del proyecto experimental recibió dos visitas preventivas cada año realizadas por dos profesionales: un enfermero del distrito y un asistente social.

Los resultados fueron muy satisfactorios. Del grupo de prueba se obtuvieron las siguientes conclusiones: 1) que la ansiedad disminuyó gradualmente, especialmente en las mujeres, 2) que el número de personas que sufría dolor constante o frecuente disminuyó, 3) que el porcentaje de personas que optó por vacunarse contra la gripe aumentó, 4) que disminuyó el número de personas internado en un hospital, residencia o que recibía asistencia domiciliaria; 5) que las visitas por urgencia al médico de cabecera fueron tres veces superiores en el grupo de control que en el grupo experimental, 6) que el número de fallecimientos en el grupo experimental fue la mitad del que se esperaba. Por tanto, el estudio Nordmaling demuestra que dedicar esfuerzos a la prevención merece la pena.

En Dinamarca, todas las personas mayores de 75 años tienen derecho a recibir al menos dos visitas a domicilio por año. Al igual que en Finlandia, el objetivo de las visitas en Dinamarca es asegurar la seguridad y el bienestar de los ancianos, ayudándolos a reconocer sus propios recursos, así como a conocer los servicios municipales de los que pueden disfrutar.

Oportunidades para España

Las intervenciones que hemos mencionado hasta ahora han mostrado su efectividad en otros países. El enfoque de los países nórdicos consistió en poner a prueba cada iniciativa en una muestra poblacional pequeña o en un pequeño número de

municipios. La financiación desempeña un papel crucial; en los países que hemos examinado las iniciativas fueron financiadas íntegramente por los municipios.

El estudio realizado en Suecia puso de manifiesto que las visitas a domicilio no sólo mejoran la salud y el bienestar de los ancianos, lo cual es un resultado significativo por sí mismo, sino que además son viables desde el punto de vista económico gracias a los beneficios producidos por el hecho de que las personas mayores reducen el número de ingresos en hospitales o residencias.

La formación de profesionales que prestan estos servicios a los ancianos y el conocimiento y acceso a las herramientas que les permitan llevar a cabo las valoraciones y reconocimientos necesarios, son elementos clave que habría que tener en cuenta si se optase por impulsar este tipo de iniciativas en España con el objetivo de reducir el número de personas dependientes.

Fuentes:

- [5.1-A], Hannele, N. and Vesterinen, A. "Best Practices in Finnish Healthcare". http://sendai-cyber.icr-eq.co.jp/program/program03/files/pgm03_05.pdf
- [5.1-B]Healthy Ageing, A challenge for Europe – (Chapter: Health Promotion for older people is cost-effective pp153) http://www.fhi.se/en/Publications/All-publications-in-english/Healthy-Ageing--a-Challenge-for-Europe/
- [5.1-C]Jarden, Mary E. and Jarden J. "Social and Health-Care Policy for the Elderly in Denmark". 2002. http://www.globalaging.org/elderrights/world/densocialhealthcare.htm
- [5.1-D] WHO Europe. "What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?". 2003. http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen/publications/pre2009/what-are-the-main-risk-factors-for-disability-in-old-age-and-how-can-disability-be-prevented
- [5.1-E] ILC Centre. "Ageing Health and Innovation: Policy Reforms to Facilitate Healthy and Active Ageing in OECD Countries". 2011. www.ilcuk.org.uk
- [5.1-F]European Commission. "Feasibility Study – Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union". 2003. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-03-004/EN/KS-CC-03-004-EN.PDF

5.2 Programas de Prevención de Caídas

Las caídas en las personas mayores representan un importante problema de salud, cada vez más reconocido y estudiado.

Las estadísticas ponen de manifiesto que cada año una de cada tres personas de 65 años en adelante sufre alguna caída, aumentando dicha cifra en un 40% para las personas mayores de 70 años. Entre los mayores de 65, las caídas son la causa principal de lesiones no mortales y de ingresos hospitalarios debidos a traumatismos, (tales como fractura de cadera o traumatismos craneales), los cuales pueden suponer un aumento de los fallecimientos a una edad más temprana. Asimismo, más de un 50% de la población sufre más de una vez al año, por lo que si tomamos en consideración éstas cifras, es fácil de imaginar lo elevado de los costes sanitarios y la gran repercusión económica que las caídas tienen sobre los presupuestos de salud.

Las cifras que acabamos de exponer son importantes ya que ponen de manifiesta la clara correlación entre la edad y la posibilidad de que se produzca una caída, por lo que podemos afirmar que la edad es un factor de riesgo significativo. Las caídas deben considerarse como una alerta o síntoma de que existe algún problema.

Las consecuencias de una caída en una persona mayor pueden ser devastadoras, ya que pueden derivar en dolor crónico, confusión o reducción de la calidad de vida, por lo que las caídas pueden conducir a una persona rápidamente a una situación de dependencia.

La buena noticia es que la realidad muestra que la mayoría de las caídas pueden evitarse. De hecho, los programas de prevención de caídas han mostrado su efectividad en la reducción del número de personas que las sufre. Teniendo en cuenta esto último, un gran número de países preocupados por este tema han puesto en práctica varios programas de prevención.

La metodología empleada en estos programas se repite continuamente: debido a que las caídas se producen por motivo de una combinación de factores de riesgo (de comportamiento, biológicos, medioambientales y socioeconómicos) se tendrá que actuar sobre todos ellos si se quiere tener éxito (los programas de intervención multifactorial que incluyen una adecuada evaluación de la población objetivo, asesoramiento y detección de los factores de riesgo parecen ser los más prometedores en este campo).

Sobre esta base, encontramos varios tipos de estrategias de intervención que se han empleado con diferentes grupos objetivos en una gran variedad de contextos.

Estrategias de intervención:

- Realizar ejercicio físico de forma regular: ayuda a mantener una buena salud y a reducir el riesgo de caídas. Entre los programas de ejercicio se incluyen el entrenamiento del equilibrio, la flexibilidad y la fuerza, para los que el Tai Chi suele ser muy beneficioso.

- Mantener una dieta equilibrada: incluso enseñar a racionalizar la ingesta de alimentos en lo que a cantidades se refiere, y evitar la ingesta excesiva de alcohol. Por ejemplo, una dieta rica en vitamina D es ampliamente recomendada.

- Control de la medicación: revisar y modificar la ingesta de medicamentos hasta alcanzar el tipo y la dosis adecuada con el fin de evitar los efectos secundarios y las interacciones que causen mareaos o somnolencia.

- Revisiones médicas (especialmente de la vista y el oído): al menos debe realizarse una al año, además de graduar la vista para maximizar la capacidad visual. Se recomiendan las intervenciones visuales.

- Se ha demostrado el beneficio que representa la recomendación y familiarización del uso de dispositivos tecnológicos de asistencia, tales como alarmas de cama, así como otros representados por bastones, andadores y protectores de cadera en conjunto con otras medidas.
- Modificación de riesgos ambientales; la reducción del número de riesgos en el hogar: consejos para convertir sus hogares en lugares más seguros.

- Asesoramiento e intervenciones en temas de calzado: atajar problemas relacionados con el uso inadecuado de algún tipo de zapatos, por ejemplo el calzado con poco tacón se recomienda para facilitar el equilibrio.

Situación en España

España tiene la segunda más baja tasa de caídas de Europa, aunque este hecho no debería convertirse en una excusa para ignorar la inversión en esta área.

Se han desarrollado diferentes programas hasta la fecha a nivel local y regional con el fin de evitar las caídas entre las personas mayores. La característica común de estas campañas, desde las más pequeñas hasta las más grandes iniciativas, es la divulgación de información y educación de la población sobre cómo prevenir las caídas. A veces ocurre que la información se encuentra disponible únicamente en internet, y una gran parte de la población no tiene acceso al mismo. Algunos ejemplos de estos programas son:

- El Proyecto **PRECAN**:fue desarrollado con la colaboración de tres fundaciones: IAVANTE, PFIZER y la Fundación Andaluza de Servicios Sociales hace cinco años. Se recogieron y grabaron en video algunas recomendaciones para evitar las caídas en personas mayores de 65 años.
  A partir de los resultados de una encuesta en la que participaron 1.500 personas, se analizaron las causas más frecuentes de las caídas y se explicaron las recomendaciones para evitarlas en un video. Además se distribuyeron folletos para mostrar cómo corregir distintos hábitos, como el calzado, el control de la medicación o los riesgos ambientales. También se trataron otras formas de reducir el riesgo de caídas, por ejemplo, promoviendo el ejercicio físico y aumentando las relaciones personales dentro de la comunidad.

  Se calculó que más de 800.000 personas podrían beneficiarse de esta iniciativa en Andalucía. La información se distribuyó a través de los centros de día, en residencias y en la red de servicios sociales.

- El Proyecto **PASOS FIRMES**que desarrolló la Fundación Objetivo 1 en 2009, en colaboración con la Consejería de Asuntos Sociales de Andalucía, tenía como objetivo principal reducir las caídas entre las personas mayores, para lo cual se ofrecieron consejos generales a los ancianos, cuidadores y familiares de los mismos con el fin de evitar dichas caídas.

- El **LEMA** o Laboratorio de Evaluación Multifuncional del Anciano impulsado por la Consejería de Sanidad de Madrid, y localizado en el Hospital de Getafe, supone un programa pionero en España en la detección de las causas que

producen las caídas y ofrece además una atención personalizada y adecuada para cada persona.
Esta iniciativa hace uso de los recursos más avanzados del Hospital, por ejemplo, para la medición de la calidad muscular, el análisis del sistema vascular o modificación de posturas inadecuadas. Asimismo también cuenta con un dispositivo innovador llamado GAITRite. Es un tipo de alfombra con electrodos que mide los aspectos espacio-temporales relacionados con la forma de andar de la persona que camina sobre ella. Algo similar a una sofisticada alfombra que recoge cada detalle: número de pasos, tiempo que se tarda en cubrir una distancia, la forma de apoyar los pies, la estabilidad... por lo que mejora, por ejemplo, el equilibrio.

Programas de Prevención de Caídas en Europa

Todos los países de la UE han desarrollado diferentes iniciativas en los últimos años preocupados por el alcance y las consecuencias de las caídas.
Asimismo, debemos destacar que la Comisión Europea ha financiado por su parte otros proyectos con el fin de apoyar a un gran número de entidades privadas y públicas en los distintos Programas Marco que se centran en este tema.

Se pueden distinguir dos tipos de intervención dependiendo del país en cuestión: en algunos países se han empleado planes nacionales con el fin de crear un marco global en la prevención de caídas, mientras que otros países se han centrado en el desarrollo de programas locales.

Las incitativas adoptadas por los diferentes países también pueden clasificarse en los denominados programas “multifactoriales” (que actúan sobre diversos factores de riesgo al mismo tiempo) o en programas individuales (que actúan en un solo factor de riesgo).

A continuación se expone de iniciativas significativas en la prevención de caídas:

Iniciativas financiadas por la Comisión Europea (por medios de Programas Marco):

- **Red Europea de Prevención de Caídas (“Prevention of Falls Network Europe (PROFANE)”)**supuso la creación de una red temática de cuatro años de duración que comenzó en enero de 2003 y que fue financiada por los Programas Marco de la UE (1998-2002). Este proyecto tenía como objetivo mejorar y normalizar los procedimientos sanitarios al respecto, introduciendo en Europa buenas prácticas para reducir el número de caídas. En el participaron los 25 miembros de la UE, así como asociados al marco europeo quienes proporcionaron sus respectivos conocimientos en talleres, seminarios y conferencias en las que expertos y observadores pudieron intercambiar ideas para ponerlas en práctica y conseguir una intervención multifactorial efectiva.

  Dichos expertos se centraron principalmente en cuatro temas: 1) taxonomía y coordinación de los ensayos (creación de un una red de lugares de intervención para la prevención de caídas, facilitar tecnología a los participantes, impulsar los ensayos multi-centros en Europa); 2) evaluación y gestión clínica (impulsar enfoques prácticos y generalizados en la evaluación de personas mayores de acuerdo con el conocimiento de expertos en la materia); 3) evaluación del equilibrio (cooperación en la investigación, identificación de áreas, instrumentos y procedimientos en los que todavía es necesario seguir avanzando y alcanzar un consenso); y 4) aspectos psicológicos de las caídas (identificación de los factores psicológicos que contribuyen a las mismas, comportamiento de los ancianos o

desarrollo de índices de autoevaluación para la eliminación del riesgo de caída de cada persona, por ejemplo, la elaboración de un nuevo cuestionario Escala de Eficacia de Caídas ("Falls EfficacyScale (FES)") que ya se ha homologado en algunos países europeos.
La relevancia alcanzada por esta red social fue considerable: un gran número de publicaciones relevantes escritas por miembros de PROFANE, entre las que se incluye un documento esencial para aquellas personas que elaboran las políticas europeas (publicado por la OMS). Durante los cuatro años de duración, 2.000 personas de 30 países distintos pasaron a ser miembros de la comunidad web y se pusieron a disponibilidad del público un total de casi 1.000 referencias bibliográficas para descargar. En virtud de las recomendaciones de PROFANE, muchos países han adoptado nuevas estrategias a nivel nacional en la prevención de caídas.

- Proyecto **SMILING**: ("SelfmobilityImprovement in theElderlybyCounteracting Falls"): En este proyecto financiado por el Programa Marco VII de la UE (2007-2013), expertos de seis países comunitarios y no comunitarios (Italia, Países Bajos, Eslovaquia, Reino Unido, Israel y Suiza) se están volcando en el suministro de información como mejor sistema para la prevención de caídas. Con el fin de alcanzar dicha meta, están desarrollando un "calzado controlado por ordenador que simula cambios en la altura y pendiente del suelo sobre el que pisa el usuario al caminar de forma activa", de acuerdo con la definición que han ofrecido los expertos.

Se espera contar con a os potenciales de clínicas y hospitales geriátricos de Europa, así como 68.000 centros deportivos de ancianos.
Las investigaciones futuras van encaminadas a la mejora del prototipo en cuanto a peso y diseño se refiere, así como a su fiabilidad.
El producto final mejorará la capacidad de movilidad y funcionalidad en los segmentos de población objetivo prologando la vida independiente.

- La Investigación tecnológica: **SensAction-AAL**, financiada por la UE y desarrollada en Italia (por la Universidad de Bolonia), toma como base las nuevas tecnologías y consiste en un dispositivo de control inalámbrico colocado alrededor de la cintura que detecta si las personas han sufrido alguna caída. Si el sensor del dispositivo detecta una caída, se envía una señal de alarma a los servicios de emergencia o a los familiares mediante SMS, correo electrónico o Bluetooth. El sistema también puede usarse para asistir a aquellas personas que se encuentren en un programa de rehabilitación animándolas a llevar a cabo los ejercicios que se les haya prescrito. Se ha probado con pacientes de Parkinson en lugares diferentes en los Países Bajos, Alemania e Israel, con resultados muy satisfactorios.

Iniciativas en Países de la Unión Europea

- **Políticas Nacionales y Directrices en el Reino Unido:** el Servicio Nacional para Mayores ("TheNationalService Framework forOlderPeople, NSF)(2001) tiene como objetivo reducir el número de caídas que entrañen lesiones graves, resaltando la importancia de la cooperación entre los servicios sanitarios y de asistencia locales.

Se presentó como parte de dicho programa marco una estrategia con fecha límite para su puesta en marcha que pretendía reducir las lesiones causadas por caídas, como parte de la práctica médica que se lleva a cabo con ancianos.El Instituto Nacional de Excelencia Médica (“TheNationalInstituteforClinicalExcellence” (NICE)) publicó una serie de pautas clínicas para su aplicación en los servicios sanitarios de Inglaterra y Gales en cuanto a la evaluación y prevención de caídas en los ancianos (2004). Dichas pautas recomiendan una evaluación de riesgo multifactorial realizada por un profesional cualificado.

Una de las mejores guías que se han elaborado hasta la fecha es Guía de Mejores Prácticas en asistencia domiciliaria en Cuanto a la Prevención y disminución de Caídas y Facturas (2010)elaborada por los servicios sanitarios de la región East Midlands, en la que se explican algunos puntos significativos relativos a las caídas y orientados a las personas encargadas de la atención domiciliaria: estrategia de prevención en el hogar, procedimientos de evaluación para la identificación de residentes en riesgo, formación para la plantilla, evaluación ambiental, apoyo a los residentes, sistemas de control y seguimiento y aprendizaje de las caídas.Existe un título nacional de fisioterapeutas e instructores avanzados de ejercicio físico que asegura la fiabilidad y efectividad de los tratamientos de rehabilitación. Asimismo también existe un programa de capacitación interactivo orientado a especialistas en geriatría u otro tipo de profesionales sanitarios en cuento a la evaluación de caídas, denominado en inglés “Off hislegs”.

- **Ensayo de Prevención de Caídas en Ancianos** (“Prevention of Falls in theElderly Trial” (**PROFET**)):se puso en marcha en Londres y proporciona una evaluación médica de todos los factores de riesgo y ofrece recomendaciones sobre cómo reducir específicamente los factores de riesgo en el hogar.
  La población objetivo son personas mayores que han sido hospitalizados por causa de una caída. Se proporcionan dos evaluaciones: una médica (en el hospital) y otra en el domicilio (durante una única visita) con el fin de detectar problemas relacionados con el equilibrio, cognición, medicación, agudeza visual, incluso de índole depresiva en la determinación de aquellos factores que propician las caídas. El programa proporciona recomendaciones, información y modificaciones para aumentar la seguridad en el hogar (tales como barandillas, agarraderas, inodoros elevados, etc.).
  Al cabo de doce meses, aquellos que formaron parte del grupo de intervención eran un 60% menos proclives a sufrir una caída y un 67% a sufrir varias, en comparación con aquellos que no formaron parte de la intervención.
- La Federación Francesa de Deporte para Todos, promovida por el Ministerio de la Juventud, Deporte y Vida en Comunidad, creó el**Programa de Equilibrio Dinámico Integrado (Pie)**, con el fin de prevenir las caídas entre aquellas personas mayores de 65 años (2005-2008). El objetivo del programa era permitir que aquellos ancianos que se preocupan por su salud pudiesen participar en tablas de ejercicio concebidos para prevenir las caídas. Dichas intervenciones se llevaron a cabo en 13 regiones piloto. Este programa multifactorial incluía ejercicios físicos, talleres sobre prevención, factores clave de riesgo y ejercicio de mantenimiento en el domicilio. En la primera sesión se incluían evaluaciones validadas y en la última sesión se comprobaban las mejoras en el equilibrio.
  Más de 7.000 personas (de Nivel GIR 5 y 6 en la escala de AGGIR, la escala francesa que determina el grado de dependencia de personas ancianas) participó en este programa.
- **Programas de Prevención de Caídas en Alemania**(2002-2005)dentro de la financiación sanitaria más cuantiosa que se ha realizado hasta la fecha. La población objetivo englobó a más de 60.000 personas en el sur del país. La

temática de los programas incluía el equilibrio, la actividad física, información y recomendaciones para evitar riesgos en el domicilio (programa multifactorial).

- **Programa de Caídas-Golpes** (Equipo de Intervención en el Domicilio) ("Falls-Hit"):se llevó a cabo e una ciudad alemana de tamaño medio y se basaba en visitas a domicilio con el fin de determinar riesgos ambientales que pudiesen repercutir en el aumento de las caídas, ofrecía asistencia con las modificaciones en el domicilio y proporcionaba entrenamiento para la habituación a dispositivos de seguridad y de movilidad. Los participantes de este programa eran adultos que habían sido hospitalizados por causas no relacionas con caídas, a los que se les dio el alta pero que presentaban un descenso de la capacidad funcional, especialmente en la movilidad. Para completar el programa eran necesarias de dos a tres visitas (el equipo estaba compuesto por un fisioterapeuta, un profesional de la terapia ocupacional, enfermeros y un asistente social). La tasa de caídas se redujo en un 31%.

- En Dinamarca, se introdujo otra estrategia multifactorial, en la que un programa de salud para personas mayores de 65 años redujo la tasa de ruptura de extremidades inferiores. Información escrita, visitas al domicilio y reuniones de grupo fueron los recursos que se utilizaron para la misma y se calcula que entre un 60%-70% de los ancianos se benefició de esta estrategia, produciéndose una disminución del 33% en la fractura de extremidades inferiores.
- En Suecia, un estudio tiene intención de ir más allá en materia de prevención: un estudio reciente intenta demostrar la relación entre el número de caídas y la cantidad de horas de luz. La tasa de caídas varía de mes a mes y la duración media de horas de luz explica esta tendencia (la luz podría influir en los bioritmos). Las conclusiones de este este estudio ayudarán a desarrollar nuevas iniciativas de prevención en el país.

Conclusiones

En general, hemos visto que los programas de prevención de caídas en España se encuentra relativamente desarrollados, a pesar de que no exista un plan nacional de prevención por el momento, a diferencia de otros países en los que sí que existe un plan de este tipo con un tipo de atención multifactorial (prestando atención a diversos factores de riesgo al mismo tiempo) y que incluyen la coordinación de asistencia sanitaria y servicios sociales.

Las iniciativas centradas en un solo factor son las más comunes en España. Los programas multifactoriales casi siempre los desarrollan asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro (en colaboración con el gobierno local o regional). Debido al hecho de que la lista de servicios disponibles en una región varía con respecto a otra, la definición y normalización de los mismos entre las comunidades debería ser una prioridad (definición de un marco común).

De acuerdo con la experiencia en otros países, para que cualquier estrategia de prevención sea efectiva, debe contener distintas iniciativas al mismo tiempo, en lugar de poner en práctica programas para prevenir un sólo factor de riesgo de las caídas.

En cuanto a las nuevas tecnologías aplicadas en la prevención de caídas, en España se están desarrollando algunas iniciativas, la mayoría de las cuales se encuentran en fase piloto. De forma similar al programa introducido en Italia que se ha mencionado anteriormente, existe ya un dispositivo de sistema móvil dentro del proyecto Caalyx

(véase la información más detallada en el capítulo 5.4. Prevención mediante la Tecnología).

Fuentes:

- [5.2-A] World Health Organization. "Global Report on Falls Prevention in Older Age". WHO Ageing and Life Course, Family and Community Health. 2007.
- [5.2-B] World Health Organization. "What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?." 2004.
- [5.2-C] Skelton, D.A. and Todd, C.J, "Prevention of Falls Network Europe: a thematic network aimed at introducing good practice in effective falls prevention across Europe." University of Manchester. 2007.
- [5.2-D] European Network for Safety Among Elderly (EUNESE). "Prevención de las caídas en las personas de edad avanzada".
- [5.2-E] Imserso Mayores. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/programas/basededatos/ja-proyectoprecan-01.pdf
- [5.2-F] Fundación PFIZER. "Proyecto Precan". http://www.fundacionpfizer.org/dossier_historico/compromiso_social/proyectos_apoyados/otros_proyectos_apoyados.html
- [5.2-G] Fundación IAVANTE. "Proyecto Precan". http://www.iavante.es/portal3d/accion_social/precan/esp/doc/IAVANTE%20FASS%20Y%20FUNDACI%C3%93N%20PFIZER%20PRESENTAN%20PRECAN%20PROGRAMA%20%E2%80%A6.pdf
- [5.2-H] Fundación Objetivo 1. "Proyecto Pasos Firmes". www.objetivo1.org
- [5.2-I] LEMA: Laboratorio de Evaluación Multifunciónal del Anciano. http://www.espormadrid.es/2010/08/laboratorio-de-evaluacion.html
- 5.2-J] Profane Project. http://www.profane.eu.org/
- [5.2-K] Prevention of Falls Network Europe. Review article. School of Nursing, Midwifery and Social Work, University of Manchester, Uk. Profane group, 2007.
- [5.2-L] Smiling Project.http://smilingproject.eu/
- [5.2-M] Fundación Vodafone. "Innovación TIC para las personasmayores: Situación, requerimientos y soluciones en la atenciónintegral de la cronicidad y la dependencia".
- [5.2-N] CDC Injury Prevention. Department of Health and Human Services USA "Preventing Falls: What works?". 2008.
- [5.2-O] La prevention des chutes chez les seniors une premiere en France. www.Cluseniors.com
- [5.2-P] Centers for Disease Control and Prevention National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC). "Falls among older adults: an overview". http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/falls/adultfalls.html
- [5.2-Q] Pam Turpin, Arup. "RNIB Care Homes Falls Prevention Project: a review of the literature". 2010.
- [5.2-R] European Commission. "Seventh Framework Programme". http://cordis.europa.eu/fp7/home_en.html
- [5.2-S] Falls in long term care Network. http://www.fallsinltc.ca/
- [5.2-T] Institute for Health Care Improvement (Massachusetts). http://www.ihi.org/Pages/default.aspx
- [5.2-U] Rizzo, J.A, and Baker, D., Mc Avay, G., Tinetti, Me. "The Cost Effectiveness of a Multifactorial Targeted Prevention Program for falls among Community Elderly Persons". Med Care. 1996.
- [5.2-W] Sattin, R.W. "Falls among older persons: a public health perspective". Annual Review of Public Health. 1992.

5.3 Trabajo Flexible, Jubilación Gradual, Aprendizaje Continuo

Este tema tan amplio no es tanto una iniciativa de prevención en sí misma sino más bien un conjunto de retos e ideas para mantener a los ciudadanos en una condición saludable. Considerado en un principio por el OECD para dar respuesta a una esperanza de vida cada vez mayor y en consecuencia una edad de jubilación más tardía, también puede aplicarse como una iniciativa de prevención para la personas dependientes.

Los elementos principales del tema son:

- Las personas deberían trabajar de acuerdo con sus capacidades (flexibilidad y jubilación gradual);
- Se debería aplicar el concepto de aprendizaje continuo, incluso en edades avanzadas.

Algunas empresas europeas ya están poniendo en práctica estas ideas, por ejemplo:

- Voestalpine, una empresa austríaca dedicada a la producción de acero ha introducido el concepto de “Fórmula 33”, que implica que todos los empleados pueden disponer de 33 horas (alrededor del 2% anual de las horas de trabajo) por año para la formación en el puesto de trabajo, cerca del mismo o fuera de él. Incluso los empleados que deciden jubilarse reciben éste periodo de formación.
- El grupo BMW, fabricante de coches alemán, ha comenzado un programa denominado “Hoy para Mañana”, en el que las condiciones de trabajo se mejoraron y los empleados pueden crear su propio horario de trabajo de forma más flexible con hasta 20 días adicionales de vacaciones al año (con la respectiva reducción salarial), un máximo de 6 meses de excedencia o trabajo compartido, así como jornada parcial de forma definida o indefinida.
- La KSB, otra empresa alemana, elaboró un cuestionario con los empleados de más edad y mejoró en consonancia con los resultados del mismo la situación laboral de estas personas. Los empleados de más de 55 años reciben una

revisión médica gratuita una vez al año y pueden cambiar el horario de trabajo; los empleados mayores de 63 años cuentan con más días de vacaciones al año.

La idea original de ayudar a los empleados y mantener su valor en la empresa hasta que se jubilan puede también entenderse como una iniciativa de prevención. Las personas mayores que mantienen un "aprendizaje continuo" y ofrecen su experiencia de manera voluntaria se sentirán motivados. Existe un componente social importante que evita la soledad en edades avanzadas, así como un componente intelectual que mantiene a los ancianos activos mentalmente.

La Comisión Europea lanzó en el año 2000 un programa llamado **Grundtvig** que se ocupa del aprendizaje práctico en adultos. Además de recoger objetivos habituales como aumentar el número de personas mayores activas laboralmente, el Programa Grundtvig también intenta mejorar las condiciones de movilidad y desarrollo de prácticas educacionales en adultos. El Programa ofrece la posibilidad de realizar un intercambio y de cooperar entre distintos proyectos para ancianos a nivel Europeo.

Situación actual en España

A pesar de que el aprendizaje continuo y el voluntariado es ya un tema de debate en España, no se han encontrado referencias directas sobre este tema con el objetivo último de prevenir la dependencia. Parece que son las universidades las principales instituciones que se ocupan de este tema y que actúan como generadoras de nuevas ideas.

El Instituto de Biomecánica de Valencia está llevando a cabo un proyecto denominado **AWARE** por el que se está desarrollando en la actualidad una red asentada en una plataforma telemática para personas mayores y jubilados, cofinanciada por el programa europeo de acción conjunta AAL (en el que participa España, Alemania, Italia y Reino Unido). Este proyecto se encuentra representado en España por el municipio de Gandía.

AWARE tiene como objetivo adaptar los servicios de las redes sociales (chat, blogs, Facebook etc.) a las necesidades de los trabajadores de edad avanzada y personas jubiladas activas mediante servicios específicos para ellos. Los beneficios de la Plataforma-AWARE que resultarían gracias al Proyecto son**:**

- Mantener a los ancianos activos tras su jubilación y por tanto promover una vejez activa.

- Crear comunidades web de personas jubiladas en las que se pueda intercambiar experiencia, habilidades y conocimientos.
- Responder a las tendencias que marcan los trabajadores mayores, manteniendo su actividad mental y económica activa.
- Asistir a las empresas durante el trámite de la jubilación. Los beneficios derivados de la utilización de tecnología desembocarán en la posibilidad de mejorar el intercambio de conocimientos así como el mantenimiento de la relación con el trabajador tras producirse su jubilación.

En referencia al mencionado anteriormente Programa Grundtvig, comentar que el OAPEE (Organismo Autónomo de Programas Educativos Europeos), una agencia

nacional del Ministerio de Educación, es la entidad responsable del Programa EC-Grundtvig en España.

Ejemplos en otros Países Europeos

Existen también otros programas de aprendizaje continuo en otros países que no se encuentran gestionados por empresas sino que están cofinanciados por la Comisión Europea:

- Aprendizaje mediante Voluntariado para Mayores (Eslovaquia y Hungría):
  Este proyecto de intercambio de voluntarios mayores entre asociaciones de Eslovaquia y Hungría se centra en mejorar el aprendizaje continuo y el diálogo intergeneracional.

  A seis voluntarios de cada país se les asigna una asociación de acogida donde tienen la oportunidad de compartir su experiencia con gente de diferentes edades. Además de proporcionar una experiencia enriquecedora para los participantes, también intenta eliminar todos aquellos prejuicios fundamentados en la edad o nacionalidad.

- La Voz de los Mayores Europeos (Rumania y Portugal):
  Este proyecto de intercambio para mayores se lleva a cabo entre dos asociaciones de distintos países: Rumania y Portugal. Los voluntarios de cada uno de ellos aprenden cómo pueden utilizar su experiencia y conocimientos para realizar una contribución importante como ciudadanos activos de Europa. El proyecto se centra en aumentar el entusiasmo y motivación de los voluntarios mayores, mejorando su calidad de vida y enorgulleciéndose de las contribuciones que realizan para la comunidad. Los voluntarios organizan eventos sobre el aprendizaje junto con grupos objetivo de áreas con problemas sociales y económicos.

Oportunidades para España

Siguiendo este concepto, los municipios de España podrían ofrecer un concepto de aprendizaje continuo a las personas mayores, tal vez en colaboración con las universidades o colegios. Por ejemplo haciendo uso del Programa Grundtvig de la CE, los municipios españoles podrían ofrecer programas informales de intercambio entre cuidadores experimentados y otros más noveles en Europa. Así, los cuidadores pueden aprender lo que se entiende por “buenas prácticas en cuidados” y a la vez conocer lo que tienen que hacer para evitar que ellos mismos entren en una situación de dependencia. Este concepto puede relacionarse con programas especiales como el programa de prevención de caídas, o con personas que siguen un aprendizaje continuo y que realizan como voluntarios las visitas domiciliarias (véase el capítulo 5.1 Visitas Preventivas a Domicilio).

Fuentes:

- [5.3-A] European Commission. "How to promote active ageing in Europe". 2011.
- [5.3-B] Villa, A. "VALUE: Spain National Report". 2009. http://www.observatoritercersector.org/pdf/recerques/Spanish%20report.pdf
- [5.3-C] AWARE Project, http://aware.ibv.org

5.4 Prevención mediante la Tecnología

Existen varias ramas de las denominadas Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC) aplicadas en el campo de la prevención de la dependencia y que se encuentran ya en un estado relativamente maduro.

Las aplicaciones principales en el ámbito de la tecnología pueden organizarse de la siguiente manera:

- Las **Telealarmas** se refieren a los servicios/equipos que permiten a las personas mayores realizar una llamada con un teléfono o dispositivo de alarma portátil a un centro de emergencias en caso de necesidad (como en una caída). Este tipo de tecnología también se conoce con el nombre de "teleasistencia de primera generación".
- La **Teleasistencia**, engloba una serie de mejoras en el concepto de servicios de telealarma. Los ejemplos más usuales son los sensores en el domicilio (por ejemplo, detectores de caídas, sensores de ocupación de camas y sillas, humo, gas e inundaciones) que alertan a los servicios de asistencia social en caso de que surja algún problema, así como otras aplicaciones de video-llamada y de asistencia remota.
- **Telemedicina** o telesalud hace referencia al uso de TIC en los cuidados sanitarios de personas mayores en su hogar, entre los que se incluye el teleseguimiento (presión sanguínea, nivel de glucosa, ECG, etc.), teleconsulta (por ejemplo en línea, por video teléfono o teléfono) y telerehabilitación (por ejemplo mediante videoteléfono), así como dispositivos de asistencia autónoma para el uso en el domicilio con el fin de realizar un seguimiento y control propio de sus estado de salud.
- La**Domótica** (Viviendas Inteligentes) hace referencia a un conjunto de controles ambientales, automatización en el hogar y sistemas de redes que las personas mayores pueden utilizar para prolongar su vida independiente en sus domicilios, entre los que se incluyen dispositivos para desplazarse de forma autónoma que puede ayudar a los ancianos, incluidas ayudas por ordenador u otras ayudas proporcionadas mediante comunicación electrónica, localizador de objetos y sistemas de recordatorio.

Iniciativas de Prevención relacionadas con la Tecnología en España

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006) define el uso de telealarmas y teleasistencia que intentan evitar ingresos hospitalarios innecesarios. El estado de estas aplicaciones en España se puede resumir de la siguiente manera:

Las telealarmas son una forma muy frecuente de tecnología y se encuentran disponibles en todo el país. Las principales entidades que las proporcionan son los

municipios regulados por las Comunidades Autónomas de España, quienes además subvencionan el servicio. Con respecto al pago/reembolso de las mismas, cada Comunidad Autónoma determina el precio del servicio de telealarma y los requisitos de los usuarios que pueden optar a ellas.

La teleasistencia también se encuentra disponible a nivel nacional, aunque en la práctica sólo se emplea en situaciones de extrema necesidad. La teleasistencia es una prolongación del servicio de telealarma y el servio se adjudica y financia de manera similar. Los servicios de teleasistencia se encuentran adjudicados de acuerdo con el grado de dependencia del usuario, más que según su edad. En caso de que el proveedor del servicio sea un organismo público, el coste de los servicios es el mismo que el de la telealarma.

La telemedicina o sanidad a distancia todavía se encuentra en una fase de desarrollo incipiente en España y la mayoría de las fases se encuentran aún en fase piloto. Los proyectos pilotos son los siguientes:

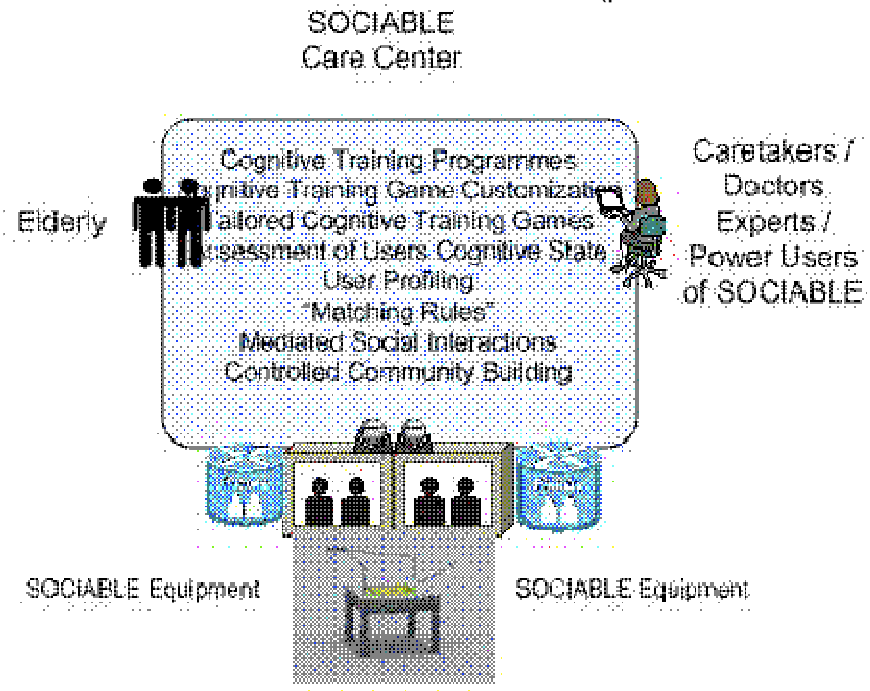
- **COMMONWELL** (Granada, 100 usuarios, coste 5,4 millones de euros): integra servicios de TIC, tales como control integrado de enfermedades crónicas (que incluye seguridad en el domicilio, recordatorio para actividades esenciales y apoyo de interacción social), así como otros servicios, tales como el seguimiento de constantes vitales y el servicio de información sobre traslados del domicilio al hospital y viceversa que proporcionan los servicios de emergencia.

- **DREAMING™** (Barbastro; 80 usuarios; coste 5,5 millones de euros): incluye un subsistema de seguimiento ambiental que detecta y avisa de cambios en los patrones de movimiento del usuario, así como un subsistema de seguimiento de la salud. Los servicios de seguimiento y alarma se ofrecen a partir de una combinación de dispositivos médicos y sensores ambientales, y un importante sistema de apoyo a las decisiones que es capaz de detectar situaciones de riesgos basadas en el perfil específico del individuo o en la categoría a la que pertenece el usuario, así como en una combinación de mediciones de sensor incluidas las tendencias durante un periodo de tiempo de determinado. También incluye servicios de videoconferencia adaptados a los ancianos, con una interfaz lo más sencilla posible: un apartado de televisión y un mando de infrarrojos que cualquier persona mayor es capaz de usar en su vida diaria.

- **RECUERDOS DURADEROS ("LONG-LASTING-MEMORIES")** (Zamora y Salamanca; 200 usuarios; coste 4,7 millones de euros): dispositivo que combina distintas TIC y ofrece un entrenamiento cognitivo (mediante programas informáticos de ejercicio mental), entrenamiento físico programado con apoyo motivacional individualizado mediante pantallas y equipo de entrenamiento y un Solución e-Hogar (que utiliza pequeños sensores que detectan movimientos anormales).

- **SOCIABLE** (viviendas Velluters; 40 usuarios; 4,6 millones de euros): SOCIABLE integrará, empleará y operará un servicio de TIC en red para la evaluación y refuerzo mental de acuerdo a ésta para los ancianos, mediante juegos y actividades placenteras para el entrenamiento cognitivo, mientras que al mismo tiempo se fomenta su faceta social en las redes y se activan las relaciones interpersonales en su día a día.

  SOCIABLE se ha concebido como un servicio que tendrá una gran influencia social, la cual podría elevar significativamente el valor de los servicios que se ofrecen en este momento para el cuidado de personas. Asimismo, se encuentra vinculado a un claro potencial empresarial de sostenibilidad y uso más extendido entre los cuidadores dentro del consorcio SOCIABLE (pero también fuera de él).



- **T-SENIORITY** (30.000 usuarios con poca interacción y 1.600 con alta interacción; 5,3 millones de euros) hará llegar los beneficios de la sociedad de la información a los ancianos a través de los canales de televisión digitales (wii).

  T-Seniority ofrece una combinación flexible de servicios al ciudadano y cuidados personalizados en red de acuerdo con las fuentes de TIC preferidas por el usuario, especialmente a través de televisión digital interactiva. El objetivo principal de T-Seniority es crear una combinación de servicios centrados en el usuario, basados principalmente en programas de asistencia para grupos sociales desfavorecidos.

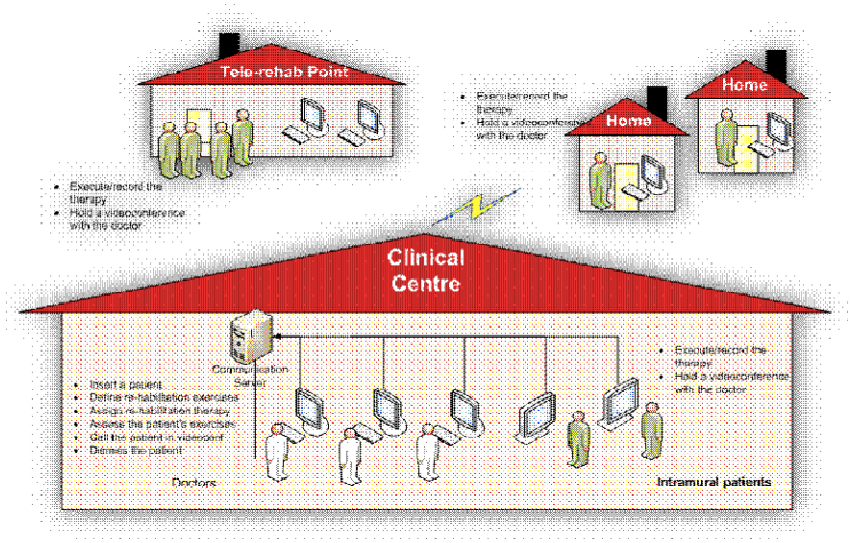
  Al centrarse especialmente en los ancianos y en aquellas personas que entran en esta edad, T-Seniority tiene como objetivo atender a un número diverso de cuidados en diferentes contextos (asistencia a domicilio, teleasistencia, servicios a través del móvil, telealarmas y servicios de enfermería).
  Este servicio utilizará la televisión digital, ya que ésta es el canal de comunicación más extendido y preferido por muchos. El uso de la televisión tiene como objetivo llegar hasta aquella parte de la población de difícil acceso, como aquellas "personas discapacitadas que se hacen mayores" y que puede que tengan un menor acceso a otro tipo de tecnología digital. El uso de la televisión digital también, podrá dar mejor respuesta a una población anciana cada vez más numerosa.
  La puesta en marcha T-Seniority Digital consiste por tanto en tratar de contribuir a la inclusión social mediante una medio tan generalizado como la televisión. Cualquier ciudadano o paciente que se encuentre sentado frente al televisor, y tenga en su mano un mando a distancia, podrá elegir entre muchos canales diferentes de servicios tanto públicos como personalizados: comunicarse con familiares, amigos, compañeros de trabajo; hacer la compra, concertar reparaciones, citas, realizar la gestión bancaria en línea, y mucho más. Es decir, todos aquellos servicios que los usuarios capaces de navegar por internet pueden utilizar en un ordenador, estarán disponibles a través de la televisión digital.
  Los usuarios normales de televisión no tendrán que preocuparse de qué tipo de tecnología hace funcionar los servicios de T-Seniority en el domicilio, ya que no tendrán ni siquiera que conocerla. Pueden acceder directamente al servicio y llevar a cabo diversas actividades de interés y beneficiosas para ellos. Por ejemplo, comunicarse con los hijos simplemente seleccionándolos al pulsar sobre su foto en la pantalla de televisión, o mediante el mando a distancia.

  Se espera que al utilizar un dispositivo, en este caso un televisor, que el público conoce y al que está acostumbrado, la curva de aprendizaje será más reducida y la confianza que se necesita para creer en ellos ya existe de antemano.

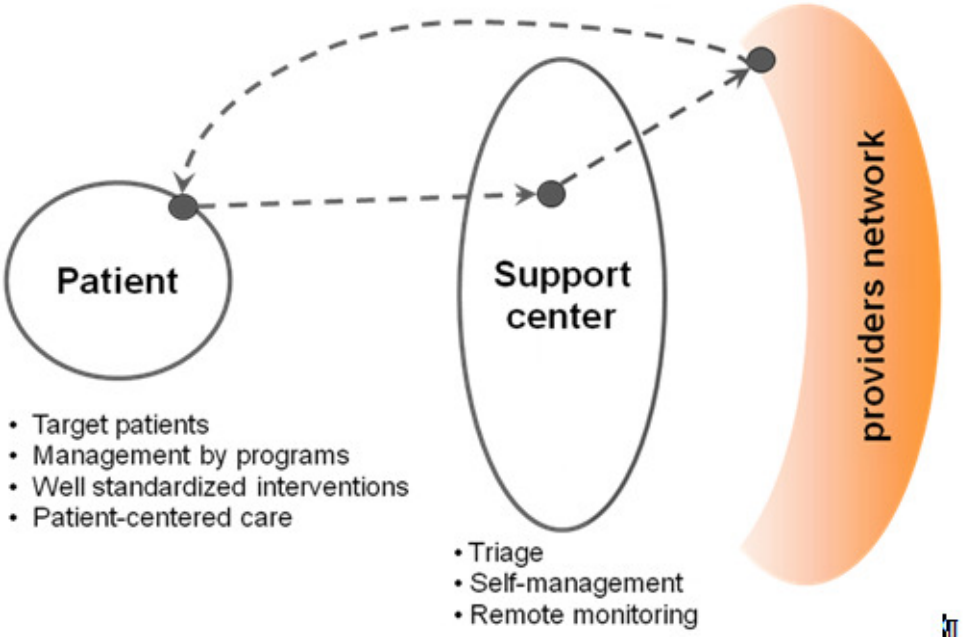
- **CLEAR**(250 usuarios; 5,6 millones de euros): servicios de salud en red basados en el desarrollo de protocolos concebidos para la rehabilitación y las terapias de control del dolor crónico, que pueden ponerse en marcha en el propio domicilio mediante procedimientos que sigan las pautas de control establecidas por especialistas médicos.
  Dicho servicio podrá mejorar la calidad de vida de los pacientes (disminuyendo la necesidad de los mismos de acudir a centros de salud) y mejorará la efectividad y el uso de recursos en los centros de salud (aumentando la capacidad de tratar a más pacientes al mismo tiempo).
  La idea de este servicio consiste en orientar a los profesionales sanitarios hacia la reducción del tiempo empleado por paciente y en consecuencia, poder ahorrar

dinero.

El proyecto mejorará el uso de los servicios sanitarios y optimizará los recursos a través de una plataforma europea de desarrollo de “protocolos de tratamientos en el domicilio”. Dicha plataforma ofrecerá a los profesionales sanitarios diferentes herramientas que ayudarán a los médicos a definir y asignar los tratamientos de tele-rehabilitación que necesita cada paciente, evaluar hasta qué punto se han seguido estos tratamientos y controlar su estado, así como la satisfacción de los pacientes, permitiendo la comunicación con ellos al mismo tiempo.



- **NEXES**(Barcelona, coste 4,8 millones de euros): servicios de asistencia para pacientes crónicos basados en intervenciones estructuradas orientadas hacia la prevención y la asistencia social y sanitaria. Lo servicios investigados en los distintos estudios del proyecto NEXES se encuentran relacionados con el modelo conceptual de asistencia integrada que se muestra a continuación:



En el modelo de asistencia integrada, el papel del paciente se sitúa en un lugar privilegiado, por lo que dicha asistencia se organiza entorno a sus necesidades. Desde una óptica organizativa, esto implica una gestión guiada por programas en el que se establecen intervenciones estandarizadas para los pacientes objetivo. Normalmente existe un centro de apoyo que actúa como punto de referencia para el paciente y que ofrece respuestas a necesidades inesperadas. Desde dicho centro es posible activar y coordinar a los proveedores de servicio que se encuentren en el sistema y por tanto, se puede ofrecer el servicio de asistencia sanitaria de una forma más efectiva. En general, la demanda en cuanto a la coordinación y el intercambio de información ocupan un lugar destacado en el modelo. Las soluciones de TIC son esenciales para permitir que se lleve adelante este proyecto.

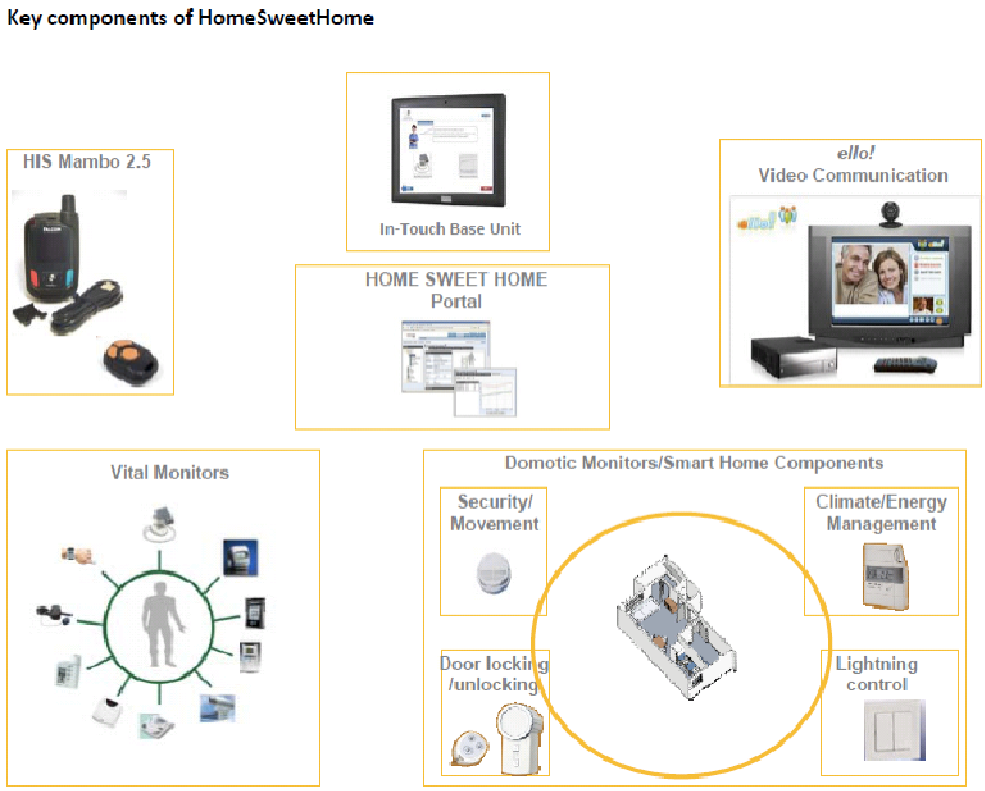
- **CAALYX**(Vilanova i la Geltrú; 10-20 usuarios; coste 3,9 millones de euros): consiste en un Experimento de Vida Cotidiana Asistida por el Entorno, coordinado por Telefónica Investigación y Desarrollo España.
  En este proyecto, se ha desarrollado un sistema prototipo que consiste en un sistema de control del domicilio, un sistema móvil o itinerante de control y un centro de asistencia con especialistas.
  El sistema móvil es capaz de captar cinco señales viales diferentes, así como de detectar caídas. Los datos se transmiten al centro de asistencia, para que los médicos puedan tener acceso a los mismos, así como los especialistas o los familiares dependiendo de las circunstancias individuales.
  La tecnología GPS se utiliza para localizar a los ancianos en caso de emergencia. Toda la información de los pacientes se encuentra encriptada y a pesar del continuo control, se mantiene un protocolo de privacidad. Debido al hecho de que los ancianos no presentan una habilidad tan acuciada en los dedos como en el caso de los jóvenes, los socios de CAALYX decidieron utilizar la televisión como interfaz de comunicación para realizar videoconferencias con el equipo médico y los familiares, a la vez que una versión adaptada del mando para Nitendo Wii que opera el sistema en el domicilio.

El sistema también permite a los médicos determinar qué constantes vitales deben medirse, así como identificar “los valores que se consideren motivo de alarma sanitaria”.

- **HOGAR DULCE HOGAR (“HOME-SWEET-HOME”)** (15 usuarios; coste 4,9 millones de euros): consiste en medir el impacto real de las medidas de control y seguimiento, del entrenamiento cognitivo y de la introducción de los servicios basados en las nuevas tecnologías de red, sobre la calidad de vida de las personas mayores, así como el coste social y la asistencia que se les presta analizando toda una serie de indicadores sociales.

  El control y la gestión de alarmas analiza en tiempo real los datos recogidos por sensores médicos y ambientales, detectores de caídas y sistemas de geo-posicionamiento. Se establecen pautas de comportamiento estables para cada individuo y los cambios significativos y repentinos hacen saltar la alarma.
  Se utiliza un tipo de videoconferencia intuitiva a través de la televisión y en todo caso de fácil acceso y uso para aquellas personas que no se encuentren familiarizadas con las nuevas tecnologías.

  La domótica y los programadores diarios ayudan a los ancianos a organizar sus actividades diarias, y a “manejar” su domicilio a pesar de los crecientes impedimentos tanto mentales como físicos que puedan ir apareciendo.
  Existe un sistema de navegación lleva a la persona que se ha perdido al punto de seguro más cercano. El entrenamiento cognitivo se ha integrado a través de juegos basados en la tecnología adaptativa-cognitiva. La complejidad de los ejercicios se ajusta al rendimiento y nivel mental de cada usuario.



- **BEDMOND** (consorcio formado por Ibernex, Ingema, y Robotiker-Tecnalia en España; coste 2,4 millones de euros)
  El proyecto BEDMOND tiene como objetivo desarrollar un sistema basado en TIC para facilitar un diagnóstico temprano del Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas en aquellos ancianos que residen en su propio domicilio.

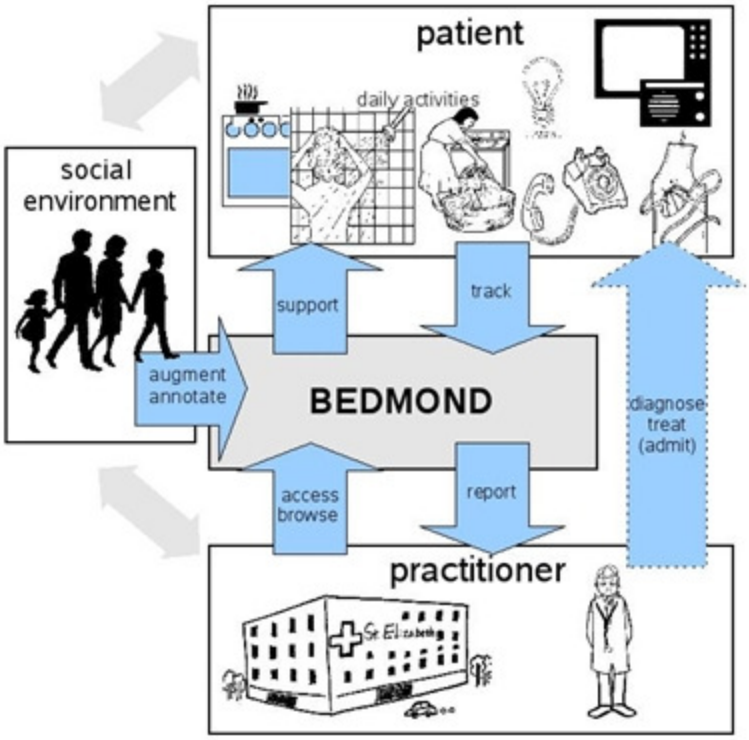
  Gracias al diagnóstico temprano, los profesionales sanitarios pueden prescribir un tratamiento también temprano que ayudará al anciano a vivir de manera independiente en su propio domicilio durante el mayor tiempo posible ante de que haga aparición el Alzheimer.

  El perfil del usuario se configurará en un estado inicial (periodo de entrenamiento) y a continuación se utilizará éste como referencia en contraste con el comportamiento del anciano a lo largo de todo el día. Los resultados de dicho contraste generarán una información que los médicos utilizarán a la hora de determinar de forma temprana la aparición del Alzheimer.

  Toda la información que se reúna mediante el sistema BEDMOND, recogida de forma inicial mediante una red de sensores colocados en el domicilio, se procesa como pautas de reconocimiento de actividades diarias y se ordena a través de un mecanismo basado en reglas (en el que el médico desempeña un papel crucial), para más tarde sea presentado al experto en medicina para que determine si, a la luz de dicha información, actividad por actividad, los cambios de comportamiento que se observen puedan apuntar a un deterioro cognitivo incipiente o simplemente se trate de una desviación ocasional.

  Tras el diagnóstico, el médico prescribirá al anciano el tratamiento farmacológico pertinente y el sistema BEDMOND continuará controlando el comportamiento del usuario con el fin de asegurar que el tratamiento en curso surte efecto retardando la aparición del Alzheimer.
  Al mantener la autonomía de la persona, también se preservarán la autoestima y autodeterminación de la misma. Por tanto el sistema constituye tanto una herramienta de apoyo para los profesionales sanitarios para facilitar el diagnóstico temprano de enfermedades neurodegenerativas en ancianos, como una herramienta para poder posteriormente controlar la evolución del usuario una vez que se encuentre en tratamiento durante la fase inicial.

  El sistema de control debería usarse como un sistema de apoyo para los profesionales sanitarios para la toma de decisiones durante el proceso de declive cognitivo, con el fin de decir qué tratamiento (mayormente farmacológico) en la fase inicial permitirá que los ancianos puedan permanecer el mayor tiempo posible en condiciones de dependencia en su propio hogar, que formaría parte de un marco gestionado virtualmente.



- **SALUD EN EL HOGAR** (**"Health at Home H@H"**), (con socios de la UE procedentes de Italia, Eslovenia y España; coste 3,0 millones de euros):
  El objetivo de este proyecto consiste en solucionar problemas relacionados con la provisión de servicios sanitarios para las personas mayores afectadas por enfermedades crónicas del corazón, proporcionándoles sensores que deberán llevar para permitir el control cardiovascular, así como de los parámetros respiratorios, y al mismo tiempo, facilitar que el equipo médico controle la situación a distancia y pueda actuar en caso de necesidad mediante la participación de entidades pública y privadas.

- **ESCÚCHAME, SIENTEME** (**"HearMeFeelMe"**) (Finlandia y España; coste 2.2 millones de euros): las discapacidades visuales son inevitables durante el envejecimiento, ya que la fisiología de los ojos cambia con el tiempo al perder el tejido ocular su flexibilidad inicial, por sufrir las consecuencias y daños provocados por la vida diaria, por las condiciones de salud (como la diabetes o la tensión arterial).

  El proyecto Escúchame, Siénteme explora la posibilidad de compensar el deterioro de la vista con la tecnología móvil, sustituyendo la información visual y textual por información sonora (Escúchame) y usando interfaces táctiles para acceder a la información (Siénteme - Tócame).

- **ESPERANZA** (Grecia, Italia, y España; 2,2 millones de euros): plataforma integrada para el apoyo de ancianos con Alzheimer para una vida más independiente.

- **EXCITE**(Italia, España, Suecia; coste 2,9 millones de euros): equipamiento robótico móvil con cámara web, micrófono y pantalla para ayudar a los ancianos. La plataforma de referencia es un robot móvil denominado Giraff. Este es un robot móvil de la altura de una persona, controlado a distancia y que lleva integrado un sistema de videoconferencia (incluida una cámara, una pantalla, un altavoz y un micrófono). Se accede y controla Giraff a través de un ordenador/portátil corriente conectado a internet, usando una aplicación con el nombre de “piloto”, que puede descargarse de forma gratuita.

  ExCITE pretende permitir que los ancianos permanezcan en sus domicilios, permitiendo que sus familiares y cuidadores mantengan un grado de comunicación e interacción más elevado con ellos. Desde el punto de vista de la Red Internacional de Documentación sobre los Derechos Humanos, ExCITE ataja un problema de difícil solución: trasladar los experimentos de laboratorio a la vida real con personas reales.

  Los resultados experimentales más conocidos en la investigación robótica, se han obtenido mediante video o en condiciones de laboratorio restringidas y controladas. Por el contrario, Giraff, gracias a su fácil manejo y solidez técnica, permite una evaluación in situ a largo plazo, poco frecuente en la investigación robótica.

- **SI-SCREEN**(consorcio que incluye a FATEC, Tioman&Partner, Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV) y Servicios de Teleasistencia): se trata de desarrollar una pantalla táctil adaptada a las personas mayores con la idea central de apoyar la interacción social a través de las nuevas tecnologías.

  Al entrar en esta "web social", cada persona podrá gestionar todos los servicios disponibles desde una pantalla táctil (automatización del hogar, por ejemplo, la tele-asistencia o las ofertas de salud y ocio locales). De esta forma se construye un puente entre lo virtual y el mundo real a través de un dispositivo basado en imágenes multimedia adaptado a las necesidades del grupo objetivo.

  Los objetivos del proyecto son: simplificar, mejorar y facilitar la interacción social a través del apoyo a la comunicación orientada al usuario. Además, la información pertinente debe ser filtrada y el acceso a las ofertas locales deberá ser mejorado. La interacción social y un estilo de vida activo son clave para la salud y el bienestar en la vejez. Los efectos significativos sobre los factores que influyen en la prevención primaria, secundaria y terciaria son indiscutibles.

  Los nuevos estilos de vida y los efectos de la globalización tienen un impacto en la distancia espacial entre amigos, conocidos y la familia. La evolución de las tecnologías de la información está contrapuesta con la falta de uso de las mismas por el colectivo de personas mayores, por lo que si bien las redes sociales se están expandiendo a gran velocidad las personas de la tercera edad quedan a menudo excluidas de este fenómeno.
  Por lo tanto, simplificar y estimular la interacción social con la ayuda de las nuevas tecnologías de la comunicación y la inclusión en las redes sociales virtuales son de alta prioridad en este proyecto. El objetivo principal de este proyecto es desarrollar un nuevo producto que ayude a las personas mayores en tener más contacto social mediante el uso de la web social. Una interfaz fácil de usar motiva a las personas mayores a ser más activos y a mantener una comunicación más personal.

- **WE CARE** (Países Bajos, España, Irlanda y Finlandia): el objetivo principal del proyecto es capacitar a las personas mayores para adoptar con éxito el concepto de las redes sociales en su vida cotidiana. Las redes sociales pueden convertirse en una comunicación muy eficaz y vital y una herramienta de interacción social cuando la movilidad se reduce debido a la mala salud o discapacidad. El proyecto ayuda a la mejora de la autonomía de las personas mayores, por lo que es posible que vivan más tiempo en casa y mejorara su calidad de vida. Se desarrollará un servicio de Internet: WeCARE 2.0.

  Incluye calendarios en línea de fácil manejo y agendas para actividades, videoconferencia, blogs y foros. Se prestará especial atención a la privacidad y la autorización. El servicio se construirá utilizando las aplicaciones y prototipos existentes.

  El sistema tiene por objeto, entre otros, prestar apoyo a familiares y amigos que proveen cuidado informal. Como resultado, la demanda de atención profesional y los servicios sociales disminuye. El servicio engloba comunicación, coordinación e información, y ayuda a la gente a participar y a colaborar en las redes sociales, utilizando las tecnologías de adaptación gráfica de la interfaz de usuario centrada

en las necesidades y capacidades del usuario final que se puede implementar en varios tipos de hardware que van desde teléfonos móviles hasta muestras interactivas.
Las personas mayores y los interesados participarán en el proyecto para asegurarse de que WeCARE 2.0 se ajusta a sus necesidades y preferencias.
Las pruebas de los usuarios se llevarán a cabo en los Países Bajos, Irlanda, España y Finlandia. El proyecto tiene como objetivo poner de relieve cómo el sistema WeCARE 2.0 se puede adaptar fácilmente para satisfacer las necesidades y requerimientos de distintos grupos de usuarios y aumentar así las posibilidades de comercialización exitosa del sistema.

- **CANAL JUBILADO**: un canal de televisión digital interactivo para la promoción de la interacción social entre las personas de edad avanzada. CanalJubilado es un proyecto financiado mediante concurso 2 de Vida Cotidiana Asistida por el Entorno (AAL), cuyo objetivo es el desarrollo de un canal de televisión interactivo de protocolo en Internet (CANALJUBILADO) que no sólo proporciona a las personas de edad avanzada un método de interacción, sino también un único medio de acceso a la gama de actividades diversas en su comunidad, incluyendo la oportunidad de compartir conocimientos y experiencias, la posibilidad de participar en debates de actualidad, servicios de entretenimiento, talleres y grupos de discusión, independientemente de su ubicación geográfica. También se desarrollará e implementará un estudio de televisión integrado y un centro de producción de bajo coste y fáciles de usar que permitirán la radiodifusión impulsada por la comunidad.

Además de todos estos proyectos, existen algunos ejemplos de incorporación de la **telesaludo telemedicina** en varias regiones. En Cataluña, algunos hospitales han desarrollado servicios de “hospital en casa”.

También existen algunos programas de seguimiento a distancia disponibles o telemonitorización (como un servicio público) a través de centros de salud de Castilla y León, Extremadura y Castilla-La Mancha. Se pueden realizar consultas telefónicas a través de las Consejerías Regionales de Salud. La atención de dichas consultas se encuentra financiada con fondos públicos y se presta de forma gratuita. Estos servicios se han desarrollado recientemente y se espera que se sigan expandiendo.

Las consultas en línea también están posibles, aunque se centran más en el suministro de información y citas con el médico que en la obtención de un diagnóstico.

El **Plan AVANZA 2006-2011** establece un plan de trabajo en línea que incluye la telemedicina, consistente en acciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes, para reducir los costes, desarrollar la tele-consulta y el diagnóstico en lugares de escasos recursos y la conexión principal y especializada para el cuidado. El Plan Avanza se coordina en cada Comunidad Autónoma, de acuerdo con su estrategia regional para el desarrollo de estos servicios. Las Consejerías de Salud Regional de las Comunidades Autónomas ponen en marcha programas diferentes, con un enfoque principal en la información y la prevención.

En cuanto al campo de las viviendas inteligentes (**Domótica**), hay muchas tecnologías disponibles en una etapa madura de desarrollo. Sin embargo, su aplicación en los hogares, tanto los que se están construyendo y los que ya están construidos, es limitada y aparentemente ha habido poca atención directa al apoyo de la vida

independiente de las personas mayores a través de estas tecnologías. La instalación de la domótica se promociona desde diversas asociaciones, tales como CEDOM y ASIMELEC a través de la Comisión Multisectorial del Hogar Digital. También están proliferando portales web específicamente dirigidos al sector hogar inteligente, como Casadorno. Las viviendas inteligentes más avanzadas solo existen en forma de proyectos piloto, uno de los cuales se encuentra en la Comunidad de Madrid.

Iniciativas de prevención relacionadas con la tecnología en la UE

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

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

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

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

- **DUTCH DOMOTICS PROGRAMME**(Países Bajos) es una iniciativa en la que el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte holandés subvenciona proyectos que utilizan tecnologías domóticas para la vida independiente.

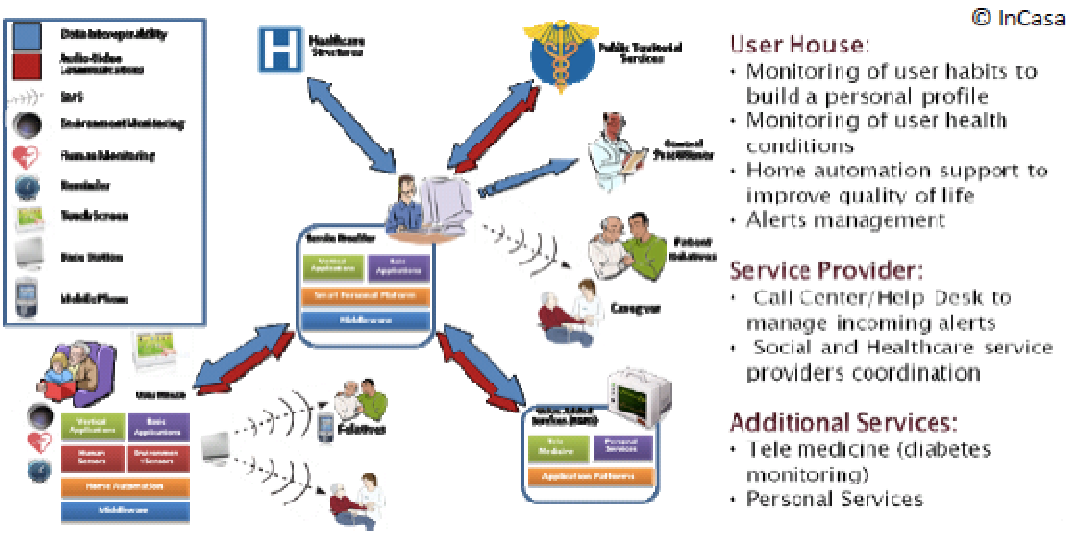
  El objetivo del programa es incorporar una amplia gama de tecnología relevante de vida independiente en el sector de viviendas equipadas. Hay varios tipos de soluciones tecnológicas que son aptos para obtener financiación, como los sistemas de teleasistencia, pero también los sistemas de automatización que permiten a la persona mayor controlar el entorno inmediato de su hogar (por ejemplo, sistemas de apertura automática de puertas, intercomunicadores y sistemas de control comunicados con los electrodomésticos); los sistemas que posibilitan el acceso a asistencia a petición en relación con las actividades de la vida diaria (como las comidas sobre ruedas y la atención domiciliaria, así como la integración social); y sistemas informáticos que apoyan la planificación de recursos

humanos, la logística y las funciones de administración general referentes a la prestación de servicios relativas a la asistencia sanitaria.

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

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

  El proyecto se encarga de la planificación de la actividad diaria, la coordinación de los servicios sociales y la asistencia sanitaria públicos, la implantación de servicios comunitarios especializados, y la protección de la privacidad.



- **GO-MY-LIFE** (Derby (Reino Unido), 11 ciudades de Polonia): desarrolla una plataforma de redes sociales móviles destinadas a cubrir las necesidades de los ancianos, permitiendo la interacción con sus colegas y familias, así como un fácil acceso a la información correspondiente según la zona geográfica.

  La arquitectura del proyecto se compone de una plataforma central que conecta distintas redes sociales a través de un middleware y orientada siempre a priorizar

la personalización, los requisitos de seguridad e integración, con una interfaz fácil y accesible.

- **TAO**(Red de la Tercera Edad): consiste en un consorcio de la Universidad de Berna, de la Universidad de Maastricht, de la Universidad de Ulm, Seniorweb en los Países Bajos y Suiza, Wikimedia y otros socios en Suiza.

  El proyecto tiene como objetivo desarrollar métodos y medidas para motivar a las personas mayores a participar en comunidades en línea y para fomentar la integración intergeneracional de estas comunidades, adaptando el diseño de las interfaces de usuario y las funcionalidades de las plataformas en línea a las necesidades específicas de las personas mayores.

- **SILVERGAME**es una aplicación multimedia basada en juegos, destinada a mejorar la conexión y la interacción social de las personas mayores con la sociedad.

  El enfoque del proyecto es proporcionar una plataforma central y un medio virtual que permita a las personas mayores compartir sus aficiones, como el canto y el baile, y les ayude a mantenerse en contacto con los miembros de la comunidad. El objetivo es la transferencia de estas interacciones virtuales en relaciones reales e inclusión social. Servicios adicionales como eventos reales en lugares cercanos ayudará a las personas mayores a mantenerse en contacto con el mundo real.

Conclusión

En general, hemos encontrado que las iniciativas relacionadas con las TIC en España se encuentran relativamente desarrolladas, especialmente en el campo de la tele-alarmas y la teleasistencia.

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

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

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

Fuentes:

- [5.4-A] ICT & Ageing – "European Study on Users, Markets and Technologies". http://www.ict-ageing.eu/
- [5.4-B] Ambient Assisted Living Association, "AAL Joint Programme Brochure", 2010, http://www.aal-europe.eu/projects/aal-brochure-2010
- [5.4-C] European Commission. "How to promote active ageing in Europe". 2011.http://ec.europa.eu
- [5.4-D] European Commission. "EU-funded deployment projects in the area of ICT for Ageing Well". 2011. http://ec.europa.eu
- [5.4-E] European Commission. "2009 Ageing Report". 2009, http://ec.europa.eu
- [5.4-F] Directorate for employment, labour and social affairs, health committee, "Ageing, health and innovation: policy reforms to facilitate healthy and active ageing in OECD countries". 2011. http://www.oecd.org/dataoecd/42/29/48148890.pdf
- [5.4-G] DREAMING Project. http://www.dreaming-project.org/
- [5.4-H] SOCIABLE Project. http://www.sociable-project.eu/
- [5.4-I] T-SENIORITY Project. http://tseniority.idieikon.com/
- [5.4-J] NEXES Project. http://www.nexeshealth.eu/
- [5.4-K] HOMESWEETHOME Project. http://www.homesweethome-project.be/
- [5.4-L] BEDMON Project. http://www.bedmond.eu/
- [5.4-M] HEALTH AT HOME Project. http://www.health-at-home.eu/
- [5.4-N] HEAR-ME-FEEL-ME Project. http://www.hearmefeelme.org/
- [5.4-O] EXCITE Project. http://ercim-news.ercim.eu/en84/special/long-term-evaluation-of-a-mobile-remote-presence-robot-for-the-elderly
- [5.4-P] SI-SCREEN Project. http://www.si-screen.eu/en.html
- [5.4-Q] WECARE Project. http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/wecare-20/
- [5.4-R] SENIORCHANEL Project. http://www.springerlink.com/content/g73508017w24x381/
- [5.4-S] INCASA Project. www.incasa-project.eu http://www.incasa-project.eu/downloads/deliverables/inCASA_D8.2.pdf
- [5.4-T] GO-MY-LIFE Project. http://www.gomylife-project.eu/
- [5.4-U] TAO Project. http://www.thirdageonline.eu/
- [5.4-V] Robot Dalen (RD). http://www.robotdalen.se/
- [5.4-X] Habilis Europe. http://www.habiliseurope.eu/

6. Conclusión

La ley de dependencia española es ambiciosa en su visión y también práctica en su aplicación. Los derechos y beneficios definidos en esta ley para aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia, se están aplicando gradualmente empezando por los casos de dependencia más graves, para luego abordar aquellos casos de dependencia más moderada.

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

El análisis de situación de los 12 países europeos seleccionados desarrollado en el tercer capítulo de este informe, demuestra que todos los países de Europa se enfrentan a los desafíos de una población que envejece, lo que supondrá un aumento dramático en el número de personas dependientes. Cuestiones de acceso, información, calidad y financiación son temas que suenan con fuerza en cada uno de los 12 países estudiados. No obstante, los países que invierten un porcentaje mayor del PIB en cuidados sanitarios de larga duración (Dinamarca, Finlandia, Suecia y los Países Bajos) son los citados con mayor frecuencia como ejemplo a seguir.

El hecho de que muchos países de Europa, entre ellos España, tengan que afrontar que su población de más de 65 años vaya a duplicarse durante las próximas cuatro décadas, provoca que la prevención de la dependencia se haya convertido y se convertirá en una necesidad muy real, es decir, en un objetivo fundamental
La promoción de la autonomía y el envejecimiento activo es ahora el objetivo común, tanto por sus implicaciones o consecuencias financieras y sociales.

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

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

En el capítulo quinto del informe, se han recomendado cuatro iniciativas que tal vez podrían tener un mayor recorrido en España. Éstas se conocen con el nombre de 1)

visitas preventivas a domicilio, 2) programas de prevención de caídas, 3) trabajo flexible / jubilación gradual / aprendizaje continuo, y 4) tecnología. Estas iniciativas han tenido éxito en otros países y podrían llegar a ser rentables en todos los sentidos en el caso español.

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

i) Financiación

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

ii) Cohesión

A muchos países les está resultando difícil coordinar la prestación de servicios entre los Ministerios de Sanidad, los Organismos de Servicios Sociales, las regiones o Comunidades Autónomas y los Municipios. España se enfrenta al mismo problema, lo que deriva en muchas ocasiones en que a la persona que necesita ayuda le es complicado conseguir la información que necesita.
Esto tiene como consecuencia que se produzcan diferencias entre las regiones en los servicios prestados y en la calidad de dichos servicios. Es más, los éxitos de una Comunidad Autónoma no son necesariamente compartidos con otras.

iii) A quién pertenece la prevención de la dependencia

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

iv) Por dónde empezar

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

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

A. Apéndice: Resumen de los Sistemas de Dependencia existentes en los Países de la UE analizados

	Situación legal	Servicios ofertados	Financiado por
Austria	Ley Federal de 1993; acuerdo entre el Estado y las provincias	Asignación (por estado) Servicios sociales (por provincia): - cuidados en instituciones - cuidados en el domicilio	Mediante impuestos 1,3% del PIB / 3.700 millones de euros
Dinamarca	Ley de los Servicios Sociales (y sus respectivas modificaciones)	Asistencia permanente en el domicilio o en residencia, normalmente gratuita	Impuestos locales y subvenciones globales del estado 1,8% del PIB / 4.300 millones de euros
Finlandia	Regulación por el Estado. Las Provincias se ocupan de la calidad y la accesibilidad	Asistencia gratuita en centros institucionales o en el domicilio	Impuestos municipales y nacionales 1,9% del PIB / 3.400 millones de euros
Francia	Ley Estatal de 1997; Estado responsable de mejorar los servicios (calidad y cantidad). Las provincias definen y planifican la política y financiación	Servicios de asistencia en residencias y en el domicilio; ayuda a cuidadores informales	Mixto: financiación mediante impuestos, contribución (seguridad social del empresario) y copago de familias. 1,5% del PIB / 29.000 millones de euros
Alemania	Ley Estatal de 1995; el Estado es responsable pero las provincias se encargan de las gastos de seguro y de los pagos	Asignación económica directa, residencias y centros de día. las residencias pertenecen al sector privado pero la calidad la controla el Estado	Basado en seguros; parcialmente público (pagado por el empresario y el empleado), parcialmente privado 1,0% del PIB / 25.000 millones de euros
Irlanda	No existe un marco legal específico	-Asistencia institucional - Apoyo prestado por la comunidad -Compensación económica para los cuidadores	Recaudación central de impuestos 0,9% de PIB / 1.400 millones de euros
Italia	No existe un marco legal, grandes variaciones entre regiones	- servicios sanitarios - compensación económica - servicios de asistencia social	Recaudación de impuestos y copago 1,7% del PIB / 26.000 millones de euros
Portugal	Red nacional para Cuidados Continuos Integrados de 2006	servicios sociales típicos, asignación económica directa únicamente para pensionistas	Ministerio de Sanidad y copago 0,1% del PIB / 200 millones de euros
España	Ley Estatal de 2006; el Estado regula aspectos generales y las Comunidades elaboran desarrollan Planes Regionales	Servicios de Prevención y promoción de la autonomía, teleasistencia, centros de día, ayuda a domicilio, residencias (servicio predomina sobre prestación económica)	Nivel básico fijado por el gobierno; Convenios entre Estado y Comunidades, Copago 0,7% del PIB / 7.400 millones de euros
Suecia	Ley de los Servicios Sociales promulgada por el Estado; las provincias elaboran el plan con las asignaciones	Ayuda independiente para cada persona a través de muy diversos servicios sociales; Cubiertos posibles gastos excepcionales de gran cuantía	Financiado con impuestos; 3,5% del PIB / 13.000 millones de euros
Países Bajos	Gobierno central dicta la ley; las provincias organizan la asistencia	Asistencia personal y de enfermería y ayudas económicas; Cubiertos gastos excepcionales	Impuestos y copago 3,5% del PIB / 21.000 millones de euros
Reino Unido	Green Paper de 2009 marco nacional. Variabilidad según municipalidades	Ayudas económicas; Residencias, ayuda a domicilio, centros de día, servicios en Comunidad	Impuestos estatales y locales, además de cargos al usuario 0,8% del PIB / 17.000 millones de euros