

Actas de Coordinación Sociosanitaria

Nº 34 / Jun. 2024

PREMIO CERMI 2020
en la categoría de Investigación
Social y Científica

Colaboran

Cristina Sorribes Fernández del Río, David Villaverde Benito,
Dolors Comas d'Argemir, Gregorio Rodríguez Cabrero, Jozef Pacolet,
Julia Montserrat Codorniu, Marta Mejías Trueba, Pablo Rubio Valor,
Joseba Zalakain, Pilar Rodríguez Rodríguez y Vicente Marbán Gallego.



Indexada en Dialnet y en revistas en consolidación AmeliCA.





caser
fundación

EQUIPO EDITORIAL

Huete García, Agustín - Universidad de Salamanca, España.

Hernando Ruiz, Mónica - Fundación CASER, España.

Consejo Editorial

Fernández Carro, Celia - Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Jiménez Lara, Antonio - Sociólogo. Independiente.

Lopera Murcia, Ángela María - Universidad de Antioquia, Colombia.

Manso Gómez, Coral - Psicóloga clínica. Independiente.

Morales Romo, Noelia - Universidad de Salamanca, España.

Muyor Rodríguez, Jesús - Universidad de Almería, España.

Notario Pacheco, Blanca - Universidad de Castilla-La Mancha, España.

Consejo Asesor

Cobo Gálvez, Pablo - Experto en políticas de dependencia, España.

Comas Herrera, Adelina - London School of Economics and Political Science, Reino Unido.

Expósito Mora, Ángel - Cadena COPE, España.

García Calvente María del Mar - Escuela Andaluza de Salud Pública, España

Martínez Rodríguez, Teresa - Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, Principado de Asturias, España

Montero Lange, Miguel. Sociólogo independiente. Alemania.

Rector Seller, Enrique. Universidad de Murcia, España.

Pastor-Soler, Enrique Universidad de Murcia, España.
Rodríguez-Cabrera, Gregorio Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid, España.

Rodríguez Cabrero, Gregorio Universidad de Alcalá, E-mail: grc@uah.es

Rodríguez Rodríguez, Raúl - Fundación Filares, España.

Sánchez Hierro, Julio - Asociación Española de Derecho Sanitario, España

Sitges Breiter, Juan - Fundación CASER, Espana.

Asistencia Editorial

Porras Montes, Alicia - Universidad de Salamanca.

ISSN: 2529-8240.

Depósito Legal: M-9549-2011.

Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente sin expresa autorización de la Fundación Caser.

Actas de Coordinación Sociosanitaria

Presentamos el número 34 de nuestra revista *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, primero de este año 2024. Este número monográfico adquiere un carácter especial por recopilar, en formato artículo, las ponencias realizadas durante la Jornada científica sobre sistemas de dependencia el 29 de noviembre de 2023 de la Fundación Caser. La Jornada tuvo como objetivo central la reflexión sobre los retos del sistema de cuidados a la dependencia actual y la sostenibilidad de dicho sistema en el futuro.

Comenzamos el número con la entrevista realizada a Gregorio Rodríguez Cabrero como Director científico de la Jornada, licenciado en Derecho, Doctor en Ciencias Económicas y Catedrático de Sociología en la Universidad de Alcalá. También ha sido profesor visitante en las Universidades de Kent, Bath y Berkeley. Actualmente es co-coordinador, junto con Vicente Marbán, del grupo de investigación en Política Social Joaquín Costa de la Universidad de Alcalá, dedicado al análisis e investigación socioeconómica aplicada de la política social y el Estado de bienestar.

Continuamos con la sección de artículos, en primer lugar con Jozef Pacolet, titulado “Long-term care in Europe”. Pone en valor los diferentes recursos de cuidados de larga duración relacionados con la dependencia en Europa, desde la asistencia en el domicilio hasta prestaciones económicas o recursos residenciales. Realiza una comparativa internacional sobre las prioridades en los cuidados de los países de Europa, en los que los miembros más antiguos adheridos a la Unión Europea hacen un mayor uso de la atención en el hogar, mientras los más nuevos priorizan la asistencia institucional.

El siguiente artículo corresponde a Julia Montserrat Codorniu, titulado “La coparticipación en la financiación de la atención a la dependencia. Impacto en la sostenibilidad del SAAD”. Expone la participación de cada uno de los tres participantes en la financiación de los costes de la atención a la dependencia, siendo la Administración General del Estado, las Administraciones Autonómicas y las personas usuarias. Se pone de relieve el oscurantismo en la información de las aportaciones de las personas usuarias y que el conjunto de los copagos iguala, prácticamente, a la aportación realizada por el Estado.

A continuación, se desarrollan las ponencias de la mesa redonda sobre gobernanza, provisión y calidad, moderada por Mayte Sancho Castiello. En primer lugar, se encuentra el artículo de Vicente Marbán Gallego, titulado “La gobernanza y las diferencias interterritoriales en el SAAD”. Realiza un análisis sobre el sistema de reparto competencial de los cuidados, siendo el resultado de la negociación entre los distintos actores sociales implicados. El siguiente artículo se titula “Provisión y gestión de servicios de atención a la dependencia”. Pablo Rubio Valor pone en valor los desafíos en términos de atención y cuidado de las personas mayores y dependientes. El siguiente artículo, de Joseba Zalakain, titulado “Evaluación y gestión de la calidad de los cuidados de larga duración en España”, trata la suficiencia, adecuación y calidad de las prestaciones y servicios de atención a la dependencia del SAAD.

La siguiente mesa redonda, dedicada a los cuidados en la dependencia y moderada por Antonio Jiménez Lara, contiene, en primer lugar, el artículo “Caminos para avanzar en la personalización de los apoyos y cuidados de larga duración” de Pilar Rodríguez Rodríguez. Trata sobre la implementación de un modelo basado en una atención integral y centrada en la persona (AICP). El siguiente artículo, “Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración”, de Dolors Comas d’Argemir, muestra la importancia de los modelos de cuidados personalizados en el hogar, de base local y comunitaria. Para finalizar la sección de artículos, contamos con la aportación de David Villaverde Benito, con “La digitalización, una aliada para los profesionales en el cuidado de las personas mayores y dependientes”. Este artículo analiza el impacto de la digitalización en el cuidado de las personas mayores.

En nuestra sección Jóvenes Investigadores contamos con los trabajos de Marta Mejías Trueba y Cristina Sorribes Fernández del Río, con una tesis doctoral y un trabajo final de grado respectivamente. Sus trabajos se centran en mejorar la calidad de vida, el primero de ellos mediante la desprescripción en la práctica clínica en pacientes pluripatológicos de edad avanzada, y en el segundo con una propuesta de intervención de envejecimiento activo para retrasar la dependencia funcional.

En la sección de Lectura Fácil, como siempre, publicamos todo el contenido de este número con el fin de llevar el conocimiento científico y su accesibilidad al mayor número de personas posible.

Y así se configura nuestro número 34, un número marcado por la I Jornada científica sobre sistemas de dependencia de Fundación Caser, con artículos en forma de crónica sobre los planteamientos y exposiciones realizadas.

SUMARIO

ENTREVISTA

10

Gregorio Rodríguez Cabrero

Catedrático de Sociología en la Universidad de Alcalá.

ARTÍCULOS

16

Cuidados de larga duración en Europa.

Jozef Pacolet

Profesor emérito con funciones formales en VIHA- Instituto de Investigación Trabajo y Sociedad.

48

La coparticipación en la financiación de la atención a la dependencia. Impacto en la sostenibilidad del SAAD.

Julia Montserrat Codorniu

Doctora en Economía.

80

La gobernanza y las diferencias interterritoriales en el SAAD.

Vicente Marbán Gallego

Universidad de Alcalá.

92

Provisión y gestión de servicios de atención a la dependencia.

Pablo Rubio Valor

Director de Operaciones en Caser Residencial.

100

Evaluación y gestión de la calidad de los cuidados de larga duración en España.

Joseba Zalakain

Servicio de Información e Investigación Social (SIIS). Fundación Eguía Careaga.

118

Caminos para avanzar en la personalización de los apoyos y cuidados de larga duración.

Pilar Rodríguez Rodríguez

Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

138

Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración.

Dolors Comas d'Argemir

Catedrática emérita de antropología social y cultural,
Universitat Rovira i Virgili.

152

La digitalización, una aliada para los profesionales en el cuidado de las personas mayores y dependientes.

David Villaverde Benito

Director de Transformación e Innovación de ILUNION VidaSénior.

SUMARIO

JÓVENES INVESTIGADORES

164

Factibilidad de la implementación de una estrategia de desprescripción en la práctica clínica en pacientes pluripatológicos de edad avanzada.

Marta Mejías

Universidad de Sevilla.

168

Envejecimiento activo: propuesta para retrasar la dependencia funcional.

Cristina Sorribes

Universidad Politécnica de Madrid.

REVISTA PARA TODAS LAS PERSONAS

176

Este número en lectura fácil



Este logo identifica los materiales que siguen las directrices internacionales de la IFLA (International Federation of Library Associations and Institutions) e Inclusion Europe, en cuanto al lenguaje, al contenido y a la forma a fin de facilitar su comprensión. Lo otorga la Asociación Lectura Fácil Madrid.





ENTREVISTA **GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO**

Posee formación en estudios de economía, derecho y sociología, siendo Licenciado en Derecho, Doctor en Ciencias Económicas y Catedrático de Sociología en la Universidad de Alcalá. También ha sido profesor visitante en las Universidades de Kent, Bath y Berkeley. Actualmente es co-coordinador, junto con Vicente Marbán, del grupo de investigación en Política Social Joaquín Costa de la Universidad de Alcalá, dedicado al análisis e investigación socioeconómica aplicada de la política social y las reformas en el Estado de Bienestar. Sus principales líneas de investigación son: envejecimiento y políticas públicas, Estado de bienestar y políticas sociales, pobreza y exclusión social, inclusión activa en la Unión Europea, atención a la dependencia, Servicios sociales y Tercer sector. También es miembro de la network de expertos independientes de la Comisión Europea en materia de políticas sociales (ESPAN European social policies análisis network) y ha coordinado los grupos de trabajo que han evaluado el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en 2011 y 2022. Colabora con distintas entidades sociales, entre ellas la Fundación Pilares, de cuyo patronato es vicepresidente.

Pregunta: Abordamos en este número un monográfico sobre las Jornadas Científicas sobre Sistemas de Dependencia promovidas recientemente por la Fundación CASER. ¿Qué resultados destacaría de este evento?

En primer lugar, esta jornada se ha basado en la lógica del análisis comparado, a nivel de la Unión Europea, lo que permite conocer las diferencias entre políticas nacionales y, por tanto, compartir la valoración del impacto de las políticas de atención a la dependencia y, en general, de los cuidados de larga duración. En segundo lugar, el análisis de la calidad de los servicios recorre transversalmente toda la jornada. También, ha tenido un peso relevante en la jornada el gobierno o gobernanza de los CLD (Cuidados de Larga Duración), ya que son muchos los actores institucionales (tres niveles de gobierno), profesionales (sociales y sanitarios), proveedores de servicios (mercantiles y sin fin de lucro) y sociales (personas afectadas y organizaciones no lucrativas) que intervienen de manera tan diversa como complementaria en un sistema, el de atención a la dependencia, en el que se entrelazan los cuidados formales y los informales.

Pregunta: Desde Fundación Caser y la Revista Actas promovemos la coordinación de los sistemas sanitario y social para una mejor atención a las personas con discapacidad, personas mayores y en general en situación de dependencia. ¿Cree que es un logro posible?

La coordinación sociosanitaria es, desde hace casi tres décadas, un discurso aceptado ampliamente entre los profesionales de los cuidados y los responsables públicos. Su desarrollo aplicado ha sido creciente, pero desigual, entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) y su gobernanza estatal manifiestamente mejorable. El Plan Gerontológico Nacional de 1992 (denominado posteriormente como Plan Gerontológico Estatal)¹, y el informe sobre dependencia del Defensor del Pueblo de 2000 (con la participación activa de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología- SEGG)² son hitos en el despliegue cognitivo de la atención sociosanitaria, precedidos de experiencias pioneras, como el caso de Cataluña (el programa Vida Als Anys en 1986; en 1990 se aprobó un decreto sobre promoción y financiación de la atención sociosanitaria). La SEGG, entreverado de profesionales de la geriatría y la gerontología social, ha tenido y tiene un papel crucial en la promoción del enfoque sociosanitario, además del desarrollo de programas de intervención por grandes ONG y servicios del INSALUD.

Un primer avance normativo a nivel estatal es la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en la que se reconoce por vez primera una prestación de atención sociosanitaria para enfermos crónicos que requieren de manera conjunta servicios sociales y sanitarios. Pero no ha tenido un desarrollo posterior tan intenso como el esperado. Un nuevo impulso fue el Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria en España en 2011³, cuyo desarrollo como política pública no se vio limitado en parte por las políticas de recorte del gasto social. Entre 2011 y 2020 los avances micro en programas autonómicos han sido importantes, se ha acumulado mucho conocimiento experto, pero los avances macro, en términos de ambición política y gobernanza robusta a nivel estatal y territorial, han sido limitados. Las distintas culturas organizativas y de saberes de los servicios sociales y sanitarios explican una parte de las actuales limitaciones. Pero el problema sigue siendo la apuesta por un compromiso institucional potente, apoyado financieramente y con una gobernanza sólida. No se puede hablar de integración sociosanitaria mientras no se den avances en coordinación. El impacto de la COVID-19 en las residencias ha sido una llamada trágica de atención, pero también una oportunidad para construir modelos flexibles de coordinación y de aprendizaje mutuos de colaboración

1. https://imserso.es/detalle-actualidad/-/asset_publisher/n1oS8IWfrx6m/content/es-historia-del-imserso---1992-plan-gerontologico-nacional/20123

2. <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2000-01-La-atenci%C3%B3n-sociosanitaria-en-Espa%C3%B1a-perspectiva-gerontol%C3%B3gica-y-otros-aspectos-conexos.pdf>

3. <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/publicaciones/documentos-interes/libro-blanco-coordinacion-sociosanitaria-espana>

entre los profesionales del sector sanitario y los servicios sociales. La presente década es la de puesta en aplicación de estrategias ambiciosas, como el caso de El País Vasco para el período 2021-2024⁴ y en Cataluña en 2021⁵ o el Plan de Atención integral sociosanitaria de Castilla-La Mancha⁶, por mencionar algunos de los últimos avances. Es de desear que esta visión estratégica se consolide a nivel autonómico y avance a nivel de gobernanza estatal.

Pregunta: Ha trabajado usted durante años en el diseño y evaluación de políticas públicas y sociales relacionadas con el envejecimiento y la dependencia. Desde esa experiencia, ¿En qué situación estamos hoy en día en España? ¿Qué avances considera que se deberían realizar?

La evaluación de políticas y programas en materia de envejecimiento y dependencia es una realidad en España desde hace algunas décadas. La evaluación está teniendo lugar, sobre todo a nivel autonómico en la medida en que la mayoría de los programas tienen lugar en el nivel territorial, autonómico y local. También a nivel estatal se han diseñado y evaluado políticas y programas a través del IMSERSO y otros organismos públicos centrales. La lógica del diseño y evaluación se guía en la actualidad por los siguientes criterios o estilos de trabajo: en primer lugar, participación en grupos de trabajo europeos, lo que es muy importante para el necesario trabajo comparativo; destacar, en segundo lugar, que la interdisciplinariedad es común denominador consolidado, dados los complejos factores que vertebran la realidad social del envejecimiento y la dependencia. Baste considerar lo que implica diseñar programas de envejecimiento activo y de solidaridad intergeneracional o estrategias de cuidados. En términos prácticos, un análisis tan omnicomprensivo como de detalle requiere diferentes perfiles profesionales y de investigación social. Finalmente, destacar que, en mi opinión, la difusión de resultados de la evaluación de políticas y programas es aún limitada a pesar de los avances logrados durante los últimos años a través de webs, jornadas y congresos y publicaciones. Una de las limitaciones de la evaluación, aunque no sólo es propio de España, es que el análisis de impacto llega en la mayoría de los casos a los resultados más inmediatos, mientras que los resultados finales son más limitados, en parte por la necesidad de esperar a que maduren las políticas, pero también por el hecho de que las herramientas de análisis exigen un mayor desarrollo.

Pregunta: Ha desarrollado usted una larga trayectoria en la investigación de políticas sociales, ¿cuál es la clave del desarrollo de la investigación en este campo?

La investigación en políticas sociales ha caminado paralelamente al desarrollo del Estado

4. <https://www.euskadi.eus/documentacion/2021/estrategia-de-atencion-sociosanitaria-de-euskadi-2021-2024/web01-s2osa/es/>

5. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-21114

6. <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/plan-de-salud-clm-horizonte-2025/plan-integral-de-atencion-sociosanitaria>

de Bienestar en España. Forman parte de la misma ecuación, tanto en el nivel de la investigación básica como en la investigación aplicada. En el caso de la primera, investigación básica, ha tenido y tiene lugar a través de grupos de investigación en la universidad y centros de investigación, que han tenido una gran expansión mediante el desarrollo de proyectos de I+D. En el caso de la investigación aplicada el campo de actores se ha ampliado a lo largo de las últimas décadas. A nivel de promoción de la investigación y evaluación hay programas, políticas y organización de jornadas, congresos y grupos de trabajo en los que han jugado un papel clave las administraciones públicas y grandes entidades del Tercer Sector de Acción Social como, por ejemplo, FOESSA (con sus informes sobre desarrollo social) o los estudios sobre inclusión social de Cruz Roja, EAPN y Fundación ONCE. En este papel de promoción han tenido también un papel relevante los colegios profesionales (polítólogos, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales y economistas) y diferentes plataformas (EAPN, Plataforma del Tercer Sector, Plataforma de ONG de Acción Social). Desde un estricto punto de vista de la investigación y difusión de sus resultados hay que destacar el papel de Red Española de Política Social (REPS), que forma parte de la red europea ESPANET, como espacio de debate e intercambio de conocimiento desde el año 2009 hasta la actualidad (nueve congresos en total). En suma, a lo largo de las casi cuatro últimas décadas se han multiplicado los actores en el campo de la investigación social en políticas sociales, donde han confluido, por una parte, las administraciones públicas y el Tercer Sector y, por otra parte, la actividad de los investigadores y de los profesionales del día a día de las políticas sociales.

A la pregunta de cuál es la clave de la expansión de la investigación en políticas sociales la respuesta, de manera sintética, es doble: la dimensión social europea, que ha impulsado la participación de España en actividades y programas de investigación en políticas sociales. El Pilar Europeo de Derechos Sociales, desde 2017 hasta la actualidad, es la última guía en esta dirección. Por otra parte, la investigación social ha estado y está muy "pegada" a resolver problemas sociales y a evaluar el resultado de las políticas sociales (inclusión, envejecimiento, cuidados, inmigración, pobreza, vivienda, otros, bajo un enfoque de género, discapacidad y participación social). En este sentido, la investigación social tiene un nítido enfoque de investigación-acción.

Pregunta: ¿En qué está trabajando ahora? ¿Cuál o cuáles de sus próximos proyectos le ilusiona especialmente?

Sigo trabajando en problemas de envejecimiento y dependencia como líneas de trabajo más estables. Pero al mismo tiempo dedico idéntico o más tiempo a la reflexión y el análisis sobre el desarrollo del Estado de Bienestar en España y la Unión Europea. Estamos atravesando un vendaval de cambios que están afectando, sobre todo a partir de 2008, a la naturaleza de la reforma social, lo que se traducirá en nuevas instituciones y en la reforma

de las existentes. La clave será en qué medida los derechos sociales consolidados a lo largo de décadas en el núcleo central de los países de la Unión Europea, desde hace cuatro décadas en España, se renuevan y refuerzan en los años venideros, digamos hacia mitad de este siglo. De ahí la importancia de que la solución de problemas sociales inmediatos y mediatos o, mejor, propuestas de solución, a las que puede contribuir la investigación social, venga acompañada del debate de hacia dónde vamos, cuál puede ser y debe ser la vía de desarrollo de la reforma social.

Pregunta: En la revista Actas estamos especialmente interesados en promocionar a jóvenes investigadores. ¿Es la investigación-intervención social un ámbito propicio para atraer talento joven?

La respuesta es que es un campo de atracción de talento joven, tanto en la investigación de base y aplicada, como en el desarrollo profesional en administraciones públicas, entidades sociales y empresas. Los problemas sociales que estamos afrontando, que reflejan las condiciones de vida y trabajo en la actualidad, precarias para una parte no pequeña de la población, así como las incertidumbres que provoca el cambio sociotécnico y su impacto (entre otros problemas, la soledad y aislamiento, enfermedad mental) demandan profesionales en ambos campos, la investigación social y la intervención socio-profesional. Esta demanda necesaria requiere de condiciones de empleo, remuneración y proyección profesional dignas para grupos de población joven con un elevado nivel de formación. Es necesario, por ello, definir las motivaciones para el acceso al empleo en políticas sociales y crear un marco de desarrollo profesional de medio plazo.

Pregunta: Recomiéndenos algo que leer, o alguien a quién seguir, para entender mejor la atención a la dependencia y la inclusión social en el futuro.

Contamos con mucho material publicado de calidad. Tendría que hacer una lista de referencias y no es este el lugar. Un libro reciente y omnicomprensivo es el de “La atención integral y centrada en la persona” (Tecnos, 2022), coordinado por Pilar Rodríguez, Antoni Vilá y Clarisa Ramos, que recoge 26 trabajos que comprenden las diferentes dimensiones de la atención a las situaciones de dependencia desde el enfoque de atención integral y centrada en la persona, basado en la gestión del caso.

Muchas gracias.



Cuidados de larga duración en Europa.

Long-term care in Europe.

Jozef Pacolet

jozef.Pacolet@kuleuven.be

Emeritus professor with formal duties at HIVA- Research Institute for Work and Society. KU Leuven and member in 2021-2023 of the High-Level Group on the future of social protection and of the welfare state in the EU.

Recibido: 04/04/2024

Aceptado: 26/05/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.
Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Pacolet, J. (2024). Long-term care in Europe. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 16-47.

RESUMEN

Los cuidados de larga duración son una rama de la seguridad social en busca de definición y reconocimiento estadístico, pero sobre todo político. Aunque arraigada en servicios como la atención residencial o los servicios de atención domiciliaria con una larga tradición histórica, sólo en las últimas décadas los estados de bienestar maduros, enfrentados al envejecimiento de sus poblaciones, se dan cuenta de su alcance y del reto que supone transformar la emergente variedad de servicios e iniciativas en una protección social adecuada disponible y asequible. Este artículo parte de las conclusiones de la investigación comparada europea de los años noventa para saltar a la situación actual y a las perspectivas de futuro. Ilustra que España en esta perspectiva europea se sitúa al margen con el tercio más bajo de los países europeos en cuanto a gasto en cuidados de larga duración y disponibilidad de servicios de cuidados de larga duración, pero duplicará su nivel de gasto en las próximas décadas. El estudio calcula un índice de solidaridad entre generaciones que ilustra que España podría hacerlo mejor a la hora de garantizar que el gasto social destinado a las personas mayores en el futuro evolucionará en consonancia con los ingresos del resto de la población. La propia Europa Social ha reconocido y estimulado recientemente y de forma sin precedentes el desarrollo de los cuidados de larga duración. Es un reto pero aún más una oportunidad desarrollar esta rama de la protección social también en España a un alto nivel, tanto más cuanto que reconoció ya tempranamente (2006) la necesidad de un seguro explícito para los cuidados de larga duración. Europa no es excusa para dudar.

PALABRAS CLAVE

Cuidados de larga duración, servicios de larga duración, Europa, envejecimiento, España.

ABSTRACT

Long-term care is a branch of social security in search of definition and statistical but especially political recognition. Although rooted in services as residential care or home care services with a long historical tradition, it is only in the last decades that mature welfare states, confronted with the ageing of their populations, realise the scope of it and the challenge to transform the emerging variety of services and initiatives in adequate available and affordable social protection. This article starts from the conclusions in European comparative research in the nineties to jump to the present situation and future prospects. It illustrates that Spain in this European perspective is situated at the margin with the lowest one third of the European countries in terms of spending for long-term care and availability of long-term care services but will double its level of spending in the coming decades. The study calculates an index of solidarity between generations that illustrate Spain could do better in guaranteeing social spending for the elderly in the future will evolve in line with the

income of the rest of the population. Social Europe itself recognized and stimulated recently and in an unprecedented way the development of long-term care. It is a challenge but even more an opportunity to develop this branch of social protection also in Spain at a high level, the more it recognized already early (2006) the need for an explicit insurance for long-term care. Europe is no excuse to hesitate.

KEYWORDS

Long-term care, long-term services, Europe, ageing, Spain.

1. INTRODUCTION: A COMPREHENSIVE VIEW OF SOCIAL PROTECTION FOR AN AGEING SOCIETY

The invitation by Prof. Gregorio Rodríguez Cabrero for this contribution goes back to more than thirty years of collaboration in European comparative research. The first collaboration was on 'services for the elderly' in twelve EU Member States at that time (Nijkamp, P., Pacolet, J., Spinnewyn, H., Vollering, A., Wilderom, C., Winters, S., 1990; Spinnewyn, H., Rodríguez Cabrero, G., 1990); the second on the 'state of the welfare state since 1992', afraid as we were at that time that the Maastricht treaty and European governance of public finances would hinder the further development of the welfare state (J. Pacolet (red.), 2006; Rodríguez Cabrero, G., 2006). In all those comparative projects I was eagerly listening to my fellow traveler through economics and social protection Gregorio to understand what was happening in Spain. It is a pleasure to give some of my European perspective in return.

I will go through that joint comparative past to jump quickly to the present situation, look further in the future and conclude with overwhelming and ambitious new European initiatives.

2. A BRANCH OF SOCIAL PROTECTION IN SEARCH FOR RECOGNITION

Let us give first our own synthesis of a definition of long-term care. Long-term care (LTC) is a branch of social security/social protection, in search of recognition, exhaustiveness and inclusion. It includes a set of in cash and in-kind benefits to support persons in need for physical, mental and social reasons (persons with handicap, illness, older persons), dependent for per-

sonal activities of daily living, but also for instrumental activities of daily living and for social inclusion and participation. It includes benefits as well for people living at home or in institutional settings (home care, community care, residential care) and supporting the dependent person, the informal carer but also taking care of the professional carer.

Saying that Europe is discovering lately the long-term is of course not correct. Our comparative research on services for the elderly, or other similar exercises, goes back to the nineties, among others in the European Year of Older People and Solidarity between Generations (1993), thirty years ago.

During all those years I had the impression that Europe was looking where to situate the long-term care. I remember a presentation at OECD to discuss if there was a need for separate statistics on long-term care, on top of health care. We should give credit to the legal experts in Europe that introduced very early in the MISSOC¹ tables a special comparative table on LTC. It is already from the very first Ageing Report of DG ECFIN in 2009 (European Commission), that they include within health the acute care and the chronic long-term care. Is it care related to health problems, or is it related to ageing, and is it health care or is it also non-medical care? That hesitation will continue, and perhaps adds to the complexity when we make a distinction between health care and long-term care, but there is not a contradiction. It is both. A good illustration for me was the terminology used at that time for the Dutch system that we met in our first report on services for the elderly. It was about 'exceptional health care cost', exceptional, because the costs could be high (for the individual) and can be of long duration, long-term, but they were qualified in one way or another also as related to health. The duration of the care need is relative also. It can be sometimes lifelong for persons with handicaps, but we observe for instance in the sector of old age homes that the period of stay in an old-age home becomes shorter, because people are entering later in life, because they can stay longer at home, supported with home care. But that stay in the old age home becomes more intensive, so will become more costly, again with a need for explicit insurance.

The ageing of the population makes the need of non-medical care for dependent persons more visible and more urgent. It has however a long history in many societies, going back to homes for the elderly, public personal social services or community care services as district nursing. It has a pronounced development in many welfare state regimes for persons with a handicap and has been developed in many EU countries the last decades as a separate pillar of social protection, or within especially health insurance schemes or personal social services. It is also a field where complementarity and substitution is possible between informal care and professional care, especially in the home setting. The long-term care provides a large variety of in-kind benefits, classified as institutional care, semi-residential care, home care services, and in cash-be-

1. [MISSOC - Mutual Information System on Social Protection](#)

nefits. The latter is more or less to be treated as a voucher systems for in kind care, or as a compensation of additional costs, or as a payment for care. All kind of care leaves exist to allow the informal carer to take up care for the dependent person.

There are huge differences between Member States in development of those systems, in terms of places, services provided, number of users or beneficiaries, profile of those users, staffing, private and public financing. There is also a huge difference in the provision of those services, rooted again in history, with sometimes important public, mostly local providers, non-profit providers and finally also commercial providers, varying from individual solo-workers in home nursing to large multinational groups in old age homes.

Mature welfare states that responded to consecutive societal demands for those provisions show this variety. Although the long history, it was only recently that it was included in more explicit data-collection, describing the systems, their principles and more and more also the number of beneficiaries and its financing. But most of the time it remains hidden in statistics on personal social services, or health, or old age.

Long-term refers to a longer period that persons becoming dependent from those benefits. It makes it a large individual risk, hardly to support by many from their individual resources, but affordable at macro-level. The expectations are however high. They should be covering the complete spectrum, allowing autonomous choice in view of each individual situation. Payment for care and care allowances are only of relevance in there is a potential informal carer. Home care is relevant, and prioritized by all, when it is possible, but can become also expensive. Residential care is the ultimate setting, when no other alternatives are possible, but need to be then of high standards of quality and remain affordable for all.

The COVID crisis was a stress test for the resilience of many of those systems. Many failed in this test, because of the dramatic and extraordinary dimension. But for many observers, they also revealed the pre-existing weaknesses. Those weaknesses where sometimes related to the special needs of a pandemic, but others were general as lack of staffing, lack of financing, lack of quality, lack of concern for quality of life of the beneficiary, lack of autonomy, lack of integrated care.

3. VARIETY AND AVAILABILITY IN 1998

In 1998 we already wrote (Pacolet J., Bouten R. Lanoye H. & Versieck K., 1998, p. 67-68):

'For the services we were able to define, based on the systems present in each country, we found 8 categories of permanent residential and semi-residential services, 17 temporary residential and semi-residential services, and no less than 22 community services. This illustrates the fact that the last sector is the most diversified and has been the subject of the greatest amount of innovation during the last decade. However, social protection also includes more intangible aspects such as charters of rights for the elderly, the right of representation, the right of appeal, protection against fraud and misuse, the right of self-determination of care, and the right of determination of care by the family and advisory bodies. Informal care, which is the most important in quantity (4 to 5 times as important as formal care in number of hours) and of course in quality, is also becoming more and more formalised, a fact which leads to certain implications, such as the obligation to help, payment for care, and the care contract or care plans.'

We remarked already at that time that the home care related services were the most innovative, showing the greatest variety. Was it a sign of its growth potential or its growth need? Our inventory, and it was the third time we tried to identify them, also revealed that in many countries those services were mentioned, as really existing, or emerging, but when we later on wanted to quantify the level of development, statistics became scarce, and the level of development was in a wide range. Those differences in development, jumping to today, remain the case.

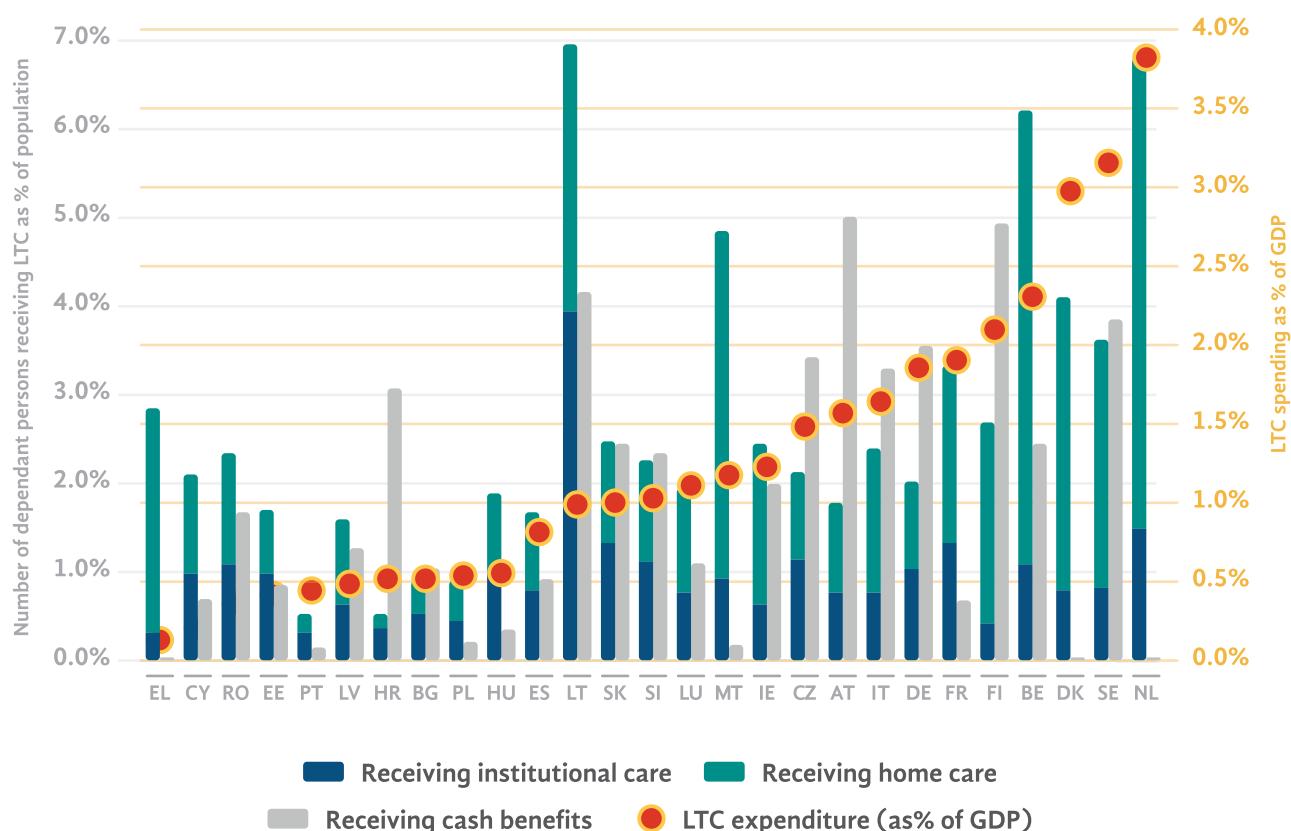
4. VARIETY AND AVAILABILITY OF THE LTC-SERVICES IN 2022

In the following two figures we show the huge differences that remain between the Member States in the public spending, as % of GDP, for LTC. At the higher end are Scandinavian countries as Finland, Denmark and Sweden, but also West-European countries as Belgium, Netherlands, and also France and Germany. Countries of the same region seems to converge to this higher level. At the lower end are as well Mediterranean countries, the lowest is Greece, and several new Member States. Spain is at the border with the lowest third of the 27 Member States, with a spending of some 1% of GDP. The graph provides at the same time the share of the population using the services of this LTC-system, either as share of the total population using home care, and the share of the population using residential care. On top of that, many countries provide also one or another care allowance, a cash benefit. Spain seems to provide the three types of the benefits, but all three for a relative limited share of the population: 0.9% of the population gets home care, 0.9% of the population gets residential care and somewhat more than 0.9% also gets a cash benefit. Especially the availability (or use) of home care seems to be at the lower side. For the right hand of Figure 1 with countries of higher spending levels, we see also a greater development and use of home care. We

see here a confirmation of the observation that we made in previous studies, that along the line of development of the LTC, the residential care comes first (and perhaps even the most needed for situations where the care is not more possible at home), and when the systems become mature, the spreading and diversity of home care and community care grows. This although also those home care services can have a long tradition.

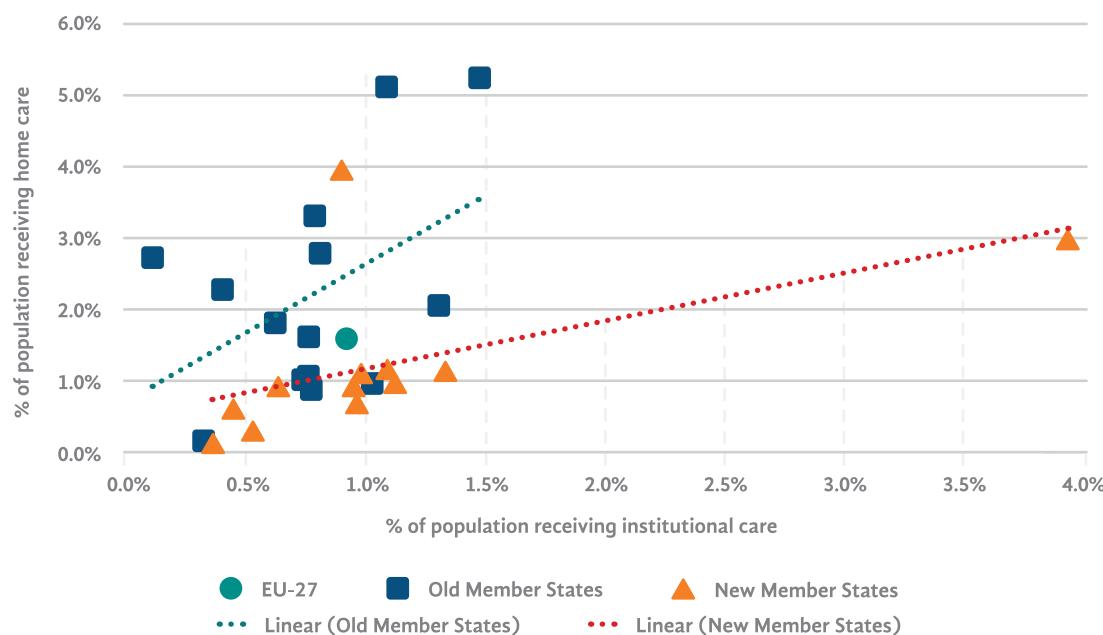
Figure 2 makes the difference between the countries and especially between the old and the new Member States more visible. For both groups of countries, when the system is developed, as well home care and residential care is developed. But the old Member states are more oriented already to home care (the trend line is oriented also to the vertical axes of use of home care), while the new Member States are still more oriented to residential care (the trend line is more oriented to the horizontal axes of use of residential care).

Figure 1. Long-term care, % of beneficiaries of total population and total spending as % of GDP, 2022.



Source: Based on 2024 Ageing Report, see Pacolet, J., Wöss, J. and De Smedt, L. (2024).

Figure 2. Relation between development of residential and home care, 2022.



Source: Based on 2024 Ageing Report, see Pacolet, J., Wöss, J. and De Smedt, L. (2024).

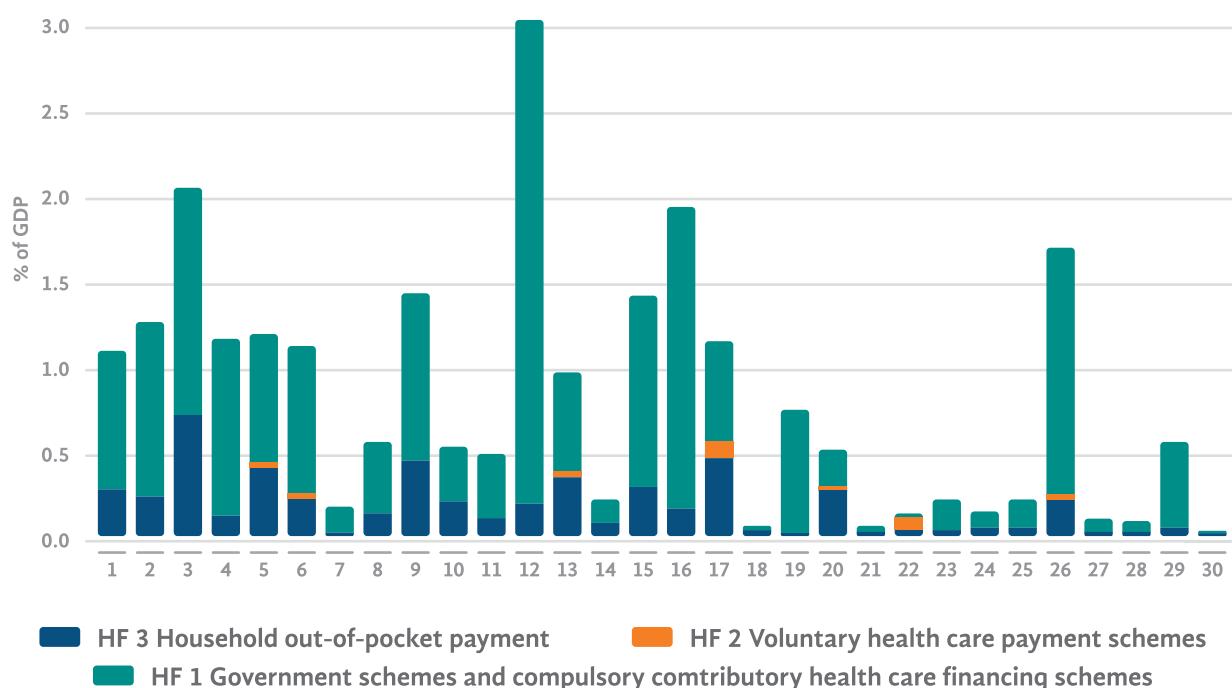
5. AFFORDABILITY IN 2022 AND THE NEED OF SOCIAL INSURANCE

The Ageing reports are focused on the sustainability of the public finances and bring in the picture the public spending for long-term care, financed by social contributions or general taxation. But to a greater or lesser extent, private spending can occur, as co-payment or out-of-pocket spending. On top of that private or occupational insurance might occur, as they exist in pension schemes and in the health care insurance. The SHA System of Health Accounts (Eurostat, Health care expenditure SHA 2011) provides information on as well the public spending, the copayment and finally also the occurrence of payments by private insurance. In following two graphs we compile a picture of that. The System of Health Accounts gives a picture of the health care and long-term care from two perspectives, who is providing care (HP Health care provider) and what is the function (HC Health care function). In Figure 3 we can bring from the providers side the residential long-term care providers in the picture. For Europe total spending is some 1% of GDP, for Spain it is slightly more than 0.5% of GDP. The share of household out-of-pocket payments seems to be limited although it is higher in some countries. Although those are the best comparative statistics that we might think of, they still have some weakness depending on how complete the spending figures are. For instance, we observed that in Belgium part of the out-of-pocket spending is not included because of they are considered as not a compensation for the care cost. We used the reasoning in Flanders that all out-of-pocket expenditures should be included, also when that cost

would cover also housing and catering costs De Smedt, L. & Pacolet, J. (2020). But such disputes may exist also in other countries. For all the countries almost no voluntary health care payment schemes can be observed, confirming the conclusions already in our first studies on long-term care, that there is limited room or interest for private insurance. The importance of the public scheme was also an important conclusion of the report of the High-Level Group on the future of social protection (see hereafter).

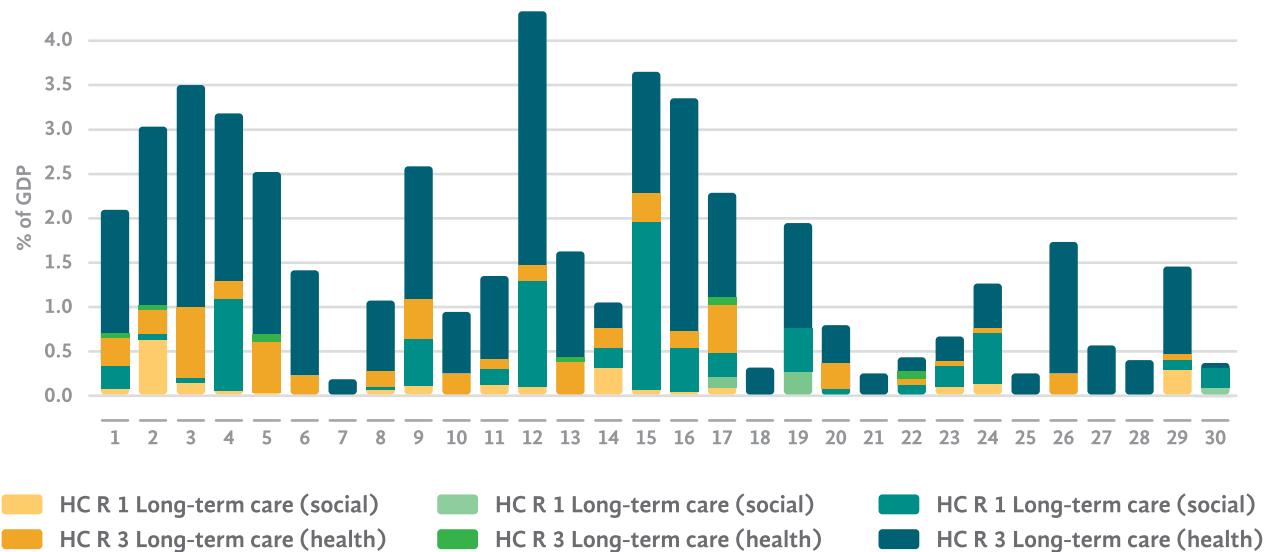
From other tables of this System of Health Accounts we use in Figure 4 as well long-term care included in health care (HC 3), as other care included in so called health care related social spending (HC R 1). Combining those two sources provides an overview of the total spending, health long-term care and social long-term care, in institutions, at home and in community settings. For EU 27 the total spending is some 2% of GDP, for Spain it is some 1% of the GDP, both implying almost the double of the spending in Figure 3. Most of the time the long-term care is included in health care but for countries like Denmark, the Netherlands and also UK there is a relative important part situated in social long-term care. The out-of-pocket expenditures are similar as in Figure 3 and again also the payments by voluntary insurance are hardly present.

Figure 3. Public and private spending for residential long-term care facilities (HP 2), % of GDP, 2021.



* Flanders: data concern 2016. UK: data concern 2019.
Source: Based on Eurostat, see Pacolet, J., Wöss, J. and De Smedt, L. (2024).

Figure 4. Public and private spending for health long-term care (HC 3) and social long-term care (HC R 1), % of GDP, 2021.



* Flanders: data concern 2016. UK: data concern 2019.

Source: Based on Eurostat [hlth_shall_hchf], see Pacolet, J., Wöss, J. and De Smedt, L. (2024).

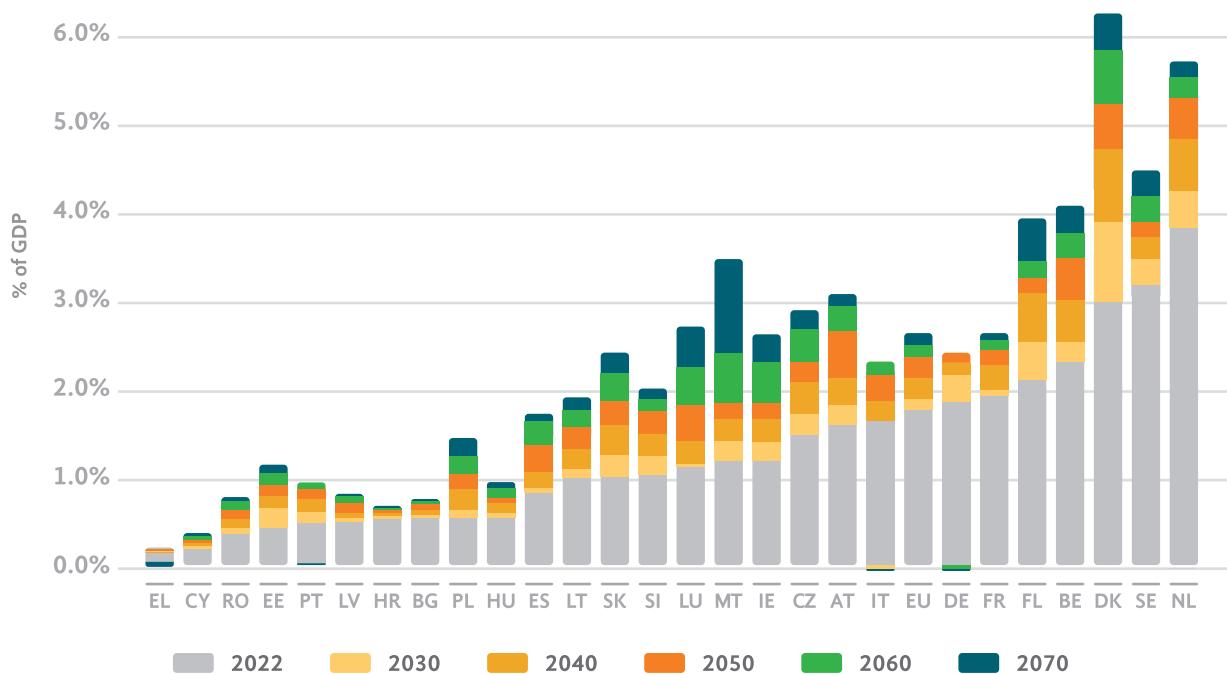
Insurance is needed. Even in market-oriented welfare state regimes as the USA or UK, private insurance schemes hardly surmounted. This confirms the role of explicit or more implicit social insurance schemes, financed by general taxation or by social contributions, with a higher or larger part of private copayment. When this copayment becomes too high, many times and especially in residential care, it becomes unaffordable. When beneficiaries need to tap on their own savings or even housing wealth, it again is an inadequate insurance against the risk of becoming dependent. When the schemes include too much income or means testing, it risks excluding part of the population, and changes from social security in social assistance. When becoming too selective, it risks reducing the willingness to pay for it.

In many of the more advanced welfare states, those services have been existing in the social services, most of the time of a local nature. In some others they were also explicitly or implicitly covered by the social security (as the AWBZ in the Netherlands, or the health insurance in Belgium). Sometimes after decades of discussion, as has been the case in the German 'Pflegeversicherung', most of the newly created public long-term care insurance has been created along the lines of the social security: Germany in 1995, Luxembourg in 1999, a more limited additional long-term care insurance in the region Flanders (Belgium) in 2001, Spain in 2006 (Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia), in France it is only in December 2021, also after a long debate, that a 'cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie' has been launched.

6. FUTURE AVAILABILITY FROM NOW UNTIL 2070

The present level of development of LTC differs significantly between the Member states, as well in mix of provisions, availability, affordability and in the end public versus private financing. The convergence of today public spending would imply an increase of now sometimes less than 1% of GDP to already more than 3% in other countries, to become according to the scenarios of the Ageing Report more than 5% by 2070. But even in advanced systems of long-term care, there are demands for additional spending, that will push up this spending further. When only the present systems are extrapolated on the basis of demography, this would imply an increase for the EU 27 from 1.7 now to 2.6% of GDP according to the 2024 Ageing Report, and for Spain it would imply a doubling of its share of GDP spent on long-term care: from 0.8% of GDP in 2022 up to 1.7% by 2070 (see Figure 5). This is a substantial improvement, so the gap is getting smaller compared to for instance Germany, France and Italy whose projected evolution of the long-term care seems to be in some 'slump' compared to the evolution in the countries situated below and above them, in terms of spending for LTC. Figure 5 makes it also clear that at the left-hand side, those countries with at this moment low levels of spending, has no prospects for substantial increase. The further discussed European Recommendation on long-term care will form a real challenge to them.

Figure 5. Long-term care spending, % of GDP, projections 2024 Ageing Report for 2022- 2070.



Source: Based on 2024 Ageing Report, see Pacolet, J., Wöss, J. and De Smedt, L. (2024).

The question is if this future spending is sustainable? Or with other words 'can we afford to grow older'². That is the central question of the DG ECFIN Ageing Reports. In the next section we provide our own reading of those reports, and the conclusion is: 'yes we can'.

7. ALTERNATIVE READING FOR SPAIN OF THE 2021 & 2024 AGEING REPORT

The Ageing Report brings the budgetary implications of the existing system of social protection in the picture³. It is prepared by DG ECFIN of the European Commission and the Economic Policy Committee (EPC), namely its Ageing Working Group (AWG).

The Ageing Report concentrates on the impact for public finances of the ageing population. Some read them as concentrating too much on sustainability (of public finances), and not so much on adequacy. So what. There is no social protection without a cost. The report provides essential information on the availability of social protection. And it provides macro-economic evidence for the present situation, and the future. Since the very beginning of the European flagship report on ageing, we were using the same statistics for our own reading and narrative (a.o. Pacolet, J., De Wispelaere, F., 2015).

Since the very first reports of the AWG became available (2009, 2012, 2015, 2018, 2021 and now 2024) we used the scenarios of the Ageing Report to make transparent the real impact of social protection of the pensioners for three major strands of social protection: pensions, health care and long-term care. We recently made those calculations for EU 27 and compared it with the Belgian situation (Pacolet, J., Wöss, J., De Smedt, L. and De Wispelaere, F. (2021). We make now the calculations also for Spain, based on as well the 2021 and 2024 Ageing Report⁴. The quintessence of the Ageing Report is starting from the present situation, making scenarios for the future on demography, economy, and social spending because of the greying of the population. The core of the ageing report is about the evolution of the share of public (or mandatory) expenditures for covering the cost of demographic change or ageing, as a share of GDP.

Our own reading of the ageing report starts from the observation that the complete report is in terms of yearly growth rates and relative shares of GDP, without any clear reference to the absolute level and evolution of GDP, GDP per capita and social spending in real terms for the elderly. That we try to solve.

2. Referring to Disney, R. (2003), Can we afford to grow older?

3. European Commission, DG ECFIN, 2009, 2012, 2015, 2018, 2021, 2024 Ageing Report, Brussels.

4. In Pacolet, J., Wöss, J. and De Smedt, L. (2024), we made those calculations for 2021 and for 2024 for EU 27 and all 27 individual Member States.

We must pick that starting point from other sources and then start to use the information available in the ageing report, for our own further reading. In Table 1 we provide our reading of the information available in the 2021 and 2024 Ageing Report for Spain. We concentrate first on the right-hand side of Table 1, based on the 2024 Ageing Report.

We take the 2019 GDP figure from the European Economic Forecast Spring 2021 and the 2022 GDP from the European Economic Forecast Autumn 2023. We apply on that starting point the periodic real growth rates for GDP for the different subperiods mentioned in the statistical annexes of the 2021 & 2024 Ageing Report. This provides us with the total GDP in 2022, 2030, and 2070. The fourth column gives the index of GDP in 2070, compared with 2022 = 100. The figures based on the Ageing report 2021 are in prices of 2019. The same calculations are repeated on the 2024 Aging Report. There the nominal figures are Euro in prices of 2022. In annex 1 we illustrate the difference between both starting points of total GDP. The nominal difference is completely because of the price evolution. Compared in real terms, for instance both in prices of 2022, the level of GDP is almost identical in 2019 and 2022, illustrating the sharp decline of GDP in 2020 and the need of two more years to get back in 2022 at the level of 2019, the year before COVID. The growth scenario in 2024 Ageing report is somewhat less prosperous than in the 2021 Ageing Report, a report that include already some of the effect of COVID but was written before the war in Ukraine, and the energy crisis thereafter.

From then on, we can use the other figures from the 2021 or 2024 Ageing Report statistical annex for Spain. Be aware that these figures are projections, scenarios, 'analyse prospective', not forecasts. An illustration how fragile such prospective analyses are: the population in Belgium is in 2019 11.5 million; in 2022 it is 11.7 million; in the 2015 Ageing Report it was projected on 15.4 million in 2060; in the 2018 Ageing Report it became 13.9 million for 2070; in the 2021 Ageing Report it is 11.8 million in 2070 (almost the same as now) and three years later in the 2024 Ageing Report it is 12.7 million by 2070. As volatile even demographic projections can be, the more uncertain are economic scenarios. But projection after projection those scenarios are similar. Interesting here is to compare the several Ageing Reports and observe the differences of demography, economic growth and social spending. We do that further for Spain by comparing the results for 2024 with 2021. The main interest is, what is the evolution of the cost of ageing in Spain, and is it sustainable in terms of public finances, but also does it reveal adequate levels of social protection.

The table includes after GDP the total population of Spain. The population is in Spain by 2070 in those scenarios at the same level as today. With GDP and population, we can calculate the GDP per capita, an indicator so important for international comparison of the 'wealth' of a nation's population. The table includes further the share of the population above 65, evolving from now 20.2% to 33.1%. It is for this growing share of the population above 65, the pensioners of today

and of tomorrow, that we calculate social expenditures. The Ageing Report calculates those expenditures in a detailed and sophisticated way. It can hardly be done better, so let us use this information. The report calculates several alternative scenarios but in the baseline scenario social protection expenditures are expected to evolve in the hypothesis that the same level of protection will be provided in the future as of today, or as what is already legally decided now for the future.

Health care spending will evolve between now and 2070 from 5.9 to 7.1% of GDP, not such a large increase. But since the Spanish GDP per capita will almost double between now and 2070, the real spending on health care will double also. For the presently still very low level of spending for LTC, this will increase from 0.8% to 1.7% of GDP. It remains low when we compare in with some other Member States, as already can be seen in Figure 5. Nevertheless, when translated in real spending in euro per capita, it is almost a quadrupling. It becomes a 'fast growing industry' of care.

The most important for the total cost of ageing is the evolution of old age pensions and survivors' pensions. For a population above 65 evolving from 20 to 33% in the coming 50 years, the 2024 Ageing Report scenario for pensions expects spending to increase from 12% of GDP to 15.8%. This seems to be a fair share of the future national income. Total spending on pensions, health-care and LTC will evolve from 18.7% to 24.6% of GDP.

What is now the total social spending for the persons above 65, the retired persons? We can assume that pensions are indeed spending for the present and future pensioners. We make the same hypothesis for long-term care, although that is not completely correct since it includes also care for handicapped persons younger than 65. For health care we make the hypothesis that now only half of health care spending is for the population above 65, the rest is for the population below 65. By 2070 however we make the hypothesis that by then 75% of health spending will be for the persons above 65. Those stylized hypotheses are inspired by the situation in Belgium. When we further correct for the stylized share of the elderly in the total health care cost, the social spending evolves from 15.8% to 22.8%. When we spend in 2022 for some 20.2 % of the population above 65 some 15.8 % of GDP for pensions, health and LTC, that seems to be relatively balanced. But in 2070 it seems, under the hypothesis of the Ageing Report, and corrected in a stylized way, to become 22.8% of GDP spent on pensions, health and LTC, for 33% of a population above 65.

This % of public spending for the persons above 65 can be translated in real spending in euro per retired person, evolving from 22 026 euro to 35 377 euro, or index 161 in 2070, a total growth of 1.6 times the starting level. This must be compared with the evolution of the rest of GDP, net of the spending for the persons above 65, and to be divided by the population below 65, per capita, for any person from the newborn baby to the person just below 65. That income is 29 791 euro in 2022 and evolves to 59 279 euro in 2070, index 199, or a multiplication with 1.99,

a doubling in real terms of the income. Those two evolutions need to be compared with each other and illustrate how the spending for the pensioners is evolving in the same way as the income of the rest of the population, as it should be. We calculate finally the relation between those two evolutions, and that is the index 0.80. We call it an index of solidarity. When it is 1, it implies that the spending for the elderly is evolving exactly in the same way as the income of the rest of the population. It illustrates how most of the time pay-as-you-go systems of social protection guarantees that the social benefits follow the 'train de vie' (purchasing power) of the GDP. The more it is below 1, the spending for the elderly increases at a lower rhythm than the income available for the rest of the population. It could indicate, applying the present rules of eligibility, replacement rates, and rates of indexing, that there is rather a lack of adequacy, or should we call it an implicit lack of future solidarity and lack of generosity. Those figures reveal also how the present and future generations are better off. It compares the income for the present pensioners and the present population below 65 with the income of the future pensioners in 2070 and see how well the future generations their income is evolving. With an index of 0.80, this is relatively good but not perfect. It is just above the European average.

In Pacolet, J., Wöss, J., De Smedt, L. and De Wispelaere, F. (2021) we calculated the index for the EU 27. It resulted in an index of 0.76. We called it: 'Brussels, you have a problem'. In Pacolet, Wöss and De Smedt (2024) we calculate it again for 2024. The index remains the same, at 0.77, so 'Brussels still has a problem'. When the index is around 1, as it is the case in those studies for Belgium, it illustrates that the real social spending per elderly evolves in the future projections at the same speed as the rest of GDP per capita available for each person below 65. That should be the commitment of the welfare state for the future generations. Some would call it not sustainable, since this scenario implies that public spending for the elderly is indeed increasing when the share of the older population is increasing, as it should be. We would call it not social sustainable when it would not increase as such. And those saying it is not sustainable and a burden for the future younger generations, ignores that the income of the rest of the population is increasing also at the same rhythm or even faster.

We calculated this evolution for Spain also based on the 2021 Ageing Report (left-hand side of Table 1). There we come at an index of 0.56, implying a substantial decline in relative generosity of social spending for the pensioners. With this figure we should certainly say: Madrid you have an even more serious problem. Social spending was projected not to follow the general growth of the rest of the economy. The Ageing Report was not about budgetary orthodoxy, but it was projecting austerity. Policy makers should prevent it to become self-fulfilling prophecies. That happened in Spain. The index of solidarity based on the 2021 Ageing Report was dominated by

the evolution of expenditures for pensions. With an increase of the share of the population above 65 of 19.5% to 32% between 2019 and 2070, the spending for old age pensions and survivors was declining from 11.2% of GDP to 9.4% of GDP. It was illustrating a substantial declining generosity of the welfare state. The Ageing report 2021 itself calculated the evolution of the benefit ratio for pensions. For Spain it was reducing from 60 to 29, for Portugal from 59 to 32, for Italy from 61 to 45, for Greece from 65 to 43.5.

The Ageing report reproduces the rules of calculation of the pension rights applicable at the moment of reporting. But already at the moment of publication of the 2021 report we can read in the country report for Spain that the baseline scenario in the Ageing Report 2021 applied a system of indexing for pensions, the IRP Adjustment Pensions Index, that was already socially unsustainable. Already in October 2020 a revision of the Toledo Pact stated that the system of IRP lacked social and political support and recommended linking pension indexation to the consumer price index. The adaptation to this needed pension reform was already good for an increase for public pensions from 10.25 to 12.7% of GDP by 2070 or more than 2.5 percent point (Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, Dirección General de Análisis Macroeconómico, 2021, p. 25). This more appropriate indexing was not included in the baseline scenario of the 2021 Ageing Report since it includes only rules legally in place. This dominates our low index of solidarity of 0.56. It also explains the difference with the hypotheses and calculations for 2024.

The substantial changes that we notice between the 2021 and 2024 scenario are not only dominate by the change of the IRP indexing of pensions to CPI, but also several other pension reforms were adopted in 2021 and 2022 (Ministerio de Economía, Comercio y Empresa, Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, Dirección General de Análisis Macroeconómico, December 2023, p. 32) and included in the calculations of 2024 Ageing Report. To be mentioned are the abolition of a sustainability factor SF that linked pensions to life expectancy from 67 years on, although already accepted in 2013 but never applied, and also measures to stimulate later retirement. The shift towards CPI indexing increases total pension spending from 11.7% to 14.9% and the abolition of SF results in a further increase to 16.6% by 2070 (Ageing Report 2024, Country Report Spain, p. 49)⁵. It resulted in an improvement of the future benefit ratio. The 2024 country report for Spain mentions: 'Compared to the 2021 Ageing Report, the decline of the old-age earnings related benefit ratio is remarkably lower (16 percent point in 2024 Ageing Report, 37 percent point in 2021 Ageing Report). The same applies to the old-age earnings related replacement rate (13 percent point in 2024 Ageing Report, 36 percent point in 2021 Ageing Report)' (Ageing Report 2024, Country Report Spain, p. 32).

5. This includes also invalidity pensions, that we do not include in our calculations of old age pensions in Table 1.

Our reading of the 2021 Ageing Report clearly illustrates that at that time the scenario's for the future were socially unsustainable because of the dramatic impact of poor indexing and other measures of retrenchment. They were also politically unsustainable and changed since then. This has become clear in the present calculations. They illustrate that at least for pensions the evolution of social spending is now better on track with the general evolution of disposable income for the rest of the population. Spending for health care and especially long-term care remains low, also for the future.

Table 1. Alternative reading of the 2021 and 2024 Ageing report Spain: Madrid there was indeed a problem in the 2021 Ageing Report.

	AWG 2021 (2019 prices)				AWG 2024 (2022 prices)			
	2019	2030	2070	index 2070	2022	2030	2070	index 2070
GDP (in billion euro)	1 245	1 481	2 590	208	1 346	1 477	2 449	182
Population (million)	47.1	48.8	47.0	100	47.7	49.3	47.7	100
Population elderly (million)	9.2	11.7	15.1	164	9.6	11.7	15.8	164
Health care spending as % of GDP	5.7	6.2	7.0	123	5.9	6.2	7.1	120
LTC-spending as % of GDP	0.7	0.9	1.5	205	0.8	0.9	1.7	208
Sum LTC + Health care	6.4	7.0	8.5	133	6.7	7.0	8.8	131
GDP/capita	26 412	30 358	55 054	208	28 223	29 941	51 361	182
Health care spending per capita in euro	1 504	1 875	3 868	257	1 668	1 848	3 653	219
LTC spending per capita in euro	194	259	830	427	229	257	868	379
Health & LTC spending per capita in euro	1 698	2 135	4 699	277	1 897	2 105	4 521	238
GDP - Health & LTC per capita, in euro	24 714	28 223	50 356	204	26 325	27 836	46 841	178
Old age and early pensions as % of GDP	9.0	9.4	8.1	90	9.7	11.0	13.8	143
Survivors' pensions as % of GDP	2.2	2.0	1.3	60	2.3	2.3	2.0	85
Total pensions-spending as % of GDP	11.2	11.3	9.4	84	12.0	13.3	15.8	132

	AWG 2021 (2019 prices)				AWG 2024 (2022 prices)			
	2019	2030	2070	index 2070	2022	2030	2070	index 2070
Total LTC, health and pensions, as % of GDP	17.6	18.4	17.9	102	18.7	20.4	24.6	131
Actual spending pensions per capita in euro	2 956	3 445	5 168	175	3 386	3 990	8 111	240
Pensions + LTC + Health care per capita in euro	4 654	5 580	9 866	212	5 283	6 094	12 632	239
GDP - LTC, health and pensions per capita in euro	21 758	24 778	45 188	208	22 939	23 846	38 730	169
Elderly population (65+) as % of total population	19.5	24.0	32.0	164	20.2	23.7	33.1	164
Social expenditures elderly per capita in euro	3 902	4 642	8 899	228	4 449	5 170	11 718	263
Social expenditure elderly as % of total	14.8	15.3	16.2	109	15.8	17.3	22.8	145
Social expenditure per pensioner in euro	20 003	19 308	27 790	139	22 026	21 807	35 377	161
Rest of GDP per capita in euro	22 510	25 716	46 155	205	23 774	24 770	39 643	167
Rest of GDP per person of rest population 65- in euro	27 966	33 855	67 899	243	29 791	32 468	59 279	199
Ratio trend benefits 65+ to income 65-: an index of solidarity				0.57				0.81

*Disability pensions are not included in total public pensions. When calculating the social protection costs for the 65+ we used the same stylized hypothesis for Spain, based on former evidence for Belgium, that now and in 2030 half of the health care cost is for the persons above 65, evolving to 75% by 2070. The long-term care cost is completely attributed to the elderly, ignoring the fact that part of it is also for younger disabled persons. We use the gross cost of pensions. The Ageing report also provides the net cost, taking into account the tax revenue on those pension benefits.

Source: Own calculations on the 2021 & 2024 Ageing report and the European Economic Forecast Spring 2021 and Autumn 2023 for respectively the GDP for Spain in 2019 and 2022, see annexes of Pacolet, J., Wöss, J. and De Smedt, L. (2024).

8. MUSGRAVE RULE

There will be a need for additional financing, especially when you expand the quality of social protection. The index we calculate illustrate how the rules of the social protection for the future are able to cope with those expectations. We recognize here the seminal textbook of Richard B.

Musgrave and Peggy B. Musgrave on public finances and social protection. Social insurance is a pact between generations and need to be organized so that the risks are shared equal between generations. They say: *'The social insurance system may be viewed as a social contract across generations. The working generation of today assumes the responsibility of supporting today's retirees, under the supposition that it in turn will be supported by the subsequent generation of workers. ...Retirees would be assured a per capita benefit equal to an agreed-upon percentage of per capita earnings (net of their social security contribution) of the working population. In this way, the risks of changes in population growth and productivity would be shared between workers and retirees in a fair fashion'* (Musgrave R. & Musgrave, P., Public Finance in Theory and Practice, p. 202-203).

This proposition holds for pensions but can be generalized to other expenditures as health and long-term care since they are so closely related with the age gradient. Our stylized representation and interpretation of the main statistics of the Ageing Report highlights if this is the case. For Spain the situation looks dramatic (especially for pensions) in the 2021 report. It improved for pensions in the present report. We hereafter will illustrate there is, under the influence of several European initiatives, a promise or potential to go forward also for health care and especially long-term care, one of the last strands of social security to be developed.

9. THE PERSPECTIVE OF SOCIAL PROGRESS

We illustrated already in the first part how long-term care is on its road of identification and recognition. We see at the same time the level of development is highly unequal. It is now that the needs for long-term care, when larger groups of the population are ageing, becomes more prominent. Sometimes some people doubt that social Europe is a reality (Höpner, M. (2018). Following initiatives illustrate that it is going to be developed further.

9.1 The European pillar of social rights (EPSR)

After a period of less European interest for social development, the Juncker Commission launched in 2014 the idea to establish a set of principles of social rights: the European pillar of social rights. It contains twenty principles of social rights, grouped in three chapters: I: Equal opportunities and access to the labour market; II Fair working conditions; III Social protection and inclusion.

The EPSR was solemnly declared on the 17th of November 2017 in Gothenburg (Sweden), supported by a unanimous group of European institutions, national authorities and social partners. The declaration placed the responsibility with all those stakeholders.

Remarkable was that from the very beginning the European Commission insisted on monitoring the steps forward by installing a set of indicators and a social scoreboard.

Remarkable was that the initiative was brought forward by the following Commission von der Leyen that introduced an Action plan and several related initiatives to put the EPSR into practice.

Remarkable was that a branch of social security still in search of recognition, long-term care, became one of the principles. The European Pillar of Social Rights brought it forward as one of the twenty principles, 'Principle 18. Everyone has the right to affordable long-term care services of good quality, in particular home care and community-based services'. It could be mirrored also by principle 17 on inclusion of people with disabilities, that refers to the right to income support that ensures living in dignity, services that enable those persons to participate in the labour market and in society, with a work environment adapted to their needs.

Those are not the only principles that reinforced the right of the population to adequate systems of social protection, including the ones of relevance for the older part of the population. But not only for them. Since adequate social protection for the elderly of today is also a guarantee for the social protection of the elderly of tomorrow, who today are the younger. As can be mentioned are the principles on adequate pensions, on access to social protection to all, on health care, on integration.

Box 1. Two of the twenty principles of the European Pillar of Social Rights.

17. Inclusion of people with disabilities

People with disabilities have the right to income support that ensures living in dignity, services that enable them to participate in the labour market and in society, and a work environment adapted to their needs.

18. Long-term care

Everyone has the right to affordable long-term care services of good quality, in particular home care and community-based services.

Source: European Commission (2023), *The European Pillar of Social Rights*.

There was in the beginning doubt that the EPSR would and could deliver what it promised. We did not share that doubt. We called it at the start an 'overwhelming ambition' (Pacolet, J., Op de Beeck, L., & De Wispelaere, F., 2018), and noticed afterwards that it was delivering (Pacolet, J., 2020).

The Action plan on the European pillar of social rights announced 'an initiative on Long-Term Care in 2022 to set a framework for policy reforms to guide the development of sustainable long-term care that ensures better access to quality services for those in need' (see hereafter).

9.2 Importance of residential care: forced deinstitutionalization versus freedom of choice

The principle 18 on long-term care comes in the EPSR just after principle 17 on inclusion of people with disabilities. For the debate on long-term care, it is sometimes unclear if the debate (and the empirical evidence) is referring to long-term care for the elderly only, or does it include also the long-term care for persons with disabilities. In theory and practice it should include both, although the care systems itself has long been developed along separate lines.

But we should avoid generalizations from the one part to the other part. An example is the disappointment we read of some (Moledo, A. & Couceiro Á., European Disability Forum (31st May 2022,) on the inclusion of the interest of persons with disability in the conclusions of the Conference on the Future of Europe (see hereafter). We read their following statement: '*Deinstitutionalisation—to ensure persons with disabilities live in the community and are not segregated in residential institutions—is a moral imperative as well as a legal obligation. EU funds must not be used to build or renovate these institutions, under any circumstances. Instead their closure must be pursued, even mandated, in favour of independent, humane alternatives: community-based support and services.*'

It reads as a "Götterdämmerung". How could so much disappointment on the care system for persons with disabilities, lead to such strong disapproval of the need for also residential care?

On other occasions we have the impression that some read the 'principle 18' referring to priority for home care and care in the community (what is the same to our understanding), as if no further development of the residential care is needed, to bring it in line with demographic needs and present standards of accommodation and care. As learned by the evidence above, both home and residential care are needed, and most of the time also complementary with support for the informal carer. But residential care, where the dependency of the resident is also higher, requires also the most financing.

We highlighted in the beginning the diversity of services of relevance for long-term care, at home, in institutions, in kind and in cash. This is confirmed by the statistics provided since then, among others also in the Ageing Report of the AWG. My very first research on long-term care was on home

care. So this comes top of mind. And of course the priority of the population, and a preventive social policy, should put home care first. But at a certain moment this home care setting is not possible or desirable anymore, and then decent high quality transmural and later residential services will be needed. It is a comprehensive concept. And people know that perhaps better than pressure groups or policy makers.

9.3 It is the people's desire: support of the Conference on the future of Europe

The consultation of the European citizens in the 'Conference on the future of Europe' is giving us the perfect answer on a potential misinterpretation and misuse of the principle 18 of the Social Pillar. The measure 15.8 that they propose reads as follows: 'Guaranteeing appropriate social and health care to older persons. In doing so, it is important to address both community based as well as residential care. Equally, measures need to take account of both care receivers and care givers' (Conference on the Future of Europe, 2022, p. 59). We seldom read in one sentence such an exhaustive and up to date definition of long-term care. It not only integrates in one phrase health and social care but pleads for as well home care (community based) as residential care. It also asks for attention for as well the care receivers as the care givers. The latter can be understood as including the professional carer as well as the informal carer. Let us add to it that support for the informal carer is to a large extend also better provision of professional care.

9.4 Support of the High-Level Group on the future of social protection and of the welfare state

One of the action points to put the EPSR into practice was the installation of a High-level group of experts chaired by former European Commissioner for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Anna Diamantopoulou, to reflect on the future of the welfare state in Europe, confronted especially with the challenge of an ageing society. Those experts concluded that the long-term care was a social risk that should be covered by social protection, contributory of tax based, of high quality and affordable to all, so with a limited level of co-payments. At the same time those experts highlighted, so typical also for long-term care, the importance of high-quality services, enhancing well-being and capabilities (see Box 2). It resonates the importance of principle 17 of the EPSR that fosters inclusion, participation and autonomy ...for persons with handicap...of relevance also for the elderly. The HLG realizes very well that all this needs to be put in practice by national systems of social protection. The last sentence of the report reads (HLG, 2023, p. 87): '*A social Europe should support the political union of national welfare states that take the high road of fair and capacitating welfare provision and social protection for all*'.

Box 2. Two of the twenty-one recommendations of the High-Level Group on the future of social protection**E. Ensuring equitable and high-quality long-term care provision.**

Given the increase in long-term care needs in ageing societies, Member States should reinforce the availability of high-quality care services, including ambulant, home-based and residential care, and ensure freedom of choice. Member States should ensure that services are accessible to all and are covered by social protection (contributory or tax-financed), with a reasonable ceiling on the co-payments that families need to make.

G. Ensuring inclusive service provision that enhances well-being and capabilities.

To provide effective, high-quality and comprehensive social services, Member States need to improve service provision at local level, foster co-production and professionalisation, and make the most of digitalisation opportunities. Member States should have quality standards and quality-assurance mechanisms for social services and apply them to both public and private providers. Member States should increase the involvement of non-profit and social economy organisations in the design and delivery of social services. The EU should foster more research and exchange of information on good practice to support innovations in the governance and provision of social services.

Source: High-Level Group on the future of social protection and of the welfare state (2023).

9.5 Recommendation on access to social protection

On 8 November 2019 the Council [of the European Union] adopted a recommendation on access to social protection for workers and self-employed. Again, the recommendation proves to be ambitious on (a) formal coverage; (b) effective coverage; (c) adequacy and (d) transparency. The ex-ante and planned monitoring guarantees a further soft pressure on further progress.

The guarantee everyone should be entitled to social protection, should be read with what the HLG highlighted, that this should also include an ambition to guarantee adequate financing, knowing there is no free lunch: 'No benefit without contribution, no spending without taxation' (HLG, 2023, p. 69). Remarkable is however that from the start, the branches of social protection are mentioned: (a) unemployment benefits; (b) sickness and healthcare benefits; (c) maternity and equivalent paternity benefits; (d) invalidity benefits; (e) old-age benefits and survivors' benefits; (f) benefits in respect of accidents at work and occupational diseases. Long-term care is missing.

While in the impact-analysis for this recommendation, some reference to long-term care can be found, and perhaps it is not included explicitly, since long-term care can be guaranteed under health care. In the report on how to monitor the implementation no single reference is made any more to LTC. The recommendation aims at social protection for all, but it should aim also at total social protection. By not referring to LTC, LTC risks being forgotten in policy concerns. On top of that the report on the implementation efforts, three years following the adoption of the Council Recommendation summarizes: '*The overall level of ambition in implementing the Recommendation varies significantly and, with a few exceptions, most Member States do not aim to address all existing gaps in access to social protection*'⁶. *Ambitions and realisations of ambitions are important guidelines but need to be critically monitored.* And fortunately, there is an additional Council Recommendation on LTC.

9.6 Recommendation on long-term care

The Action Plan for the EPSR announced a 'care plan' to promote and accommodate the care needs over the whole life course, from early childcare to long-term care for the dependent persons and the older persons (European Commission, 2022). It putted it further in action by launching a Council [of the European Union] Recommendation on access to affordable high-quality long-term care.

While we observed in the present statistics on long-term care and the prospects for future development, huge difference between Member States and hardly a substantial improvement, the new Recommendation will substantially challenge the national systems of long-term care. The European initiative on LTC will imply further improvement of existing systems in some countries, and upward convergence of social protection of LTC in many other countries. It will imply even at shorter notice (2030) a further increase of public spending for LTC.

6. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52023DC0043>

The Recommendation starts from an ambitious definition of long-term care. It includes a range of services and assistance for people who, as a result of mental and/or physical frailty, disease and/or disability over an extended period of time, depend on support for daily living activities but also support for instrumental daily living activities. When referring to 'formal long-term care' it means long-term care provided by professional long-term care workers, which can take the form of home care, community-based or residential care. 'Community-based care' means formal long-term care provided and organized at community level, for example, in the form of adult day services or respite care. Box 3 provides some of the dimensions that needs to be put in practice. Member States are invited now (2023-2024) to make up a plan to implement this recommendation, and how it can meet the high-quality standards of the recommendation. If that is the case, it would substantially increase the level of spending for those countries where at present the level of development and spending is low. It would contribute to further upward social convergence. Also for Spain it would imply a serious further development of the long-term care already in place.

Box 3. Some important dimensions of the Recommendation on access to affordable high-quality long-term care

ADEQUACY, AVAILABILITY AND QUALITY

4. It is recommended that Member States ensure the adequacy of social protection for long-term care, in particular by ensuring that all people with long-term care needs have access to long-term care;
5. It is recommended that Member States continuously align the offer of long-term care services to long-term care needs, while providing a balanced mix of long-term care options and care settings to cater for different long-term care needs and supporting the freedom of choice, and participation in decision-making, of people in need of care, including by: (a) developing and/or improving home care and community-based care;
6. It is recommended that Member States ensure that high-quality criteria and standards are established for all long-term care settings, tailored to their characteristics and to apply them to all long-term care providers irrespective of their

legal status. To that effect, Member States are invited to ensure a national quality framework for long-term care;

CARERS

7. It is recommended that Member States support quality employment and fair working conditions in long-term care;

8. It is recommended that Member States, in collaboration, where relevant, with social partners, long-term care providers and other stakeholders, improve the professionalisation of care and address skills needs and worker shortages in long-term care;

9. It is recommended that Member States establish clear procedures to identify informal carers and support them in their caregiving activities;

GOVERNANCE, MONITORING AND REPORTING

10. It is recommended that Member States ensure sound policy governance in long-term care, including an effective coordination mechanism to design, deploy and monitor policy actions and investments in that area, evaluation of long-term care policies, and improving the consistency of long-term care policies with other relevant policies, including policies in the area of healthcare, employment, education and training, broader social protection and social inclusion, gender equality, rights of persons with disabilities and childrens' rights;

11. It is recommended that Member States communicate to the Commission, within 18 months from the adoption of this Recommendation, the set of measures taken or planned to implement it, building where relevant on existing national strategies or plans and taking into account national, regional and local circumstances;

Source: European Commission (2022), *Proposal for a Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care.*

10. STATE OF THE WELFARE STATE ANNO 2021

Monitoring the social convergence is what we did already since 1992 when we made a first report on the impact of the Economic governance of the Maastricht treaty on the welfare state. We repeated it since then every five years, to see if the welfare state is surviving this economic monitoring. It should not be a problem since budgetary orthodoxy is not the same as budgetary austerity. Our fellow traveler in this regular assessment of the state of the welfare state Gregorio Rodríguez Cabrero contributed also to the most recent assessment of the welfare state (Rodríguez Cabrero, G., 2021). We summarized his recent Spanish country report as follows. *'There is a decline in social investment in healthcare, long-term care, and programmes to tackle child poverty. Especially in long-term care the source of financing of the central administration has dropped considerable from almost 40% in 2009 to about 15% in 2019, while the importance of the autonomous communities and co-payment has increased, signalling the strong decentralisation of the welfare state. Furthermore, selective privatisation takes place in all public welfare services. There is a sustainability crisis in the public pension system, among others caused by the high unemployment rate. Spain has been hit particularly hard by the Covid-crisis. This has yielded certain initiatives to reconstruct long-term care such as injection of funds for social services and a plan to refinance long-term care and make the system sustainable, with a preference for living at home with support of community and home care services.'* (Pacolet, De Smedt, De Wispelaere, 2021).

It reveals a stop and go policy, as happens so often, but illustrating at the same time the potential for social progress is there. That is also our conclusion looking at Spain from a European perspective.

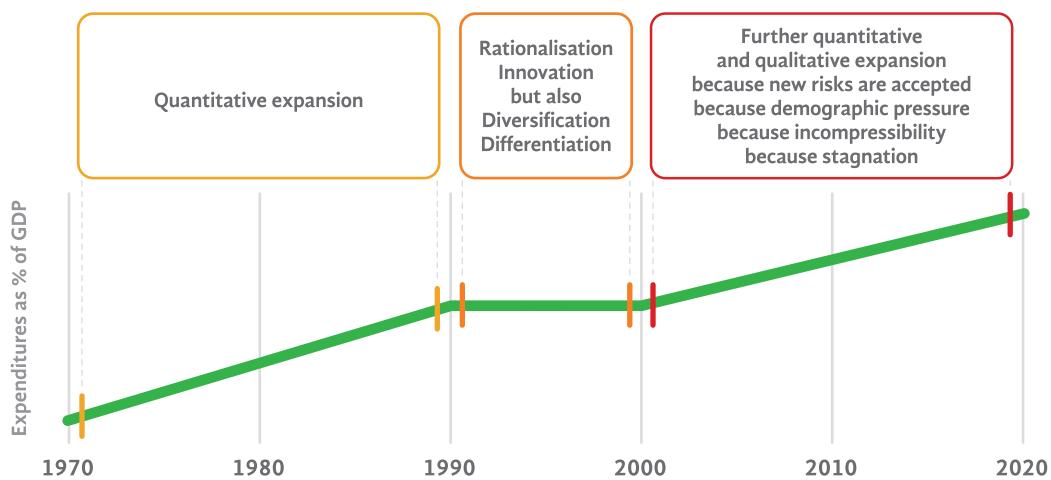
11. CONCLUSIONS

Already from the very beginning of our monitoring of the welfare state in the past, including the long-term care cost, we concluded Europe is following a common growth path of continued expansion in the past, with sometime periods of rationalization, sometimes rationing or retrenchment, and then again further expansion (see Figure 6).

Our reading of the information on the potential evolution in the future does not contradict this path of social progress. There is no alternative to accommodate for the needs of an ageing population that in Spain represents now 20 % of the total population and by 2070 will probably be 33% of the total population. We expect upward economic and social development. Europe is, inspired by the EPSR, pushing us further in this direction. The gap between political ambitions

and forward-looking analyses for Spain illustrates it can change quickly, and in the good direction of more adequate spending. Spain should take that high road also for the long-term care. According to the present applicable rules, the spending will increase from 0.8% in 2022 to 1.7% of GDP by 2070, or a doubling of the share. It is closing the gap with other more advanced countries. The instrument of for instance, even at an early stage (2006), an explicit long-term care insurance, is there. Social Europe is an opportunity to develop it further and should not be an excuse to hesitate.

Figure 6. Stylized profile of the development of the welfare state: a common European way of economic and social progress?



Source: Based on Pacolet J., Bouter R. Lanoye H. & Versieck K. (2000).

12. REFERENCES

Conference on the Future of Europe. (2022). Report on the final outcome. European Union.

De Smedt, L. & Pacolet, J. (2020). Financiering van de Vlaamse Social Profit. Een nieuwe satellietrekening voor de social profit sector in Vlaanderen, HIVA-KU Leuven.

Disney, R. (2003). *Can we afford to grow older?*. The MIT Press.

European Comission. (2020). Access to social protection for workers and the self-employed. Version 0 of the monitoring framework, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission. (2021). Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>

European Commission. (2021, 2024). The 2021, 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States.

European Commission. (2022). *Proposal for a Council Recommendation on access to affordable high-quality long-term care*. COM, 441 final.

European Commission. (2023). Report from the Commission to the Council on the implementation of the Council Recommendation on access to social protection for workers and the selfemployed.

European Commission. (2022). A European Care Strategy for caregivers and care receivers. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382#navItem-relatedDocuments>

European Commission. (2023). The European Pillar of Social Rights in 20 principles. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1606&langId=en>

European Commission. (2023). The European Pillar of Social Rights Action Plan. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1607&langId=en>

Eurostat. (2011). Health care expenditure, System of Health Accounts SHA.

High-Level Group on the future of social protection and of the welfare state. (2023). The future of social protection and of the welfare state in the EU. European Commission, DG EMPL.

Höpner, M. (2018). Social Europe is a Myth. *Social Europe*.

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, Dirección General de Análisis Macroeconómico. (2021). Ageing Report 2021. Spain's Country Fiche. https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/a089d0b9-5dac-4a52-8e86-d3f6e473d008_en?filename=es_ar_2021_final_pension_fiche.pdf

Ministerio de Economía, Comercio y Empresa, Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, Dirección General de Análisis Macroeconómico. (2023). 2024 Ageing Report Spain's Country Fiche, Economic Policy Committee - Ageing Working Group.

Moledo, A. y Couceiro, Á. (2022). Does the future of Europe include disability? *Social Europe*. <https://www.socialeurope.eu/does-the-future-of-europe-include-disability>

Nijkamp, P., Pacolet, J., Spinnewyn, H., Vollering, A., Wilderom, C. & Winters, S. (1990). *Services for the Elderly in Europe. A Cross-National Comparative Study*. Leuven/Amsterdam: HIVA/Vrije Universiteit Amsterdam.

Pacolet, J. (red.) (2006). L'état de l'état-providence dans l'UE en 1992 et dix ans plus tard avec dix nouveaux états membres. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 48 (4), pp 479-835.

Pacolet, J. (red.) (2015). L'état de l'état-providence dans l'UE anno 1992 et 20 ans plus tard. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 57 (4), pp 637-818.

Pacolet, J. (2020). European Pillar Of Social Rights. Delivering on the overwhelming ambition for a social Europe. Publisher: EZA European Centre for Workers' Questions, Königswinter.

Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. & Versieck, K. (1998). Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member states and Norway. Synthesis Report, Commission of the European Communities, Brussels.

Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H. & Versieck, K. (2000). *Social Protection for Dependency in Old Age. A Study of the Member States and Norway*. Ashgate, Aldershot, xviii, 337 p.

Pacolet, J., De Smedt, L. & De Wispelaere, F. (2021), The state of the welfare state in Europe anno 1992 and a quarter of a century later. From financial crisis to Covid-crisis, Königswinter: EZA-Europäisches Zentrum für Arbeitnehmerfragen (European Centre for Worker's Questions).

Pacolet, J. y De Wispelaere, F. (2015). L'état de l'état-providence en Belgique aux alentours de l'année 2015, in Pacolet, J. (red.) (2015). L'état de l'état-providence dans l'UE anno 1992 et 20 ans plus tard. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 57 (4), pp 719-762.

Pacolet, J., Hedebouw, G., Winters, S., Cabrero, G., O'Shea, M. & Vaarama, Y. (2001). Time to Care. The Cost of Formal and Informal Care for Persons with Alzheimer's Disease: Pilot Study in Five EU Member States. HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Pacolet, J., de Beeck, L. & De Wispelaere, F. (2018). European Pillar of Social Rights – Quo Vadis? The Overwhelming Ambition for a Social Europe. Königswinter: EZA – Europäisches Zentrum für Arbeitnehmerfragen (European Centre for Worker's Questions).

Pacolet, J., Wöss, J., De Smedt, L. & De Wispelaere, F. (2021). Revisiting EU Social Monitoring: A needs-driven approach from a workers' perspective. European Trade Union Confederation.

Pacolet, J., Wöss, J. & De Smedt, L. (2024). Critical assessment of the recommendation of social protection for all in view of the ageing challenge. A workers' perspective, European Trade Union Confederation.

Rodríguez Cabrero, G. (2006). L'état-providence en Espagne entre 1998 et 2003, in J. Pacolet (red.), (2006), L'état de l'état-providence dans l'UE en 1992 et dix ans plus tard avec dix nouveaux états membres. *Revue Belge de Sécurité Sociale*, 48 (4), pp 771-796.

Rodríguez Cabrero, G. (2021). The Welfare State in Spain: from the long postcrisis to the Covid-19 crisis (2015-2020), in The State of the Welfare State in EU anno 1992 and a quarter of century later. Conference on 22-23 March 2021, HIVA KU Leuven.

Spinnewyn, H. y Rodríguez Cabrero, G. (1990). Spain, in Nijkamp, P., Pacolet, J., Spinnewyn, H., Vollering, A., Wilderom, C. & Winters, S. (1990). Services for the Elderly in Europe. A Cross-National Comparative Study. Leuven/Amsterdam: HIVA/Vrije Universiteit Amsterdam, p. 173-194.

ANNEX 1

Translation of GDP Spain in prices of 2019 in prices of 2022

Translating the GDP of 2019 in prices of 2019 in GDP in prices of 2022 reveals that between 2019 and 2022, there is on three years' time no real growth, as a consequence of the sharp decline in the COVID-year 2020 and the need of two years of growth to arrive back at the level of 2019. The growth scenario in the 2024 seems to be also somewhat less thriving than the 2021 growth scenario, ending up in the 2024 Ageing Report with a lower GDP in 2070 than was projected in 2021.

Table 2. Evolution of the starting point for GDP Spain in prices of 2019 and 2022.

	2019	2022	2070	Index 2070 (2019,2022 = 100)
Ageing Report 2021	GDP Spain, prices of 2019, in billion	1 245	2 590	208
Ageing Report 2021	GDP Spain, prices of 2022, in billion	1 347	2 801	208
Ageing Report 2024	GDP Spain, prices of 2022, in billion	1 346	2 449	182

La coparticipación en la financiación de la atención a la dependencia. Impacto en la sostenibilidad del SAAD.

Co-participation in the financing of dependent adult care.
Impact on the sustainability of the SAAD.

Julia Montserrat Codorniu

jmontserratc@gmail.com

Doctora en Economía.



Recibido: 13/03/2024

Aceptado: 04/05/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.
Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Montserrat Codorniu, J. (2024). La coparticipación en la financiación de la atención a la dependencia. Impacto en la sostenibilidad del SAAD. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 48-79.

RESUMEN

Se estima la participación de cada uno de los tres participantes- Administración General del Estado (AGE), Administraciones Autonómicas (CCAA) y personas usuarias- en la financiación de los costes de la atención a la dependencia. Se pone de relieve el oscurantismo en la información de las aportaciones de las personas usuarias (copagos) subsanando la falta de estadísticas con estimaciones de los datos. Los resultados muestran que el conjunto de los copagos iguala, prácticamente, a la aportación financiera de la AGE en los costes de atención a la dependencia. Se analizan los fallos del modelo de financiación de la AGE y los fallos del modelo de copago y su impacto en los gastos de funcionamiento del Sistema (SAAD) y se realizan propuestas de reforma en ambos casos. Se destaca el impacto del envejecimiento de la población en la sostenibilidad del Sistema.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, gasto, financiación, costes, sostenibilidad, participación, fallos, reformas, envejecimiento.

ABSTRACT

The participation of each of the three participants - Central Administration (AGE), Autonomous Communities (CCAA) and users - in the financing of the costs of long-term care is estimated. The obscurantism in the information of users' contributions (co-payments) is highlighted, correcting the lack of statistics with data estimates. The results of the economic analysis show that the set of co-payments practically equals the financial contribution of the AGE in the costs of long-term care. The failures of the AGE financing model and the failures of the co-payment model and their impact on the operational costs of the System (SAAD) are analysed and reform proposals are made in both cases. The impact of the ageing of the population on the sustainability of the System is also highlighted.

KEYWORDS

Dependency, expenditure, financing, costs, sustainability, participation, failures, reforms, ageing.

1. LA LAPAD Y LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

En 2006, se aprobó la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD), ampliando el ámbito de protección social con la introducción de un derecho de ciudadanía, mediante el cual todas las personas en situación de dependencia “protegible” tienen acceso a unas prestaciones adecuadas a su grado de dependencia y a sus necesidades. Se considera situación protegible cuando la Administración reconoce a la persona beneficiaria uno de los tres grados de dependencia: moderada (grado 1), severa (grado 2) y gran dependencia (grado 3), que facultan el acceso a las prestaciones reconocidas en la Ley.

Antes de la aprobación de la LAPAD, todas las Comunidades Autónomas (CCAA) habían desarrollado programas de atención a las personas en situación de dependencia, si bien su presupuesto era de carácter discrecional y sujeto a restricciones presupuestarias, por lo cual su ámbito de protección era pequeño. El acceso a estos programas estaba limitado a aquellas personas con insuficiencia de recursos económicos para hacer frente al coste de las prestaciones. El hecho diferencial de la LAPAD respecto a la situación anterior es el de ampliar la protección social- accesibilidad a todos los ciudadanos- y nivelar la oferta asistencial entre las CCAA.

A diferencia de otros sistemas europeos, el SAAD carece de vinculación directa con el sistema de Seguridad Social o con el sistema sanitario, puesto que su diseño se incardinó en las estructuras de servicios sociales preexistentes, competencia de las CCAA. La LAPAD sigue el criterio de aquellos países que han definido un modelo de protección universal y financiación mediante impuestos (Francia, Países Nórdicos, entre otros), a diferencia de aquellos otros que crearon un seguro público adscrito a la Seguridad Social, es decir financiado con cotizaciones sociales (Alemania, Austria, Luxemburgo, entre otros). El sistema de asignación de gastos públicos a través de los impuestos es el que alcanza la mayor cota del principio de solidaridad: “*cada cual recibe según su necesidad y contribuye según su capacidad*”.

Las ventajas de un modelo de financiación pública no contributivo versus un sistema de financiación pública contributivo es la mayor flexibilidad de las aportaciones financieras del Estado, y un mayor alcance de la protección, no dejando excluidas del sistema aquellas personas que no hubieran cotizado, o no lo hubieran hecho el tiempo suficiente, para tener derecho a las prestaciones.

La LAPAD configura un sistema básico de prestaciones, algunas en servicios y otras en metálico. El sistema básico de prestaciones se encuentra en el catálogo de servicios (Ley 39/2006 y RD 1051/2013, de 27 de diciembre)¹. A cada grado de dependencia le corresponden unas deter-

1. Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

minadas prestaciones y, aunque la finalidad de estas coincide entre los grados, varía su intensidad de protección.

La LAPAD en su Título I establece el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que se configura como una red de utilización pública (art. 6.2) formada por los centros públicos de las CCAA, de las Corporaciones Locales (CCLL), los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados (art. 16.1). Es decir, la LAPAD trató de maximizar la eficiencia y minimizar el aumento del gasto público, aprovechando la red de centros y servicios ya existentes en las CCAA, así como la red de servicios de proximidad de las CCLL (servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia).

La gestión total del proceso, desde la admisión de las solicitudes hasta el libramiento y mantenimiento de las prestaciones, está a cargo de las CCAA. La única excepción son las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, cuya gestión la realizan las Direcciones Territoriales del IMSERSO.

1.1 La participación de la Administración General del Estado (AGE) en la financiación de la atención a la dependencia

De acuerdo con la LAPAD, la AGE ha de contribuir a la financiación del coste de las prestaciones mediante el Nivel Mínimo y el Nivel Conveniado/ Nivel Acordado (art. 7). Por otra parte, cada Comunidad Autónoma debe aportar los recursos suficientes para financiar el coste de las prestaciones, los cuales deben ser, como mínimo, equivalentes anualmente a los recursos aportados por la AGE (art. 32).

El **Nivel Mínimo** de financiación. La Ley garantiza a las CCAA la financiación de una parte del coste de las prestaciones de las personas usuarias mediante el Nivel Mínimo de protección (art 9), cuyo coste es financiado íntegramente por el Estado (art 32.2). Se materializa mediante el establecimiento de unas cuantías fijadas por el Gobierno según el grado de dependencia de la persona usuaria.

La AGE debe transferir mensualmente a las CCAA el importe resultante del Nivel Mínimo según el número de personas usuarias y su grado de dependencia atendidas durante el mes. No obstante, al finalizar el ejercicio se realiza una redistribución final del Nivel Mínimo entre las CCAA añadiendo otra variable: “tipo de prestación concedida”. La redistribución final del Nivel Mínimo tiene como objetivo penalizar a aquellas CCAA con un mayor número de prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar. Dicha modificación se introdujo con el paquete de reformas de la Ley 20/2012.

El **Nivel Acordado** es una financiación complementaria (art. 32.3) al Nivel Mínimo y su objetivo es financiar gastos asociados y complementarios al de las prestaciones. Su presupuesto es discrecional, y así se manifestó cuando el Gobierno dejó de dotarlo presupuestariamente entre 2012 y 2021.

La propuesta de distribución de los importes del Nivel Acordado entre las CCAA es competencia del Consejo Territorial de Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CTSAAD), que determina el porcentaje assignable al conjunto de variables definidas en la LAPAD y el importe resultante para cada Autonomía. La propuesta de distribución ha de ser aprobada por el Gobierno. Las variables y la ponderación de cada una de ellas para el ejercicio de 2022 es la siguiente: población (90,0%), superficie (5,0%), dispersión (1,5%), grandes urbes (0,7%) e insularidad (0,5%). La cantidad total del Nivel Acordado para el ejercicio de 2022 es de 523,74 millones de euros.

El presupuesto asignado del Nivel Acordado a cada Autonomía se materializa mediante convenios de colaboración entre Estado y Autonomía dentro del marco de cooperación interadministrativa, siendo potestad de la Autonomía aceptarlo o no. En los convenios de colaboración se fijan los recursos que aporta cada una de las partes y los objetivos a alcanzar. Para las CCCA del País Vasco y la de Navarra la determinación del importe assignable se realiza de acuerdo con las normas establecidas en sus regímenes especiales de colaboración entre Estado y Autonomía.

1.2 Financiación adicional en la atención a la dependencia

La Ley reconoce que las CCAA pueden mejorar las cuantías de las prestaciones o los beneficios relacionados con éstas, siempre que ellas asuman el coste de la parte extraordinaria. Es el denominado Nivel Adicional de financiación.

Asimismo, la AGE también ha hecho uso de la financiación adicional y ha transferido a las CCAA, en determinadas ocasiones, financiación extraordinaria para ayudar a financiar el coste del funcionamiento del Sistema. Entre estas, el **PLAN E (Plan dinamización empleo)**, donde se recogía como uno de sus objetivos la financiación de actuaciones vinculadas a la atención a la dependencia. El Gobierno aprobó ² una transferencia de 400 millones de euros destinados a proporcionar a las CCAA recursos extraordinarios para facilitar el desarrollo y modernización de la red de servicios del SAAD y, paralelamente, favorecer la generación de empleo en el sector. Las transferencias de la AGE a las CCAA dotándolas de los fondos del Plan E se realizó en el marco de financiación del Nivel Acordado mediante la suscripción de los correspondientes convenios de colaboración entre ambas Administraciones.

2. Dotación del Plan E para la Autonomías mediante la Orden EHA/3566/2008, de 9 de diciembre.

1.3 Financiación adicional de la AGE: Cotizaciones de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales

La financiación de las cotizaciones de la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales se ha de calificar como financiación adicional, ya que estos fondos no tienen ningún impacto en los costes de las prestaciones. La AGE financia la suscripción del Convenio Especial del Sistema de Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales que cumplan los requisitos especificados para ello. Esto permite que se considere como cotizado a la Seguridad Social el periodo en que el cuidador no profesional tenga suscrito dicho convenio.

2. EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE LA AGE EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La LAPAD nació en diciembre de 2006 en un momento de “bonanza económica”, con superávits fiscales en el Estado, y nada hacía presagiar que llegaría la crisis económica de 2008, que repercutió considerablemente en la actividad económica de nuestro país, reduciendo el volumen de ingresos fiscales y aumentando el gasto social. El no blindaje presupuestario del gasto en atención a la dependencia fue una de las causas que propició que la *Ley 20/2012 de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad*³, repercutiera de forma importante en la financiación de la Ley de la dependencia, tal como se expone a continuación.

2.1 Impacto de la Ley 20/2012 en las finanzas y atención a la dependencia

Ley 20/2012 repercutió de diferentes formas en la financiación de la LAPAD, desde retrasar varios años la entrada en el sistema de las personas beneficiarias con grado 1 (desde 2012 hasta 2015), reducir las intensidades de protección de las prestaciones —siendo destacable la del servicio de ayuda domiciliaria, con un recorte de 10 horas al mes como promedio en cada uno de los grados de dependencia—, o reducir las cuantías máximas de las prestaciones económicas (PEV, PEAP y PECEF)⁴ —siendo destacable la reducción de la PECEF en un 25% respecto al importe inicial—. A lo que se debe añadir que, a partir de 2013, el Gobierno dejó de financiar la cotización a la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales, implicando una disminución del importe de la prestación del 80%. La reducción de las cuantías de las PEV y de la PEAP no fueron tan drásticas como en la PECEF y solo afectó a las nuevas personas beneficiarias.

Los copagos de las personas usuarias no quedaron exentos del objetivo de la Ley 20/2012. La Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el “Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención

3. Ley 20/2012, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. Nació como Real Decreto-ley y fue convalidado como Ley por resolución del Congreso de los Diputados el 19 de julio.

4. PEV (prestación económica vinculada al servicio), PEAP (prestación económica asistencia personal), PECEF (prestación económica de cuidado entorno familiar).

a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia”, de la misma fecha que la Ley, introduce nuevos criterios para determinar las cuantías de los copagos de las diferentes prestaciones, aumentándolas con el fin de reducir la aportación presupuestaria para sufragar el coste de las prestaciones.

La mayoría de los recortes introducidos en la Ley 20/2012 continuaban estando operativos en 2020, momento en que el Gobierno aprueba el Plan de Choque, incrementando el presupuesto destinado a la dependencia a través del Nivel Mínimo y restaurando el Nivel Acordado y, paulatinamente, se restablecen o mejoran las intensidades de protección de las prestaciones previamente recortadas por dicha Ley.

2.2 Evolución de los presupuestos de la AGE en la atención a la dependencia

En el Cuadro 1 se muestra la evolución del presupuesto de la AGE en la financiación de la atención a la dependencia y el impacto de los recortes de la Ley 20/2012. Se puede distinguir una primera etapa, que se podría denominar de “puesta en marcha del Sistema”, entre 2007 y 2011. La segunda etapa, desde 2011 hasta 2017, recoge los años más duros de los recortes en la dependencia, mostrando crecimientos presupuestarios interanuales negativos, con excepción del 2015. Una tercera etapa, desde 2017 hasta 2021, con pequeños incrementos presupuestarios, que no son más que el reflejo de pequeños ajustes en la financiación del Nivel Mínimo hasta alcanzar la cuarta etapa, a partir de 2021 en adelante, con una inyección presupuestaria importante a través del Plan de Choque, tal como se desarrolla en el siguiente apartado. Ver Cuadro 1 y Gráfico 1.

Cuadro 1. Variaciones interanuales financiación AGE en atención a la dependencia.

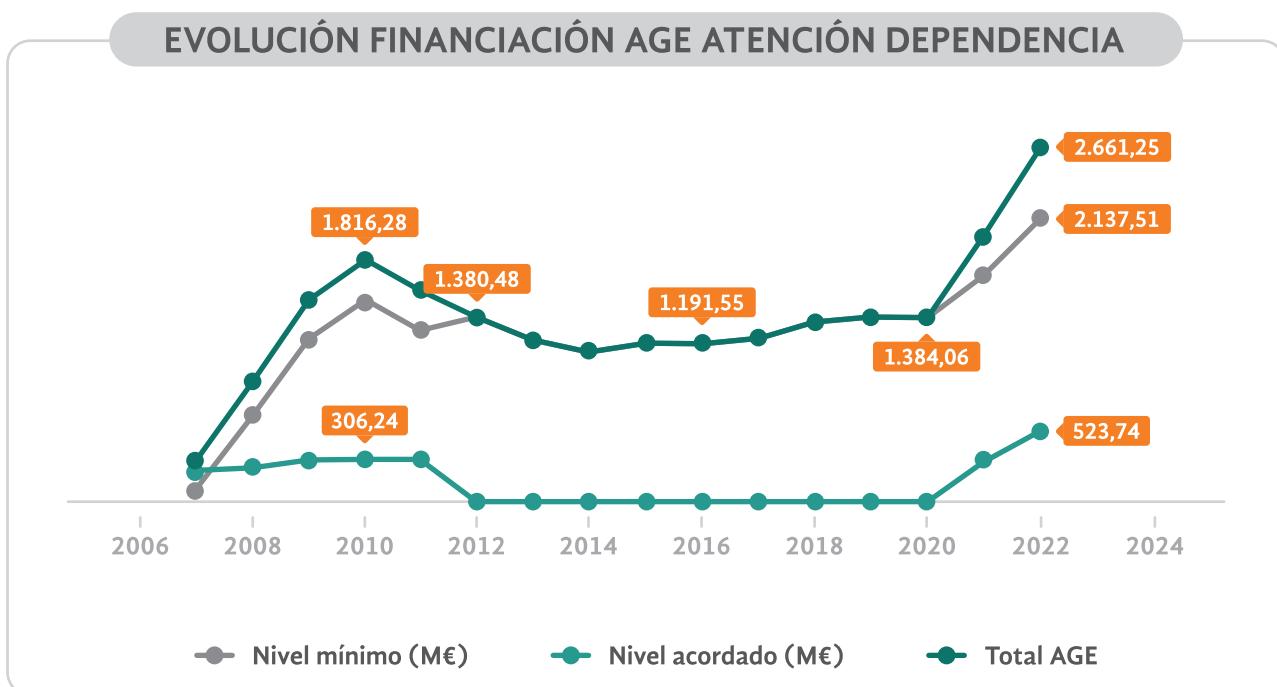
Año	Nivel Mínimo (M€)	Nivel Acordado (M€)	TOTAL AGE (M€)	Incremento interanual Financiación total AGE (%)
2007	82,56	224,09	306,66	
2008	647,22	260,69	907,91	196,1%
2009	1.214,16	306,29	1.520,44	67,5%
2010	1.510,04	306,24	1.816,28	19,5%
2011	1.284,42	306,20	1.590,63	-12,4%
2012	1.380,48	0	1.380,48	-13,2%
2013	1.216,38	0	1.216,38	-11,9%

Año	Nivel Mínimo (M€)	Nivel Acordado (M€)	TOTAL AGE (M€)	Incremento interanual Financiación total AGE (%)
2014	1.128,26	0	1.128,26	-7,2%
2015	1.193,20	0	1.193,20	5,8%
2016	1.191,55	0	1.191,55	-0,1%
2017	1.228,35	0	1.228,35	3,1%
2018	1.347,60	0	1.347,60	9,7%
2019	1.382,22	0	1.382,22	2,6%
2020	1.384,06	0	1.384,06	0,1%
2021	1.685,48	306,96	1.992,44	44,0%
2022	2.137,51	523,74	2.661,25	33,6%

Fuente: Elaboración propia con datos del SISAAD.

Nota: No se incluyen datos de Ceuta ni de Melilla.

Gráfico 1. Evolución de la financiación estatal (en millones de euros).



Fuente: Elaboración propia.

El impacto de la Ley 20/2012, además de comprometer la sostenibilidad del SAAD y de inducir un retroceso en la garantía del derecho de ciudadanía que creó la Ley, se hace patente en estas medidas, que han tenido un considerable coste de oportunidad, pues han impedido que se realice plenamente su potencial de generación de empleo. Se apunta la necesidad de hacer algunos cambios sustanciales para dotar al sistema de suficiencia financiera. Siguiendo en esta dirección, en 2016, en el décimo aniversario de la Ley (2006), los representantes de la mayoría de los grupos del arco parlamentario (con la excepción del PP y el PNV) suscribieron un pacto para la reversión de los recortes producidos por la Ley 20/2012. En él se recogía el compromiso explícito de acabar con las listas de espera en un máximo de dos años y la voluntad de establecer un modelo estable de financiación, en el marco de la Ley Orgánica 8/1980 de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas, lo cual comportaría la financiación a las CCAA a través del sistema de financiación autonómica (Jiménez Lara, 2017). La reforma de este sistema de financiación, en 2024, todavía no ha sido aprobada.

3. LA CONTRIBUCIÓN FINANCIERA DE LA AGE EN EL GASTO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La ejecución del gasto de las prestaciones de atención a la dependencia está a cargo de las CCAA, y la AGE financia una parte de ese gasto a través del Nivel Mínimo y del Nivel Acordado. El objetivo de este apartado es estimar qué parte del gasto de la atención a la dependencia financia la AGE. El análisis de la contribución de la AGE en la financiación del gasto del SAAD se realiza comparando las transferencias del IMSERSO a las CCAA con las certificaciones anuales de gasto⁵ que, desde 2022, estas están obligadas a presentar anualmente al IMSERSO.

Los resultados muestran que el porcentaje de la AGE en la financiación del gasto de la atención a la dependencia, en el año 2022, es el 26% (25,96%) del cual un 20,85% procede del Nivel Mínimo y un 5,11% del Nivel Acordado. Ello muestra el poco peso de la contribución financiera de la AGE, especialmente la correspondiente al Nivel Mínimo, que es la parte obligatoria que el Estado debe aportar según la LAPAD (Ver anexo 2). Dicho de otra manera, la AGE aporta 2.115 euros año (176,25 euros mes) sobre un coste medio de las prestaciones de 8.150 euros año (679,2 euros mes), lo cual pone en evidencia que dicha aportación no alcanza a financiar ni la mitad de los costes de las prestaciones de la dependencia.

3.1 Los objetivos del Plan de Choque en la atención a la dependencia

El Plan de Choque es una inyección de recursos adicionales de 3.600 millones de euros, entre 2021 y 2023, dirigidos principalmente a la disminución de lista de espera y mejora de la agilidad admi-

5. Decreto 1050/2013, de 27 de diciembre y Orden SSI/237/2013.

nistrativa, a la mejora de la calidad de los servicios y de las condiciones laborales de las personas que trabajan en el SAAD. Se asignan a las CCAA mediante los convenios firmados entre la AGE y la Comunidad Autónoma en el marco de la colaboración financiera entre ambas partes.

El número de personas y de días en lista de espera es una de las consecuencias de la infrafinanciación a las CCAA en el periodo de los recortes presupuestarios de la Ley 20/2012. Entre los objetivos del Plan de Choque está el de disminuir la lista de espera y el número de días que transcurren desde la solicitud hasta la prestación, ya que, según la Ley (disposición adicional), no deberían transcurrir más de seis meses en dicho proceso. En cambio, en algunas CCAA, en 2022, se superó el año de espera (Canarias, Andalucía, Murcia, Galicia).

El objetivo fijado en el Plan de Choque de reducir la lista de espera no siempre ha alcanzado el objetivo esperado. Por ejemplo, entre 2022 y 2023 la lista de espera a nivel nacional solo se reduce 20 días, pero, en cambio, en algunas CCAA una mirada retrospectiva muestra una importante reducción en los últimos cuatro años, entre un 40% y un 50% aproximadamente, en Aragón, Asturias, Cataluña, C. Valenciana y Extremadura. Ver anexo 1.

4. LOS COPAGOS: CONTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS EN LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Se constata que en todos los países con programas públicos de atención a la dependencia existen copagos, aunque en la mayoría responden a la lógica de restituir el gasto hotelero realizado por las personas usuarias. En cambio, cuando la política de copagos obedece a criterios de maximizar la recuperación del coste, los efectos de estos se vuelven regresivos. Existen varias teorías sobre la conveniencia de aplicar copagos a la prestación de servicios públicos, entre ellas la de la racionalidad de la demanda. Pero, en el caso que nos ocupa, dicha teoría no es aplicable, ya que la demanda es inelástica; el usuario no puede decidir por sí solo solicitar más o menos prestaciones públicas, ya que para ser una persona beneficiaria debe pasar por un proceso de reconocimiento de ser persona “protegible” y de evaluación de sus necesidades de atención, de acuerdo con su grado de dependencia y de su entorno familiar, social y urbano, para tener acceso a la prestación pública a través del Programa Individual de Atención (PIA).

La LAPAD estableció que la financiación de una parte del coste de las prestaciones se realizará a través de la participación de los usuarios (art. 33), es lo que se denomina “copagos”. El copago se aplica tanto en las prestaciones en servicios como en las prestaciones económicas. La colaboración de las personas usuarias en la financiación de la atención a la dependencia mediante el copago es una reminiscencia del sistema de servicios sociales, que en dichos programas asistenciales ya contemplaba el copago. La LAPAD no solo mantiene los copagos, sino que les reserva un peso mayor en la financiación de las prestaciones de la dependencia.

La LAPAD delega al CTSAAD la función de regular la participación de las personas usuarias en la financiación del Sistema. El acuerdo del 10 de julio de 2012 del Consejo Territorial, publicado en la Resolución de 13 de julio de 2012, incluye un conjunto de criterios comunes que deben adoptar las Autonomías en la regulación de su modelo de copago en su respectivo territorio⁶. Ello ha dado lugar a que haya diecisiete modelos de determinación del copago.

Cabe destacar que los criterios comunes que deben aplicar las CCAA se refieren a los siguientes conceptos: 1) la capacidad económica de la persona beneficiaria se determinará en función de la renta y del patrimonio de dicha persona; 2) el patrimonio se imputará en función de la edad de la persona beneficiaria⁷: un 5% a partir de los 65 años, un 3% entre los 35 y los 65 años y un 1% en los menores de los 65 años; 3) se debe establecer una cuantía de renta exenta referenciada con el IPREM o el indicador de renta mínima definido en la respectiva Comunidad Autónoma; 4) se debe garantizar un porcentaje de la renta después del copago en concepto de “gastos personales”; 5) se establecerá un coste de referencia en las prestaciones en servicios; 6) se fija un tope de copago en función del coste de la prestación, y 7) se debe diferenciar el coste de los servicios asistenciales y el de los costes de manutención y hoteleros.

A pesar de haber establecido los criterios comunes en el seno del CTSAAD, el resultado final ha sido la aparición de 17 modelos de copagos por el uso que las CCAA han hecho de sus facultades para establecer el contenido final de los copagos. Así, las diferencias surgen de aplicar reducciones en la capacidad económica en función de circunstancias familiares o de renta de las personas beneficiarias, establecer bonificaciones o exenciones en el copago para determinados colectivos, establecer tramos diferentes en el “descuento” en las prestaciones económicas, especialmente en las PEV, entre otras. La escasa capacidad del Consejo Territorial para coordinar y corregir disparidades entre las Comunidades Autónomas y dotarlas de herramientas y medios para cumplimentar sus objetivos, se traduce en desarrollos normativos dispares para personas con necesidades de cuidados similares (Huete-García, Chavarri-Carvajal, y Morales-Romo, N, 2021).

4.1 El oscurantismo de los copagos: Estimaciones de los ingresos

La LAPAD estableció que las personas usuarias colaboren en la financiación del coste de las prestaciones (copagos). Los copagos se aplican tanto en la prestación de servicios como en las prestaciones económicas. Existe total “oscurantismo” sobre el importe recaudado por las CCAA de los copagos. Ni las estadísticas del IMSERSO ni las memorias de las CCAA incluyen información al respecto. En cambio, disponer de los datos de ingresos de los copagos es importante para observar la presión

6. RD 1051/2013, de 27 de diciembre por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

7. Porcentajes del valor del patrimonio según la edad de la persona beneficiaria.

de los copagos en las personas usuarias y analizar el impacto de los diferentes modelos de copagos en la contribución financiera de las CCAA.

4.1.1 Estimación de los copagos en las prestaciones de servicios

Para subsanar el agujero informativo, se realiza una estimación de los copagos utilizando datos del IMSERSO para el informe de evaluación del SAAD 2022.

En primer lugar, se estima el ingreso medio de los copagos de las prestaciones en servicios por las CCAA, resultando un **ingreso medio por prestación de 161,2 euros al mes**. Sin embargo, se observa que hay una gran dispersión territorial en los ingresos de los copagos, oscilando desde prácticamente cero en Baleares y Canarias hasta los 390,2 euros al mes en Cantabria.

Hay cuatro CCAA cuyo ingreso medio mensual está por encima de los 300 euros, tres CCAA que están entre 200 y 300 euros, cinco CCAA entre 100 y 200 euros, tres CCAA cuyo copago varía entre 60 y 100 euros y, finalmente, hay dos CCAA —Baleares y Canarias— con un ingreso muy pequeño, por debajo de cinco euros al mes.

Sin profundizar en las características de los copagos de cada una de las CCAA, se intuye que las diferencias en los ingresos de los copagos se debe a los diferentes modelos de copagos aplicados en cada una de ellas y a los diferentes costes de las prestaciones. Por ello, es importante dar visibilidad a la información de los copagos, para analizar las diferencias entre los territorios y, al mismo tiempo, poner en valor la contribución de la financiación de las personas usuarias en los costes de la dependencia. Ver Cuadro 2.

Cuadro 2. Estimación de los ingresos medios mensuales de los copagos de las prestaciones de servicios y por Comunidades Autónomas.

CCAA	Media copago/usuario (euros mes)
CANTABRIA	390,2
NAVARRA	371,6
PAÍS VASCO	341,0
VALENCIA	339,7

CCAA	Media copago/usuario (euros mes)
ASTURIAS	244,2
CATALUNYA	241,6
CASTILLA-LA MANCHA	219,8
GALICIA	179,1
RIOJA	163,1
Media copago (€ mes)	
MADRID	149,7
CASTILLA Y LEÓN	147,4
MURCIA	130,6
ANDALUCIA	98,7
EXTREMADURA	63,0
ARAGÓN	61,9
BALEARES	4,3
CANARIAS	2,9

Fuente:Elaboración propia con datos del Informe Evaluación SAAD 2022.

4.1.2 Estimación de los copagos en las prestaciones económicas

En las Administraciones Públicas, la forma de contabilizar los copagos de las prestaciones económicas es diferente al de las prestaciones en servicios, ya que el copago de éstas se “descuenta” del importe a percibir, lo cual desfigura la información sobre el gasto total de la prestación y, al mismo tiempo, se pierde el rastro del importe del copago soportado por la persona usuaria. Así, en el caso de las prestaciones económicas, el oscurantismo es total.

Para subsanar la falta de información sobre los copagos de las prestaciones económicas, se realizan estimaciones teniendo en cuenta el importe medio mensual pagado en cada tipo de prestación económica y el importe máximo que la persona percibiría si no le hubiesen aplicado el descuento. Los resultados de las estimaciones de los copagos en 2022 no son tan dispares de otras estimaciones realizadas en ejercicios anteriores por la autora y por otros autores (Montserrat, 2008, 2012, 2014; Prada, 2014).

4.1.3 Ingresos de los copagos por tipo de prestación

El cuadro siguiente muestra los resultados de los importes recaudados de los copagos en los diferentes tipos de prestaciones.

Cuadro 3. Porcentajes de los copagos por tipo de prestación.

COPAGOS 2022			
Copagos de las prestaciones de servicios		Copagos de las PEV y PECEF	
Suma importes copagos (M€ año)	1.846,65	Suma importes copagos (M€ año)	410,92
Distibución			Distibución
Servicios en centros residenciales	76,80%	PEV_PAPD (prevención y promoción)	10,3%
Servicios en centros día	8,75%	PEV_TA (teleasistencia)	0,4%
Servicio de ayuda domicilio	12,73%	PEV_SAD (ayuda domicilio)	16,0%
Servicio de prevención y promoción	1,25%	PEV_CDia (centro día)	8,6%
Servicio de teleasistencia	0,47%	PEV_SAR (servicio residencial)	20,3%
		PECEF (cuidados entorno familiar)	44,4%

Fuente: Elaboración propia con datos Imserso 2022.

De los copagos en servicios, cabe destacar que algo más de tres cuartas partes de los copagos (76,8%) proceden de los servicios residenciales y casi el 13% de los servicios de ayuda a domicilio, seguido de los del servicio de centros de día con el 8,7%, siendo irrelevantes los copagos recaudados en el resto de las prestaciones. En relación con los copagos de las prestaciones económicas, cabe destacar que cerca de la mitad del total de los copagos (descuentos) proceden de las PECEF (44,4%), seguido de las prestaciones vinculadas al servicio residencial con el 20,3% y del copago de las prestaciones económicas vinculadas al servicio de ayuda a domicilio con el 16% del total.

4.1.4 Contribución de los copagos en el gasto de las prestaciones de la dependencia

La visión global de la importancia de los copagos en la financiación del gasto de la atención a la dependencia se muestra en el siguiente cuadro. La contribución estimada del total de los copagos de las CCAA en la financiación del gasto de las prestaciones de dependencia es del 22%.

Los copagos de las prestaciones en servicios contribuyen con un 18% y los copagos de las prestaciones económicas en un 4%. Ver Cuadro 4.

Cuadro 4. Estimación de la participación de los copagos en la financiación del coste de las prestaciones (2022).

	% Copago / TOTAL GASTO
COPAGOS SERVICIOS (M€ año)	1.846,65
COPAGOS PEV+PECEF (M€ año)	410,97
TOTAL COPAGOS 2022 (M€ año)	2.257,62
TOTAL GASTO CCAA 2022 (M€ año)	10.253,83

Fuente: Elaboración propia con datos Imserso 2022

5. RESUMEN DE LAS CONTRIBUCIONES FINANCIERAS DE LOS PARTICIPANTES EN LA FINANCIACIÓN DEL GASTO DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La participación de cada uno de los partícipes en la financiación del gasto en atención a la dependencia queda reflejada en el siguiente gráfico. Se observa que el porcentaje de financiación del gasto de la atención a la dependencia a través de los copagos es casi tan importante como la realizada por la AGE y las Comunidades Autónomas financian la mitad del gasto en la atención a la dependencia.

Gráfico 2. Participación de las administraciones públicas y personas usuarias en la financiación del gasto en atención a la dependencia (2022). Gasto certificado CCAA (M€).



Fuente: Elaboración propia con datos IMSERSO 2022.

La infrafinanciación de la AGE en los costes de atención a la dependencia produce un efecto de desplazamiento de la carga financiera hacia las CCAA. Así lo refleja el informe nº 1.484 del Tribunal de Cuentas en la cita siguiente:

“A pesar de que el art 32.2 de la Ley se refiere específicamente a que la AGE asumirá íntegramente el coste derivado del Nivel Mínimo de protección, realmente esta financiación no tiene relación con el coste de las prestaciones, especialmente en el caso de los servicios del catálogo, cuyo coste está muy por encima del Nivel Mínimo establecido. Esto, unido a la suspensión de la financiación del Nivel Acordado a través de las sucesivas Leyes de Presupuestos Generales del Estado y a las cuantías establecidas para la financiación del primer nivel (Nivel Mínimo), que han permanecido invariables durante muchos ejercicios, ha provocado un desplazamiento de la carga financiera en el sostenimiento del sistema hacia las CCAA”.

6. LA SOSTENIBILIDAD DEL SAAD ANTE EL RETO DEL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Las proyecciones demográficas muestran que en los próximos años habrá un incremento importante de la población mayor de 65 años, debido, principalmente, a la baja tasa de fertilidad de las mujeres y el progresivo aumento de la esperanza de vida. A título ilustrativo, se presentan las variaciones entre 2022 y 2050 del aumento de la esperanza de vida a los 65 años: en los hombres habrá una variación de 2,9 años (de 19,5 en 2022 a 22,4 años en 2050), y en las mujeres 2,6 años (de 23,6 a 26,2).

El incremento de la población de más de 65 años sobre el total de la población es una de las consecuencias de los factores expuestos en el párrafo anterior.

El cuadro siguiente muestra el porcentaje de población de 65 años y más, que entre 2024 y 2050 se incrementará en 11,9 puntos porcentuales (pp) y representará casi una tercera parte de la población total. Al mismo tiempo, la ratio de sobreenvejecimiento, entre 2024 y 2050, aumentará 7,6 pp y representará casi el 40% de la población total. Ver Cuadro 5.

Cuadro 5. Proyecciones demográficas: población total y mayores de 65 años, entre 2024 y 2050.

Proyecciones demográficas España. EUROPOP 2023 (Eurostat)					
	2024	2030	2040	2050	Var. 2024-2050
Población (millones)	48,5	49,3	50,3	50,4	1,9
Población 65+ años/ población (%)	20,80%	23,70%	29,10%	32,70%	11,9 pp
Población 80+ años/ población (%)	6,20%	7,10%	9,10%	12,20%	6 pp
Ratio población 80+/población 65+	29,80%	29,90%	31,30%	37,40%	7,6 pp

Fuente: Ageing report. Underlying hypothesis.

El incremento de la población mayor de 65 años y, especialmente, el de los mayores de 80 años, tendrá una incidencia importante en el incremento del gasto de atención a la dependencia por ser el segmento de la población con mayor probabilidad de necesitar este tipo de ayudas. A finales de 2023, casi el 75% de las personas beneficiarias de las prestaciones de la dependencia de la LAPAD tenían más de 65 años, de los cuales más del 50% eran personas de más de 80 años.

El envejecimiento demográfico comportará un incremento en el gasto de cuidados de larga duración. Según las proyecciones de la Ageing Working Group (2021), en España entre 2022 y 2050, dicho gasto incrementará en 0,5 pp del PIB (de 0,8% a 1,3% del PIB). El gasto en cuidados de larga duración abarca un ámbito mayor que el de las prestaciones de la LAPAD, ya que incluye otras prestaciones otorgadas por la Seguridad Social y Mutualidades para las personas en situación de dependencia y, también, el gasto social de las personas en situación de dependencia en centros sociosanitarios o sanitarios (Montserrat Codorniu, 2019). Por ello, se realiza aquí una estimación para el caso concreto de personas en las distintas situaciones de dependencia según la LAPAD.

Con el fin de estimar la variación presupuestaria que puede suponer el incremento de personas en situación de dependencia por el envejecimiento demográfico, se realizan simulaciones previendo dos situaciones: a) la tasa de incidencia⁸ estimada en 2050 será la misma que en 2022 (2,64% de la población total), y b) la tasa de incidencia en 2050 será del 3% de la población total. Suponiendo el mismo coste por persona usuaria de 2022 se obtiene que, en el primer caso, el número de personas usuarias alcanzaría 1,33 millones y el gasto se incrementaría en 590 millones de euros; en el segundo escenario, el número de personas usuarias alcanzaría 1,51 millones y el gasto incrementaría en 2.069 millones de euros. Cabe señalar que el Libro Blanco de la dependencia preveía

8. Tasa de incidencia es la relación entre el número de personas usuarias de las prestaciones de la LAPAD/ número de la población total.

que el número de personas usuarias de las prestaciones de la dependencia alcanzaría, aproximadamente, 1,5 millones cuando el sistema estuviera totalmente implantado. Ver Cuadro 6.

Cuadro 6. Escenarios de incremento de usuarios y gasto en 2050.

Años	Tasa de incidencia (A)	Nº usuarios	Gasto (B) (M€)
2022	2,64%	1.258.180	10.254
2050 (1)	2,64%	1.330.560	10.844
2050 (2)	3%	1.512.000	12.323

Fuente: Elaboración propia con datos ESTSISAAD 2022.

(A) Número personas con prestaciones /Pob. total.
(B) Gasto a precios constantes de 2022.

No obstante, dichas proyecciones de gasto pueden variar sustancialmente debido a múltiples circunstancias: la mayor o menor tasa de incidencia de personas en situación de dependencia, el balance entre cuidados formales/no formales, la proporción de cuidados entre domicilio/institucionalizado, el coste de los cuidados, entre otros. En caso de restricciones presupuestarias en futuros ejercicios y ante los incrementos de gasto estimados, los Gobiernos pueden estar tentados en recurrir a aumentar los copagos para hacer frente al gasto de la dependencia, lo cual podría suponer una pérdida de bienestar en la sociedad.

7. DISFUNCIONES EN EL MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

A continuación, se realiza un repaso de las principales disfunciones detectadas en el modelo de financiación de la LAPAD, con el fin de realizar propuestas para la mejora en la atención a la dependencia.

7.1 Disfunciones del Nivel Mínimo de financiación

Relacionado con el Nivel Mínimo de financiación, se detectan varias “disfunciones”. Las más importantes son, en primer lugar, la distancia entre la cuantía del Nivel Mínimo y el coste medio de las prestaciones (brecha de financiación) según el grado de dependencia y, en segundo lugar,

la utilización de penalizaciones para aquellas CCAA con una mayor proporción de prestaciones de cuidados en el entorno familiar (PECEF).

El siguiente cuadro muestra la evolución de las cuantías anuales del Nivel Mínimo de los últimos cuatro años. Se observa que las variaciones interanuales no se incrementan en el mismo porcentaje en todos los grados y tampoco se aprecia que su evolución obedezca a parámetros relacionados con los costes. Ver Cuadro 7.

Cuadro 7. Evolución de las cuantías del Nivel Mínimo (2020-2023).

Año	Importes Nivel Mínimo (euros mes)			Variaciones interanuales			
	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Año	Grado 1	Grado 2	Grado 3
2020	47,38	84,49	190,13				
2021	60	94	235	2021/2020	26,6%	11,3%	23,6%
2022	67	125	250	2022/2021	11,7%	33,0%	6,4%
2023	76	130	290	2023/2022	13,4%	4,0%	16,0%

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSERSO.

7.2. Brecha de financiación del Nivel Mínimo

El siguiente cuadro muestra la brecha de financiación relacionando los costes medios de las prestaciones y las cuantías del Nivel Mínimo por tipo de prestación en cada uno de los grados de dependencia correspondientes al ejercicio 2022. A continuación, se muestra el porcentaje de recuperación del coste de la prestación con la cuantía del Nivel Mínimo recibida. Los resultados ponen en evidencia que las prestaciones económicas son las que muestran un mayor porcentaje de recuperación del coste. Así, mientras que en la PECEF se recupera casi el 75% del coste y en las PEV el 48%, en las prestaciones en servicios se recupera solo el 26%. Ver Cuadro 8.

Cuadro 8. Brecha de financiación del Nivel Mínimo.

BRECHA FINANCIACIÓN NIVEL MÍNIMO (2022)			
Prestaciones servicios (euros mes).			
	G1	G2	G3
Coste medio prestación servicios	235	666	951
Nivel Mínimo	67	125	250
Brecha Nivel Mínimo (€ mes)	-168	-541	-701
% N. Minimo AGE/ Coste prest.	28,5%	18,8%	26,3%
Prestaciones vinculadas (PEV)			
	G1	G2	G3
Coste medio PEV	239	381	520
Nivel Mínimo	67	125	250
Brecha Nivel Mínimo (€ mes)	-172	-256	-270
% N. Minimo AGE/ Coste prest.	28,0%	32,8%	48,1%
Prestación económica cuidados familiares (PECEF)			
	G1	G2	G3
Coste medio PECEF	138	240	334
Nivel Mínimo	67	125	250
Brecha Nivel Mínimo (€ mes)	-71	-115	-84
% N. Minimo AGE/ Coste prest.	48,6%	52,1%	74,9%

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSERSO.

La escasa cobertura financiera de los costes de las prestaciones en servicios por las reducidas cuantías del Nivel Mínimo puede inducir a las CCAA a una política de prestaciones “low cost”, en la que prioricen la parte económica —prestación con mayor porcentaje de recuperación del coste—, en lugar de proveer la prestación más adecuada a las necesidades de la persona beneficiaria.

7.3 Penalizaciones en la distribución del Nivel Mínimo

La principal penalización a las CCAA es la disminución de la financiación estatal que deberían recibir aquellas en función del tipo de prestaciones que prescribe, más concretamente, la PECEF. Una de las medidas de la Ley 20/2022 fue introducir una penalización a aquellas CCAA con un mayor porcentaje de prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar (RD 1050/2013, de 27 de diciembre). Con este fin, la distribución del Nivel Mínimo que, en principio, se realizaba de acuerdo con variables como el número de prestaciones y grados de dependencia, se le añade otra variable, la del tipo de prestación efectiva. La penalización consiste en rebajar la cuantía que en principio le correspondería a las CCAA en un determinado porcentaje según la proporción de PECEF en relación con la media del conjunto de las CCAA.

Además, a la medida de penalización expuesta en el párrafo anterior, se añade otra que, en principio, podría parecer un premio, ya que consiste en considerar la PECEF como una prestación en servicio, pero siempre que la persona beneficiaria de la prestación celebre un contrato de trabajo con una asistenta para que colabore con la cuidadora familiar en las tareas domésticas del hogar (disposición establecida en el RD 675/2023, de 18 de Julio que modifica el RD 1050/2013 de 27 de diciembre). El resultado de la aplicación de dicha medida es incierto y es posible que el resultado final sea negativo ya que, a priori, no se conoce si el posible ahorro por el importe de la ayuda va a compensar el coste de la contratación de una asistenta.

Las penalizaciones en la financiación del Nivel garantizado por la LAPAD vulneran el principio de la Ley en cuanto que ésta establece que dicha financiación es una contribución “garantizada” para cada prestación. Por ello, el importe del Nivel Mínimo que le corresponda a una CCAA no podría ser rebajado bajo ningún concepto, ni estar supeditado a otras valoraciones que lo dejen prácticamente en un valor insignificante.

7.4 Disfunciones en el modelo de copagos en prestaciones de atención a la dependencia

El modelo de copago definido por el Acuerdo del Consejo Territorial de 10/7/2012 trae consigo una serie de efectos perversos que lo hacen poco equitativo, ejerciendo una elevada presión recaudatoria sobre las personas usuarias con pocos recursos económicos. Entre los factores que afectan a la equidad del modelo se pueden citar: tope en la cuota, imputación del patrimonio en la valoración de la capacidad económica, sistema de tarifas no progresivas, rentas mínimas garantizadas insuficientes y enorme carga burocrática.

Los “topes en la cuota” no hacen más que agravar la regresividad del modelo. La cuota “topada” por arriba blinda a las rentas media-altas de no pagar más del 90% del precio, beneficiando a dichos

segmentos de población. En cambio, las personas con rentas medias y bajas no se benefician del tope de cuota y habrán de pagar el importe total del copago (la cuota resultante de sus ingresos no alcanza el tope).

La inequidad en el copago se acentúa aún más con la inclusión del patrimonio. El hecho de no disponer de las declaraciones del Impuesto sobre el Patrimonio⁹ incide en que no se tenga la certeza de que el usuario haya declarado la totalidad de sus bienes patrimoniales o su valoración sea la correcta.

La imputación del patrimonio no tiene efectos en la capacidad económica de las personas con rentas medias-altas. Ello es debido a que, a partir de un cierto nivel de ingresos, la persona ya llega al “tope” de lo que debe pagar y, por lo tanto, por más que se le impute un valor de éste, su copago no aumenta. Ello provoca que la imputación del patrimonio no tenga incidencia en las personas con rentas medias-altas, consiguiendo un efecto contrario al objetivo deseado (Montserrat, 2009 y 2011).

La perversión del modelo aumenta cuando al imputar un valor que no es líquido en ese momento, por ejemplo, el valor del patrimonio, el copago resultante hace contraer “deuda con la Administración”¹⁰. Este es el caso de una persona que tenga patrimonio, pero sus ingresos líquidos mensuales sean inferiores al importe del copago calculado; por ejemplo, una pensión pequeña y ser propietario de un piso. En este caso, la persona se beneficiaría de la prestación, pero la parte de cuota no satisfecha se convertiría en deuda con la Administración, que podría ser reclamada si la persona liquidase el bien o cuando los herederos lo reciban en herencia. Las consecuencias que podría traer el copago pueden incidir en que la persona beneficiaria desista de la prestación, lo cual produce una pérdida de su bienestar.

Otra disfunción del copago es la burocracia que genera su cálculo, comprobaciones y ajustes, lo cual absorbe mucho tiempo de dedicación de los profesionales encargados de esta tarea.

Otro desajuste del modelo de copago es el importe de renta mínima garantizada, donde el porcentaje del IPREM (IRSC, en Cataluña) establecido es insuficiente para afrontar aquellos gastos personales (audífonos, gafas, dentista, podólogo, etc.) que no son cubiertos por la institución. Esta norma afecta precisamente a las personas con bajos recursos económicos.

El hecho de que no haya un único modelo de copago, sino 17 modelos de copago, hace que una persona, según donde resida, pagará un importe diferente para la misma prestación. La gestión del SAAD, en general, crea una enorme burocracia al estar basado en un sistema de transferencias condicionadas y garantista. El Nivel Acordado y la determinación del copago son buenos ejemplos de las tareas burocráticas que acarrean.

9. No es obligatorio en todas las CCAA y en aquellas que lo aplican solo va dirigido a rentas muy elevadas.

10. Las deudas contraídas figuran como cargas en el Registro de la Propiedad.

8. PROPUESTA DE REFORMA DEL MODELO DE FINANCIACIÓN DE LA LAPAD

Se debería emprender una reforma del modelo de financiación de la LAPAD que corrija las disfunciones del modelo actual, garantizando a las CCAA una financiación suficiente y garantizada por Ley. Así, las cuantías del Nivel Mínimo deberían ajustarse al coste medio de las prestaciones, diferenciándolas según el grado de dependencia y tipo de prestación. Se debería incluir algún tipo de corrector para nivelar los diferentes costes de vida de las CCAA.

Se propone traspasar el presupuesto del Nivel Conveniado al Nivel Mínimo dejando a éste como una única vía de financiación a las Autonomías. Los objetivos establecidos en el nivel Conveniado se pueden continuar exigiendo con el Nivel Mínimo. Además, se beneficiaría de ser una financiación garantizada.

Se deberían suprimir las penalizaciones sobre el tipo de prestaciones (más o menos PECEF) ya que se desvirtúa el objetivo por el que se estableció el Nivel Mínimo. Se debería dar visibilidad a los copagos, tanto por lo que aportan en la financiación como por poner en valor la contribución de las personas usuarias en la financiación de los costes de la dependencia.

8.1 Propuesta de reforma del modelo de financiación de la LAPAD a medio plazo

Existe una propuesta pendiente de desarrollo y aplicación sujeta a la modificación de la LOFCA (Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas) que supondría un cambio sustancial en el modelo de financiación de la LAPAD. Se pasaría del modelo de financiación actual —finalista y garantista— a integrarse en el Sistema de Financiación Autonómico (SFA). Ello supondría una menor carga administrativa en tanto en cuanto el sistema de justificación de financiación se haría por resultados y no por conceptos de gasto, como se realiza actualmente.

Este cambio del modelo de financiación se basa en la consideración de que las prestaciones de la dependencia son servicios esenciales, tal como son catalogadas en la Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

La financiación a través del SFA conllevaría la correspondiente financiación específica, tal como ocurre con los servicios de Educación y Sanidad, y las transferencias públicas no tendrían el carácter finalista y garantista actual.

Un cambio del sistema de financiación de la LAPAD requiere un pacto entre todas las instituciones implicadas en la gestión y financiación del SAAD. El nuevo planteamiento de financiación debe articularse en la nueva revisión del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas.

8.2 Propuesta de reforma del modelo de copago

Se debería emprender una reforma en profundidad del modelo de copago y que fuera aplicable en todas las CCAA, estableciendo criterios de copago equitativos para determinar la capacidad económica y su cuantía, que eviten la autoexpulsión del sistema de las personas beneficiarias con rentas bajas y la regresividad del modelo. Entre los aspectos que se deberían abordar se contemplan: eliminar los topes en los copagos y la imputación del patrimonio en la capacidad económica, así como garantizar un mínimo exento de renta y de renta post-copago por encima del umbral de pobreza (60% de la renta mediana) y aplicar tarifas progresivas que garanticen un progresivo incremento en la cuota en paralelo al incremento de los ingresos.

Con la finalidad de reducir la burocracia en la gestión del copago y lograr la misma cuantía de copago con independencia del lugar de residencia de la persona beneficiaria, se debería establecer un modelo común para todas las Autonomías con una única base de información soportada en el IRPF (Impuesto Renta Personas Físicas), facilitada por la Agencia Tributaria. El cálculo de la cuantía del copago debería estar soportada por un programa informático, común en todas las Autonomías, que dependiendo de la capacidad económica de la persona beneficiaria, del tipo de prestación y de los criterios (comunes) establecidos para determinar la cuota, el programa calculará automáticamente el copago correspondiente de la persona beneficiaria. El sistema de cálculo del copago de los productos farmacéuticos podría ser un buen ejemplo a seguir

9. CONCLUSIONES

Las CCAA son los entes gestores del funcionamiento del SAAD. El gasto de las prestaciones que se generan en cada CCAA es recuperado en parte por la financiación de la AGE y por la contribución de las personas usuarias (copagos). Se detecta “oscurantismo” en la información sobre el volumen de ingresos de los copagos. Las estimaciones realizadas al respecto muestran que los copagos financian algo más de una quinta parte del gasto (22%) y su aportación no es muy diferente de la realizada por la AGE con el 26%. Ello da lugar a una contribución financiera de las Autonomías del 52%, aproximadamente. Se estima que la contribución de los copagos de las prestaciones en servicios es un 18% del gasto total y la de los copagos de las prestaciones económicas es un 4%. Estos datos ponen de relieve la importancia de los copagos en la financiación del gasto del SAAD.

La consecuencia de los fallos del sistema de financiación de la AGE a las CCAA impulsa un aumento de aquellas prestaciones con un mayor retorno económico para estas, como son las prestaciones económicas de la PEV y de la PECEF, poniendo en peligro la adecuación de las prestaciones según las necesidades de las personas.

La infrafinanciación de la AGE a las CCAA mediante el Nivel Mínimo se agranda a medida que crecen los costes de las prestaciones. La financiación del Nivel Acordado no siempre consigue cumplir con los objetivos previstos en algunas CCAA. Se debería abordar en profundidad la reforma del modelo de financiación de la AGE a las CCAA.

El modelo de copago no garantiza la equidad de los copagos entre las personas usuarias. Los factores más distorsionantes son los topes en las cuotas, la imputación del valor del patrimonio en la capacidad económica y la garantía de rentas. Todo ello, junto con la existencia de 17 modelos de copago, incide en que para una misma prestación se pague una cuota diferente o se reciba un importe diferente, en el caso de una prestación económica, según la ubicación del domicilio de la persona usuaria.

El reto demográfico del envejecimiento implica un desafío para la sostenibilidad del SAAD. El porcentaje de personas susceptibles de recibir prestaciones de dependencia (mayores de 65 años) representará, en 2050, un tercio de la población total, y la tasa de sobre envejecimiento será de casi el 40%. El impacto sobre el gasto público dependerá de la tasa de incidencia de la población en situaciones de dependencia, de los costes de atención y de la proporción entre personas en el domicilio y personas en instituciones. Las estimaciones realizadas muestran que el gasto puede aumentar, respecto del año 2022, entre 590 y 2.069 millones de euros a precios constantes de 2022. En el caso de restricciones presupuestarias, es posible que se recurra al incremento de los copagos como una de las alternativas para la sostenibilidad del SAAD, poniendo en riesgo la inclusión y permanencia en él de todas las personas en situación de dependencia.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beitia, R. (2015). La sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y atención a la dependencia durante el trienio 2012-2014. *Revista Zerbitzuan*, 60.
- Del Pozo, R.; Pardo, I. y F. Escribano. (2017). El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 23-29.
- European Commission. (2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Brussels.
- (2015). "Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)". Ageing report, European Commission, Brussels.
- (2018). "The 2018 Ageing report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Members States (2016-2070)", European Commission, Brussels.
- (2023). "Ageing Report. Underlying Assumptions, A projection methodologies".
- Fink, M. & Valkova, K. (2018). *ESPN Thematic report on challenges in long term care in Austria*, European Social Policy Network, European Commission, Brussels.
- Gerlinger, T. (2018). *ESPN Thematic report on challenges in long term care in Germany*. European Social Policy Network, European Commission. Brussels.
- Guillén, A.M. y Rodríguez Cabrero, G. (2015). Evolución del Estado de Bienestar en España, en Torres Albero, C. (ed.), *España 2015. Situación social*. Madrid, CIS: 1019-1030.
- Huete-García, A., Chaverri-Carvajal, A. y Morales-Romo, N. (2021). El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España (SAAD): Memoria de debilidades desde su implantación. *Revista Prisma Social*, (32), 25–44.
- IMSERSO (2004). Libro Blanco de Atención a las Personas Dependientes en situación de dependencia en España. Imserso, Madrid.
- (2017a). Las personas mayores en España. 2016, Imserso, Madrid.
- (2017b). Informe de la comisión de análisis de la situación de dependencia.

---- (2022). Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD).

Izaola, A. y Zubero, I. (2016). Estudio de situación y alternativas de gestión del SAD en Ermua y Bizkaia. Universidad del País Vasco.

Jiménez Lara, A. (2014). Evolución de la población en situación de dependencia: retos y tendencias. *Actas de la Dependencia*, 11, 2014: 5-27.

---- (2015). Valoración de la situación del SAAD y propuestas de futuro. *Documentación Social*, 177, 209-226.

---- (2017). "La atención a la dependencia: situación actual y perspectivas. *Panorama social*, nº 26. Segundo semestre, 2017.

Jiménez-Martín, S. y Viola, A. (2017). Observatorio de dependencia, segundo informe. *Estudios sobre la Economía Española*, 2017/22, FEDEA.

Le Bihan, B. (2018). *ESPN Thematic report on challenges in long term care in France*, European Social Policy Network, European Commission. Brussels.

Marbán Gallego, V. (2019). El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas. *Documento de trabajo*, 4.9. FOESSA.

Marbán Gallego, V. y Rodríguez Cabrero, G. (2017). Servicios sociales y atención a la dependencia. *Gaceta Sindical*, 28: 337-354.

Martín-Serrano, E. (2014). ¿Es todavía posible un sistema de dependencia como motor económico y de empleo?. *Actas de la Dependencia*, 11, 2014, 29-56.

Martínez Buján, R. y Martínez Virto, L. (coords.) (2015). La organización social de los cuidados de larga duración en un contexto de austeridad y precariedad. *Zerbitzuan*, 60. C

Montserrat Codorniu, J. (2007). El impacto de la Ley de la dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración. *Estudios de economía aplicada*, vol.25: 379-406.

---- (2009). La tercera vía de financiación: La contribución económica del usuario. *Presupuesto y gasto público*, nº 56: 127-143.

- (2010). La política redistributiva de las prestaciones de la dependencia: análisis del impacto del copago en las rentas de los usuarios. *Documentos del Instituto de Estudios Fiscales*, nº 10.
- (2011). Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Costes e impactos en las rentas de los usuarios. *Papeles de Economía Española*, nº 129: 195-207.
- (2014). El impacto de la crisis en el Sistema de atención a la dependencia: ¿Hacia un cambio de modelo?. *VII Informe FOESSA*. Madrid. Cap. 5: 343-345.
- (2015a). Impactos de las medidas de estabilidad presupuestaria en el sistema de autonomía y atención a la Dependencia: retos del futuro. *Revista Zerbitzuan*, 60: 9-36.
- (2015b). El desarrollo de la LAPAD: propuestas para el futuro. *Documentación Social*, 177: 181-208.
- (2019). Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia. *Papeles de Economía española*, nº161.
- (2020) "La calidad del empleo en las residencias para mayores: incidencia en la gestión de la covid-19". *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. Revista de servicios sociales*.
- (2021). El impacto de la pandemia en las residencias para personas mayores y las nuevas necesidades de personal en la etapa post-COVID. *Panorama social*, Nº. 33, 2021

Montserrat CODORNIU, J. y Montejo, I. (2013). El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Fundación Caser (<http://goo.gl/f8QjgY>).

OCDE (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.

---- (2017a). Long-term care expenditure. *Health at a glance: OECD indicators*.

---- (2017b). Measuring social protection for long-term care.

Prada, M.D. y Borge, L.M. (2014). Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación. Fundación Caser. Madrid.

Rodrigues, R. (2015), Long-term care – the problem of sustainable financing, Synthesis Report. Peer Review in Social Protection and Social Inclusion, Slovenia 18-19 November 2014. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13212&langId=en>

Rodríguez Cabrero, G. (coord.). (1999). La protección social de la dependencia. Madrid: MTAS.

--- (2015), Tendencias recientes en la protección social de la dependencia en la UE. *Documentación social*, vol 177: 19-41.

--- (2020). El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, Consejo económico y social. Informe nº 03/2020.

--- (2024). Los cuidados de larga duración en Europa. Modelos, políticas y retos, Capítulo XIV, en E. del Pino y J. Rubio (editores): Los estados de Bienestar en la encrucijada. Madrid: Tecnos, 2024.

Rodríguez Cabrero, G. y Marbán Gallego, V. (2013). Long-term care in Spain: Between family care tradition and the public recognition of social risks, en Ranci, C & Pavone, E (eds.) *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*, New York.

Rodríguez Cabrero, Marbán Gallego, V., Arriba, A., Montserrat Codorniu, J., Moreno Fuentes, G.J. (2018). *Thematic Report on challenges in long term care in Spain*. European Social Policy Network, European Commission. Brussels.

Schön, P & Heap, J (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care*. European Social Policy Network, European Commission. Brussels.

Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. & Vanhercke.B. (2018). *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network, European Commission. Brussels.

Tribunal De Cuentas. (2014), *Informe de Fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006*, de 14 de diciembre. <http://goo.gl/JNQCCT>

--- (2023). Informe nº1484 de seguimiento de las recomendaciones realizadas por el Tribunal de cuentas en el informe “fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas en las Comunidades Autónomas para la adecuada aplicación d la Ley 39/2006, de 14 de

diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en Situación de dependencia.

Zalakain, J. (2018). "Costes, copagos y herencias: pistas para reformar la financiación de la dependencia". *Agenda Pública*, 3 de octubre 2018, <https://goo.gl/uTvaY6>

Anexo 1. Evolución lista de espera y número de días de espera para la prestación.

	Días espera hasta resolución de prestación (1)				Total personas en lista de espera (2)			
	31/12/2022	31/12/2023	var. interan.	var. 4 años (3)	31/12/2022	31/12/2023	var. interan.	var. 4 años (3)
Andalucía	544	557	2,5%	-12,7%	67.078	61.539	-8,3%	-32,8%
Aragón	241	190	-21,2%	-53,4%	1.652	2.049	24,0%	-63,1%
Asturias	245	304	24,1%	-43,2%	3.376	3.986	18,1%	-21,9%
Baleares	226	219	-3,1%	-21,3%	2.953	3.997	35,4%	115,5%
Canarias	977	647	-33,8%	-21,9%	19.345	18.601	-3,8%	-24,9%
Cantabria	197	173	-11,7%	-36,2%	899	2.043	127,3%	13,1%
Castilla y León	125	127	2,0%	-34,2%	3.172	643	-79,7%	-92,8%
Castilla - La Mancha	190	191	0,3%	-26,6%	3.569	3.142	-12,0%	-49,4%
Cataluña	295	281	-4,7%	-44,3%	69.019	48.782	-29,3%	-38,0%
C. Valenciana	300	279	-7,0%	-47,4%	13.997	21.087	50,7%	-20,4%
Extremadura	381	309	-18,8%	-49,5%	5.210	4.848	-6,9%	-42,7%
Galicia	364	362	-0,5%	7,0%	6.154	3.962	-35,6%	-45,4%
Madrid	268	288	7,8%	1,6%	7.938	7.496	-5,6%	-68,6%
Murcia	486	509	4,7%	7,4%	9.272	11.311	22,0%	29,5%
Navarra	182	178	-1,9%	-2,7%	583	542	-7,0%	-14,9%
País Vasco	136	140	2,4%	-4,5%	9.554	10.108	5,8%	11,0%
Rioja	263	203	-23,0%	-18,5%	602	275	-54,3%	-86,9%
Ceuta + Melilla	149	179	20,1%	40,7%	320	344	7,5%	-15,9%
Media total o Total	344	324	-5,7%	-19,5%	224.693	204.755	-8,9%	-34,3%

(1) Tiempo medio desde la Solicitud de dependencia hasta la Resolución de Prestación.

(2) Con más de seis meses de espera para: resolución de grado, resolución de prestación o prestación efectiva (últimos 12 meses).

(3) Variación entre enero 2020 y diciembre 2023.

Fuente: Datos SISAAD IMSERSO.

Anexo 2. Indicadores de financiación de la AGE de los costes de atención de la dependencia.

Año	Nivel Mínimo (M€)	Nivel Acordado (M€)	Total AGE Financ. prest. (M€)	Total AGE convenio cuidadores Seg. Soc. (M€) [1]	Indicadores						
					Gasto total certificado por CCAA (M€)	Nº Personas usuarias [2]	Fin. AGE/ persona usuaria (€ año)	N.Mínimo/ gasto CCAA (%)	N.Acord./ gasto CCAA (%)	Tot. financ. AGE/gasto CCAA (%)	Coste/ persona usuaria (€ año)
2007	82,56	224,09	306,66	19,29							
2008	647,22	260,69	907,91	53,48							
2009	1.214,16	306,29	1.520,44	284,91							
2010	1.510,04	306,24	1.816,28	331,93							
2011	1.284,42	306,20	1.590,63	357,21							
2012	1.380,48	-	1.380,48	239,00	6.867,12	763.349	1.808	20,10%		20,10%	8.996
2013	1.216,38	-	1.216,38	-	6.808,41	746.696	1.629	17,87%		17,87%	9.118
2014	1.128,26	-	1.128,26	-	6.636,74	732.781	1.540	17,00%		17,00%	9.057
2015	1.193,20	-	1.193,20	No dotado	7.153,22	756.316	1.578	16,68%		16,68%	9.458
2016	1.191,55	No dotado	1.191,55	-	7.304,33	827.767	1.439	16,31%	No dotado	16,31%	8.824
2017	1.228,35	-	1.228,35	-	7.570,32	904.283	1.358	16,23%		16,23%	8.372
2018	1.347,60	-	1.347,60	-	8.073,55	992.766	1.357	16,69%		16,69%	8.132
2019	1.382,22	-	1.382,22	68,48	8.606,72	1.082.856	1.276	16,06%		16,06%	7.948
2020	1.384,06	-	1.384,06	138,05	8.907,45	1.111.883	1.245	15,54%		15,54%	8.011
2021	1.685,48	306,96	1.992,44	147,54	9.704,65	1.163.355	1.713	17,37%	3,16%	20,53%	8.342
2022	2.137,51	523,74	2.661,25	173,85	10.253,83	1.258.180	2.115	20,85%	5,11%	25,95%	8.150

Nota: No se incluyen datos de Ceuta ni de Melilla.

[1] Estos importes son un gasto directo del Estado que queda al margen de los costes y financiación de las prestaciones

[2] Estos valores son una media anual resultante de promediar las cifras de cierre de los doce meses.

No son las de 31 de diciembre.

Fuente: Elaboración propia con datos del SISAAD.



La gobernanza y las diferencias interterritoriales en el SAAD.

Governance and inter-territorial differences in the SAAD.

Vicente Marbán Gallego

vicente.marban@uah.es

Universidad de Alcalá.

Recibido: 03/03/2024

Aceptado: 24/04/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.
Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Marbán Gallego, V. (2024). La gobernanza y las diferencias interterritoriales en el SAAD. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 80-91.

RESUMEN

El modelo de gobernanza resultante de la Ley 39/2006 es un sistema de reparto competencial complejo integrado en los servicios sociales, de competencia exclusiva de las regiones, pero supeditado relativamente a ser garantizado como derecho básico en el conjunto del Estado. En este texto se analiza cuál es la génesis más inmediata del actual modelo de gobernanza del SAAD, su encaje en el contexto europeo y los retos de futuro. Se destaca cómo el actual modelo de gobernanza del SAAD es el resultado de la negociación entre los distintos actores sociales implicados, optando finalmente por su integración en los servicios sociales y encajado en las pautas generales de los modelos de cuidados de larga duración europeos como un sistema descentralizado, organizado en torno a formas de gobierno multinivel. Se destacan como principales retos la conciliación de la armonización e igualdad en el acceso a las prestaciones, con la flexibilidad y adaptación a las peculiaridades territoriales y a la capacidad de decidir de las personas en situación de dependencia, mejorar la coordinación sociosanitaria, la cooperación y la lealtad institucional entre los distintos niveles de la administración, y finalmente, reducir la inequidad interterritorial en acceso, cobertura, copago y tipos de prestaciones.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, Cuidados de Larga Duración, Autonomía Personal, Estado de Bienestar, Política Social.

ABSTRACT

The model of governance resulting from Act 39/2006 is a complex system of distribution of competences integrated into the social services, which are the exclusive competence of the regions, but relatively subject to be guaranteed as a basic right in the State as a whole. This text analyses the most immediate genesis of the current governance model of the SAAD, how it fits into the European context and the challenges for the future. It highlights how the current governance model of the SAAD is the result of negotiation between the various social actors involved, ultimately opting for its integration into social services and fitting into the general pattern of European long-term care models as a decentralised system organised around multilevel forms of governance. The main challenges are to reconcile harmonisation and equality in access to benefits with flexibility and adaptation to territorial peculiarities and the decision-making capacity of dependent persons; to improve social and health care coordination and cooperation and institutional loyalty between the different levels of administration; and finally to reduce inter-territorial inequality in access, coverage, co-payment and types of benefits.

KEYWORDS

Dependency, Long-term Care, Personal Autonomy, Welfare State, Social Policy.

1. INTRODUCCIÓN

En el diseño de los sistemas de cuidados de larga duración (CLD) la regulación, gobernanza, financiación y estructura de esta política pública son aspectos clave por su impacto en la accesibilidad, suficiencia, asequibilidad, adecuación y calidad prestacional de los servicios y prestaciones.

El concepto de gobernanza puede entenderse en un sentido amplio como la colaboración y participación de un extenso conjunto de *stakeholders* o agentes implicados (las administraciones públicas, agentes sociales, tercer sector, empresas, entorno comunitario, organizaciones profesionales, las personas beneficiarias y cuidadoras, entre otros) en los procesos de diseño e implementación de esta política social. En sentido estricto, sin embargo, la gobernanza puede entenderse como la arquitectura de competencias y la responsabilidad de cada nivel de la administración pública en la atención a las personas dependientes en el SAAD. Tal gobernanza estaría estrechamente relacionada con la coordinación del sistema en dos niveles: nivel horizontal, entre los servicios sociales y sanitarios, y a nivel vertical entre las distintas administraciones públicas.

La gobernanza del SAAD, por lo tanto, resulta ser un fenómeno complejo de analizar por implicar a un amplio elenco de agentes y niveles de coordinación. Dada la limitada extensión del texto, nos centraremos en la gobernanza del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) desde un punto de vista más estricto entre las administraciones públicas y a nivel vertical. Acotado el objeto, el objetivo de este texto será responder a varias preguntas sobre la gobernanza del SAAD, en particular: ¿Por qué se optó por este sistema de gobernanza?, en otras palabras, ¿cuál es la génesis más inmediata del actual modelo de gobernanza?. En segundo lugar, trataremos de responder a la cuestión de si nuestro modelo de gobernanza es distinto al de otros sistemas europeos de cuidados de larga duración, para concluir planteando una serie de retos de futuro.

2. ¿POR QUÉ SE ELIGE ESTE SISTEMA DE GOBERNANZA? ¿CUÁL ES LA GÉNESIS MÁS INMEDIATA DEL ACTUAL MODELO DE GOBERNANZA DEL SAAD?

El actual modelo de gobernanza del SAAD es el resultado de intensos procesos de negociación entre los distintos actores sociales implicados (Administración General del Estado (AGE), Comunidades Autónomas (CCAA), sindicatos, patronal, tercer sector y organizaciones profesionales, entre otros) que, siguiendo a Sabatier y Jenkins-Smith (1999), han establecido diferentes combinaciones de “coaliciones promotoras” sobre la base de ideas, intereses y convicciones, a veces coincidentes, otras contrapuestas, entre estos actores sociales.

Muchos factores contribuyeron a la configuración del actual modelo de gobernanza. No obstante, descuellan tres hitos que conformaron el debate y la actual estructura del SAAD: los procesos de ne-

gociación y diálogo entre la AGE y las CCAA con el marco competencial de fondo, el acuerdo social sobre la acción protectora de la atención a las situaciones de dependencia firmado entre patronal, sindicatos y gobierno en diciembre de 2005, para el cual se tomó como base de debate el tercero de los hitos que queremos destacar, como fue el Libro Blanco de la Dependencia (publicado a principios de enero de 2005) (IMSERSO, 2005).

En España, hasta la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), la atención a las situaciones de dependencia sobre todo tenían una doble respuesta. Por una parte, a través de la Seguridad Social mediante la pensión de gran invalidez contributiva y la ley de prestaciones no contributivas de 1990 para las personas con un grado de discapacidad elevado que les impide realizar actividades de la vida diaria. Por otra parte, vía la rama de servicios sociales de los Municipios, Diputaciones y Comunidades Autónomas, cuya respuesta a las necesidades de la dependencia se producía de manera fragmentada y bajo criterios asistenciales.

En los debates producidos durante la génesis de la gobernanza del SAAD se plantearon diferentes posibilidades que describimos muy sucintamente a continuación.

Durante el proceso de elaboración de la LAPAD, la inclusión del sistema de CLD en el marco de la Seguridad Social, como sucede, por ejemplo, en el modelo alemán, o bien fuera de ella, financiada vía impuestos como en el sistema nórdico, fue objeto de intenso debate entre los agentes sociales.

Con la elaboración del libro Blanco de la Dependencia se estuvo valorando incluir el SAAD dentro del sistema de la Seguridad Social, tal y como proponía el Informe del Defensor del Pueblo (2000) y, en cierto modo, se desprendía de algunas partes de la lectura del Libro Blanco (IMSERSO, 2005) basándose en otros países inspiradores en CLD como Alemania, Austria o Luxemburgo.

Incluir el SAAD en la rama contributiva de la Seguridad Social suponía dar competencias exclusivas a la AGE, a la vez que simplificaba el proceso mediante la existencia un punto único más centralizado de acceso y de valoración de la dependencia. Sin embargo, ello habría ocasionado tensiones y conflictos de intereses con la patronal, opuesta a un aumento en las cotizaciones en el caso de incluirse en la rama contributiva, y con las CCAA al querer preservar sus competencias en servicios sociales.

Descartada la vía contributiva, otra posibilidad a valorar fue su inclusión como modelo de protección universal en la rama no contributiva de la Seguridad Social con una financiación fiscal separada, no sujeta a cotizaciones sociales. Esto, en cierto modo, habría sido compatible con un sistema más descentralizado que en la anterior opción contributiva, ya que las prestaciones económicas, como sucede con las pensiones no contributivas, podrían ser tramitadas íntegramente por las CCAA, o bien, que la gestión de las prestaciones económicas estuviera centralizada, mientras que

la de los servicios se descentralizara en las administraciones territoriales. Por un lado, este marco no contributivo de la Seguridad Social seguiría manteniendo los principios de caja única y solidaridad financiera (art. 149.1.17 CE) y simplificaría la actual financiación del SAAD. Por el contrario, se corría el riesgo de que el SAAD, de estar incluido en este marco de la Seguridad Social, se convirtiera en un sistema de prestaciones económicas, ya que las prestaciones de la Seguridad Social suelen ser fundamentalmente económicas. Además, igualmente contaba con el rechazo frontal de las CCAA por invasión de competencias.

Finalmente, en la LAPAD se optó por un sistema integrado en los servicios sociales y basado en la co-gobernanza entre la AGE y las CCAA, sometida a reglas de cooperación y coordinación institucional que han propiciado inevitables tensiones institucionales y financieras en la puesta en marcha de un sistema complejo, con asimetrías entre las regiones en su desarrollo y resultados. Su integración como un derecho subjetivo universal en la red asistencial de servicios sociales ha obligado a ajustar un sistema de servicios sociales diseñado como una red asistencial con limitada cobertura y equidad interterritorial, en un sistema que dé cobertura a una contingencia considerada como un derecho subjetivo con una orientación universal. Todo ello sin que a nivel de todo el Estado existiera una ley ni un sistema coherente que articulara los diversos modelos de servicios sociales existentes, aspecto que todavía lastra en cierto modo al actual SAAD.

3. EL MODELO DE GOBERNANZA DEL SAAD ¿ES DISTINTO AL DE OTROS SISTEMAS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN?

Aunque hay diferencias entre los estados europeos, nuestra estructura de gobernanza se asemeja mucho a la pauta general de los sistemas europeos de cuidados de larga duración, basada en la existencia de sistemas descentralizados organizados en torno a formas de gobierno multinivel.

Por lo general, en los países de la Unión Europea el marco común es de regulación estatal y la aplicación específica se produce en el ámbito regional o municipal. La administración central es la encargada de regular el sistema y financiar una parte del coste, mientras que las regiones o los municipios son la estructura operativa y de gestión directa del sistema, con competencias en la planificación y gestión del acceso a la red de servicios públicos y privados concertados, además de complementar la financiación de los sistemas y gestionar el copago. La regionalización combinada con la municipalización predomina en la mayoría de los regímenes de bienestar, mientras la municipalización predomina en el régimen nórdico de bienestar¹. El papel de las organizaciones del tercer sector, de los sindicatos y organizaciones empresariales (con algunas diferencias entre países) suele tener un carácter vicario o consultivo.

1. No obstante, en algunos países como Finlandia (reforma sociosanitaria SOTE aprobada en enero de 2023) se está produciendo cierta tendencia hacia la reorganización territorial de los CLD en menos unidades administrativas y de mayor tamaño (dando más relevancia a los 21 condados de servicios de bienestar más Helsinki en lugar de más de 293 municipios).

Nuestro modelo de gobernanza, con sus peculiaridades, no es muy diferente a los patrones europeos generales. La gestión del SAAD está descentralizada, la AGE regula las condiciones básicas del sistema para garantizar la igualdad del derecho de atención de CLD en todo el Estado, aportando un nivel mínimo de financiación para unas prestaciones básicas en el conjunto del territorio. Es la administración responsable de la gestión del Sistema de Información del SAAD (SISAAD). La AGE, junto con las Comunidades Autónomas (CCAA), ejercen a través del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (CTSSD) una cierta coordinación del sistema, un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia. El CTSSD lo componen varios representantes de la AGE, Consejeros y Consejeras de las 17 CCAA, 2 representantes de las ciudades autónomas competentes en materia de Servicios Sociales y Dependencia y 2 representantes de las Corporaciones Locales (CCLL) con voz y sin voto. Las Comunidades Autónomas son la estructura operativa del sistema, pues son las competentes de la gestión de la dependencia, desde el inicio, con la recepción de la solicitud, hasta la concesión efectiva de las prestaciones, pasando por la valoración del grado de dependencia conforme a un baremo de valoración y la concertación de la prestación de servicios. Las CCLL, a través de la Federación Estatal de Municipios y Provincias (FEMP), también forman parte del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SISAAD. Si bien desempeñan un papel vicario o subordinado en el gobierno del sistema en cuanto que participan de la gestión según las competencias que les deleguen sus respectivas CCAA, pueden complementar la cesta de prestaciones con recursos propios, sobre todo ayuda a domicilio.

Los agentes sociales, económicos y de la sociedad civil se incorporan al sistema respectivamente mediante los comités y los consejos consultivos de personas mayores, personas con discapacidad y las ONG de acción Social con las funciones de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento de dicho sistema.

El resultado de nuestro sistema de CLD en términos de gobernanza es limitado por varias razones: 1) la presencia institucional en el SAAD de las organizaciones profesionales es escasa; 2) la participación de los Consejos Consultivos y el Comité Consultivo es incompleta al realizarse "a posteriori" y con una escasa influencia en el proceso de toma de decisiones; 3) La cooperación entre las administraciones es insuficiente; 4) la implementación del SAAD en las CCAA se ha producido a distintas velocidades con sus consiguientes efectos de inequidad interterritorial (despliegue desigual entre las CCAA con diferencias en el copago, en los procedimientos de acceso, en niveles de cobertura y en el esfuerzo financiero) lo que, como comentaremos a continuación, sigue suponiendo un reto de gran calado para el SAAD.

4. RETOS DE PRESENTE Y FUTURO DEL SAAD

El SAAD necesita un cambio de paradigma. El diagnóstico sobre las limitaciones y los cambios que es necesario introducir en el SAAD ya han sido puestos de manifiesto en diferentes mesas, comisiones y evaluaciones del SAAD. El Pacto de Estado de la Dependencia de diciembre de 2016, la Comisión de Estudio del SAAD surgida tras la Conferencia de Presidentes en 2017 o los diferentes informes de evaluación del SAAD, por poner varios ejemplos, hicieron un diagnóstico certero de las mejoras que necesita el sistema, sin que se haya dado un paso decidido para su perfeccionamiento hasta el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023, surgido de la Mesa de Diálogo Social de julio de 2020 e inspirado por las carencias del sistema evidenciadas durante la pandemia y por la llegada de fondos europeos.

Aspectos como la desinstitucionalización o la atención integral centrada en la persona (AICP) emergen en la agenda pública de los cuidados de larga duración con el reto de fondo sobre cómo encajarlos en un sistema muy burocratizado y articulado sobre soluciones institucionalizadas de cuidados. En este sentido, destacaría dos retos que están interrelacionados. Por un lado, cómo conciliar el derecho a elegir de las personas dependientes y sus familias con recibir la prestación más adecuada. El derecho de las personas en situación de dependencia, basado en la libre elección y decisión sobre el tipo de atención deseada, tal como proclama la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) (art. 3, 1), debe ser compatible con recibir la prestación más adecuada. El ejercicio del principio de la autonomía individual y la personalización, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas, basado en la aplicación del modelo de AICP, tiende a chocar con obstáculos exógenos, como son la lógica de “rodillo administrativo” de los sistemas de CLD y obstáculos endógenos relacionados con el rol que deben tener las personas cuidadoras informales o con las diferencias de partida que afrontan determinados colectivos en función de sus características sociales, culturales, educativas o relaciones en el proceso de decisión. Es decir, en el proceso de decisión no todas las personas parten de la misma situación, debido a diferencias sociales, culturales, educativas o relaciones, y la capacidad de decidir de las personas dependientes también debe tener en cuenta a las personas cuidadoras (generalmente mujeres).

En este sentido, resulta imprescindible reforzar los modelos de gestión intensiva de casos mediante la figura del gestor o gestora de casos para acompañar y orientar a la persona en situación de dependencia y a su familia sobre cómo organizar el cuidado, conectando y articulando en un paquete coherente e integrado el conjunto de los servicios y apoyos (sociales, sanitarios y comunitarios). Por otro lado, está el reto de cómo conciliar la armonización e igualdad, garantizando un mínimo común de derechos de toda la ciudadanía en cualquier parte del territorio español con el acceso a las prestaciones con flexibilidad, adaptación a las peculiaridades socioeconómicas, geográficas y demográficas del territorio, y con proximidad, autonomía y capacidad de decidir de las personas

en situación de dependencia. En este sentido, la estructura de servicios y prestaciones debe adaptarse a las necesidades de la población y a la estructura socioeconómica y territorial de cada región (dispersión territorial, equilibrio rural y urbano...) sin comprometer la igualdad en parámetros de accesibilidad, suficiencia, asequibilidad, adecuación y calidad prestacional de los servicios y prestaciones.

Otro reto está relacionado con mejorar la cooperación y lealtad institucional entre los distintos niveles de la administración. Solo así el actual sistema de co-gobernanza entre AGE y CCAA será capaz de gestionar eficazmente el SAAD y de mejorar la confianza institucional para hacer efectiva la cooperación entre las administraciones públicas. El actual modelo de gobernanza es un sistema cooperativo y complejo de reparto competencial, lo que ha generado dificultades de interpretación con la exclusividad competencial autonómica sobre los servicios sociales. Los acuerdos del CTSSD deben gozar de seguridad jurídica para que las decisiones que se tomen de manera consensuada sean aplicadas de manera efectiva en los diferentes territorios, priorizando las necesidades de las personas sobre estrategias y argumentarios partidistas y polarizados. Para ello es necesario pactar y respetar los principios, indicadores y objetivos comunes acordados, donde las regiones tengan flexibilidad para implementarlos con los instrumentos y procesos que mejor se adapten a su realidad socioeconómica, territorial y cultural (IMSERSO,2022).

La coordinación entre los ámbitos de los servicios sociales y sanitario sigue siendo un reto del SAAD, que no se superará mientras sigan existiendo diferentes culturas profesionales e inercias administrativas ni se articulen y comparten procesos de información, acceso, valoración y protocolos flexibles de coordinación y derivación de beneficiarios entre ambos sistemas.

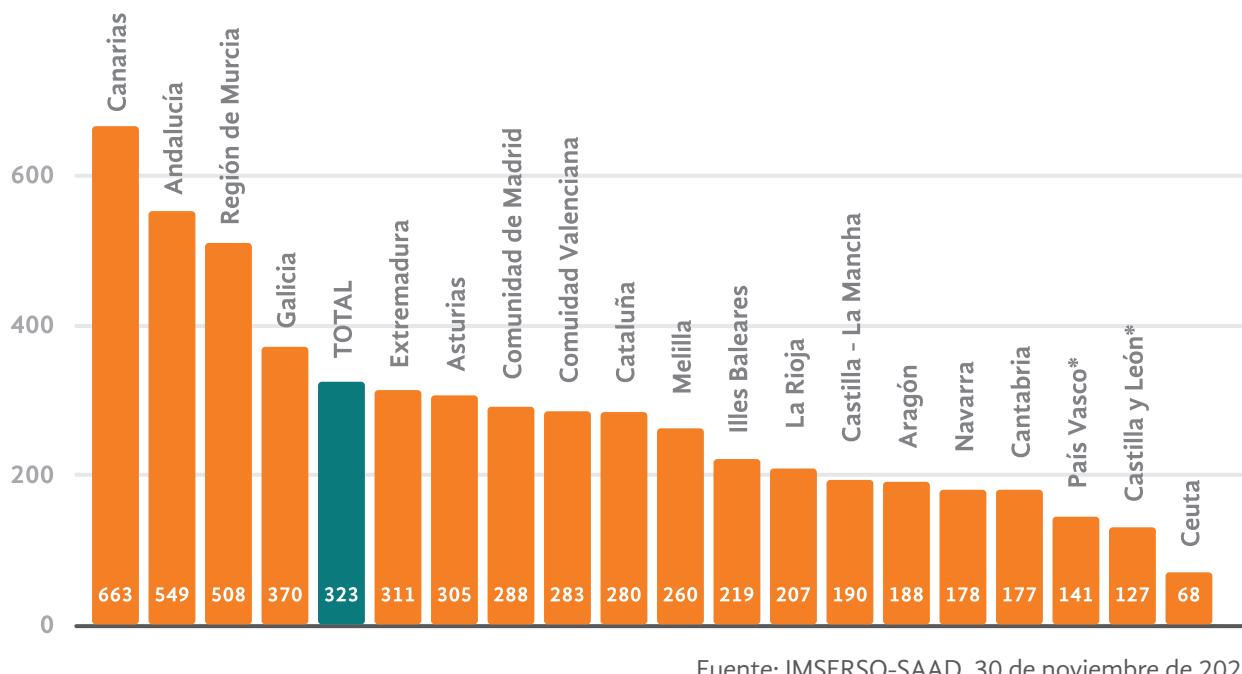
Del mismo modo, también existen diferencias significativas entre las CCAA en cuanto a la valoración de la capacidad económica de los beneficiarios y a los criterios de copago, debido a diferencias en los importes de la cuantía de renta exenta, los colectivos exentos de la obligación del copago, bonificaciones en la cuota según las características de las personas, tramos de renta y porcentajes diferentes para la determinación de la cuota o deducciones en la cuota por diversas circunstancias (familiares o vivienda, entre otros). A ello se une la falta de transparencia de las CCAA en la contabilización de los copagos por la ausencia de mecanismos de contabilidad analítica o el escaso desglose de los copagos en algunas CCAA en función de la renta y el patrimonio. Según la última evaluación del SAAD (IMSERSO, 2022) el copago puede situarse por término medio en un 24%, dentro de una horquilla de entre el 15% y el 33% del coste directo de las prestaciones, alcanzando los valores máximos en Navarra y el País Vasco, y los niveles inferiores en Aragón, Extremadura, Valencia y Castilla la Mancha. La determinación de una mayor transparencia del copago requeriría, por lo tanto, la simplificación del método de valoración de la capacidad económica del beneficiario, mejorar los medios técnicos e informáticos para determinar el importe del copago en función de la capacidad económica facilitada por la Agencia Tributaria y las circunstancias personales de la persona beneficiaria.

ciaria, o desarrollar un sistema de contabilidad analítica que refleje los gastos e ingresos derivados de las prestaciones de atención a la dependencia, diferenciados de los del resto de prestaciones de servicios sociales (IMSERSO, 2022).

Por último, la complejidad institucional y de gobernanza del SAAD a su vez tiene un impacto directo en la gestión y los costes derivados de la coordinación y el intercambio de información entre administraciones, propiciando externalidades negativas como la existencia de inequidades interterritoriales en el acceso, cobertura o copago, con diferencias importantes en los tiempos de espera para la valoración y acceso a las prestaciones, en la oferta de la cartera de servicios, en la elegibilidad efectiva (con tasas no desdeñables de non-take up o elegibilidad no manifestada ni demandada) y en la fragmentación territorial de los servicios.

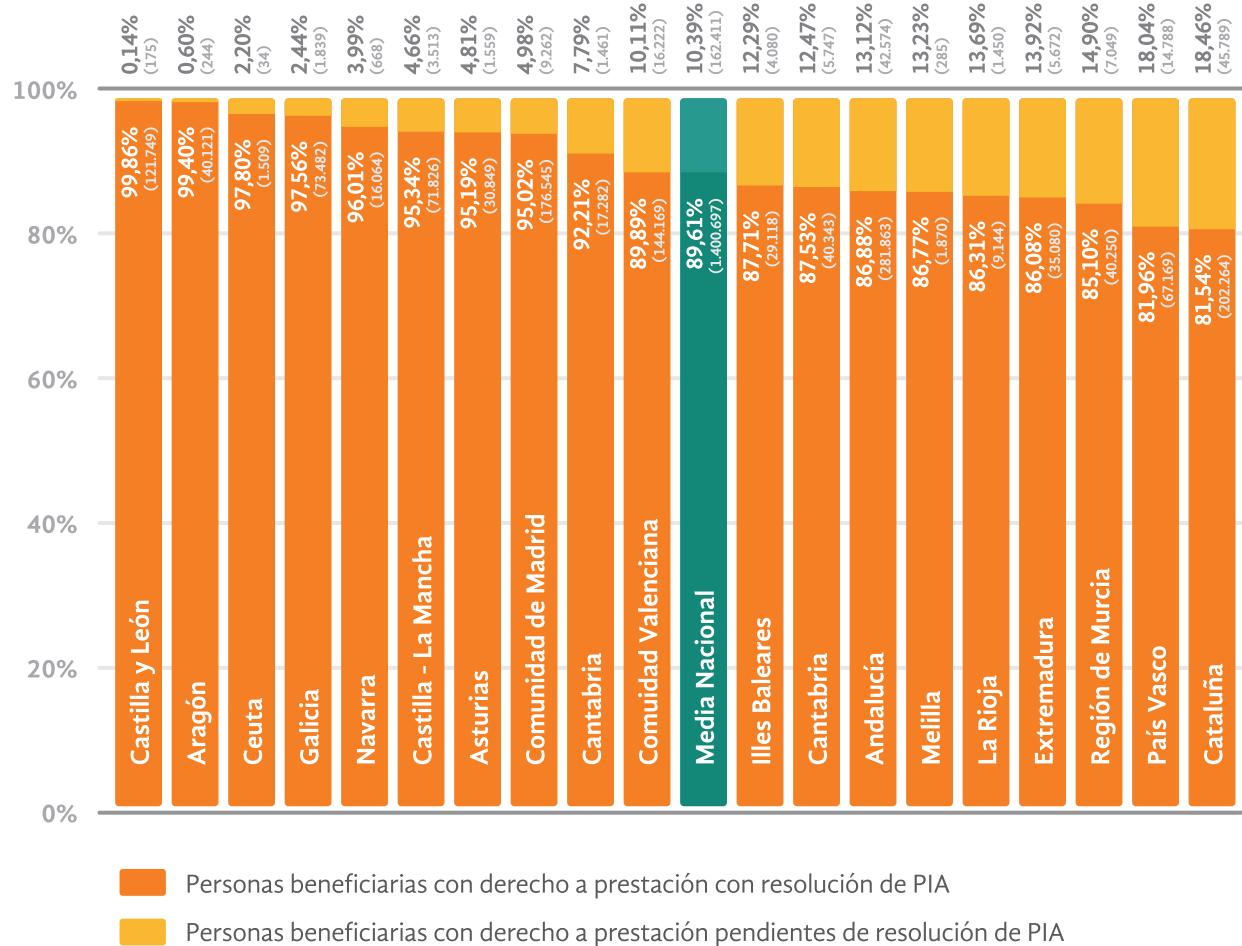
Concretamente, existen grandes diferencias en las demoras de las resoluciones de reconocimiento de la prestación entre las CCAA (Gráfico 1). Los datos del SAAD a 30 de noviembre de 2023 señalan que el plazo medio de resolución, que se aproxima al año (323 días), sigue siendo muy superior al estipulado de 6 meses y fue especialmente alto en Canarias, Andalucía y Murcia (664, 549, 508 respectivamente), frente a otras regiones por debajo de la media y de los 6 meses preceptivos como Castilla y León (127 días), País Vasco (141), Cantabria (177), o Navarra (178).

Gráfico 1. Tiempo medio desde la solicitud de dependencia hasta la resolución de la prestación (días).



En lo que respecta a las listas de espera, según el SAAD, con datos a 30 de noviembre de 2023, 1.563.108 personas tenían reconocido el derecho a la prestación. De las cuales un 10,4% (162.411) estaban en lista de espera pendientes de obtener una resolución de Plan Individualizado de Atención (PIA) o propuesta de prestación de servicios y/o prestaciones para atender las necesidades de las personas con dependencia (Gráfico 2). Dichas listas de espera son especialmente elevadas en Cataluña y País Vasco (más del 18%), Murcia, Extremadura, La Rioja o Andalucía (entre el 13% y el 15%) si las comparamos con Castilla y León o Aragón, que cuentan con cifras prácticamente testimoniales (0,14% y 0,60% respectivamente) (Gráfico 1).

Gráfico 2. Personas beneficiarias con derecho y resoluciones de PIA por CCAA. Todos los grados.



*En las personas beneficiarias con derecho a prestación pendientes de resolución de PIA se incluyen todas las personas beneficiarias con derecho a prestación pendientes de resolución de PIA, independientemente del tiempo que llevan esperando la resolución de PIA y de si existe o no motivo de exclusión no imputable a la Administración.

Fuente: IMSERSO-SAAD, 30 de noviembre de 2023.

Detrás de las listas de espera, los retrasos en las resoluciones y la asignación de servicios y prestaciones subyace una gestión del SAAD donde predomina la lentitud del proceso de valoración, reconocimiento y asignación de prestaciones de la dependencia, debido, entre otros, a los siguientes factores: rigidez de los procedimientos administrativos, con tendencia a bloquearse o ralentizarse por la existencia de datos incorrectos de solicitantes, personas con doble domicilio, dificultades para acceder a datos necesarios de otras administraciones, por la insuficiencia de la oferta de servicios necesarios y de personal técnico valorador, dificultades para asegurar una visita de valoración en determinadas situaciones (cambio de residencia, de hospitalización....), la rigidez en la asignación de servicios en el PIA y en su modificación, la fragmentación y deficiente integración informativa entre administraciones y servicios implicados (administraciones tributarias, de servicios sociales y salud de CCAA y CCLL) o las dificultades de valoración de la capacidad económica y de copago (IMSERSO,2022).

El Plan de Choque en dependencia acordado en 2021 (Secretaría de Derechos Sociales, 2021) acompañado de un Plan de reducción de la lista de espera en abril de ese mismo año² recogen medidas interesantes, como: una mayor dotación de personal administrativo de gestión, de personal técnico de valoración de grado, elaboración de PIA, revisión de expedientes y seguimiento de atenciones y de los medios necesarios para desarrollar su trabajo; integrar en un mismo proceso la valoración del grado de dependencia y el PIA; el reconocimiento automático del grado de dependencia y propuestas del PIA en los traslados de expedientes entre las CCAA; flexibilizar la modificación de los PIA sin reiniciar otro procedimiento administrativo; incrementar las plazas e intensidad de la atención en servicios deficitarios para permitir la agilización de un PIA efectivo o incentivar el apoyo a los servicios sociales comunitarios en la elaboración del PIA. Sin embargo, todavía no se ha conseguido reducir las listas de espera al nivel deseado ni previsto³, lo que laстра y ocluye significativamente las expectativas y eficacia del SAAD, y siembra dudas sobre si el actual modelo de gobernanza es el más adecuado para atender las necesidades reales de las personas beneficiarias.

2. Plan de reducción de la lista de espera. Acuerdo de fecha 30 de abril de 2021 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia,.<https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/plan-de-reduccion-lista-espera-saad>:

3. Mas detalles en: Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (AEDGSS)(2023) la dependencia retrocede. Aumenta la lista de espera y se mantiene el ritmo de fallecidos esperando trámites. Nota de prensa noviembre 2023, <https://directoressociales.com/la-dependencia-retrocede-aumenta-la-lista-de-espera-y-se-mantiene-el-ritmo-de-fallecidos Esperando-tramites/>

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Defensor del Pueblo. (2000). La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: *Defensor del Pueblo*.

IMSERSO (2005). Libro Blanco de atención a las personas dependientes en situación de dependencia en España. IMSERSO. Madrid: *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*.

IMSERSO. (2022). Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD). Madrid: *IMSERSO*.

Sabatier, P. A. y Jenkins-Smith, H. (1999). The Advocacy Coalition Framework: an assessment. Pp.117-168 in Sabatier, P.A. 1999. *Theories of the Policy Process*. Boulder, Co: Westview Press.

Secretaría de Derechos Sociales. (2021). Acuerdo para la puesta en marcha del Plan de choque en dependencia en 2021. *Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030*. <https://www.balancesociosanitario.com/wp-content/uploads/2021/01/Plan-de-Choque-en-Dependencia.pdf>

Provisión y gestión de servicios de atención a la dependencia.

Provision and management of dependency care services.

Pablo Rubio Valor

prubio@caseresidencial.es

Director de Operaciones en Caser Residencial.

Recibido: 22/02/2024

Aceptado: 15/04/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.
Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Rubio Valor, P. (2024). Provisión y gestión de servicios de atención a la dependencia. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 92-99.

RESUMEN

Con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, la proporción de personas de mayor edad está creciendo de manera significativa. Esta tendencia plantea importantes desafíos en términos de atención y cuidado de las personas mayores y dependientes. Desde el punto de vista de provisión, el acceso a los servicios parece encontrarse dividido en silos de producción independientes: el sistema sanitario, los servicios sociales y su financiación. Dentro de cada área específica, también existen desafíos en términos de cooperación y acceso. En el ámbito sanitario, nos encontramos con la dicotomía entre atención hospitalaria y residencial. Dentro de los servicios sociales, las opciones de atención residencial, de ayuda a domicilio, de teleasistencia y de rehabilitación se encuentran en numerosas ocasiones dispersas e inconexas entre sí, con diferentes interlocutores o requisitos, dependiendo de quién preste el servicio. El tercer gran reto es el acceso a la financiación. Existen diferentes fórmulas, pero también aparecen desdibujadas dentro del mapa inicial que cada familia debe trazar. Ya sea con ayudas públicas, financiación privada, ahorros familiares, patrimonio, etc., suponiendo una barrera más para un cuidado efectivo.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, sistema sanitario, servicios sociales, financiación, recursos residenciales.

ABSTRACT

With increasing life expectancy and declining birth rates, the proportion of older people is growing significantly. This trend poses major challenges in terms of care for older and dependent persons. From the point of view of provision, access to services seems to be divided into separate production silos: the health system, social services and their financing. Within each specific area, there are also challenges in terms of cooperation and access. In health care, there is the dichotomy between inpatient and residential care. Within social services, residential care, home help, telecare and rehabilitation options are often scattered and unconnected with each other, with different interlocutors or requirements, depending on who provides the service. The third major challenge is access to funding. Different formulas exist, but they also appear blurred within the initial map that each family must draw. Whether with public aid, private funding, family savings, patrimony, etc., this is yet another barrier to effective care.

KEYWORDS

Dependency, healthcare system, social services, financing, residential resources.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento demográfico es uno de los desafíos más importantes que enfrenta nuestra sociedad en la actualidad. Con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad, la proporción de personas mayores está creciendo de manera significativa. Esta tendencia plantea importantes desafíos en términos de atención y cuidado de las personas mayores y dependientes. Ante esta realidad, es crucial revisar y adaptar el modelo de atención a la dependencia, para satisfacer las nuevas demandas y necesidades que surgen de este proceso de envejecimiento poblacional y asegurar al mismo tiempo la sostenibilidad del sistema, que cada vez requiere de más recursos.

2. REFLEXIÓN INICIAL SOBRE LA ADECUACIÓN A LAS NUEVAS NECESIDADES EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

El sistema actual de provisión de servicios de atención a la dependencia presenta desafíos significativos en términos de coordinación y eficiencia. Desde el punto de vista de provisión, el acceso a los servicios parece encontrarse dividido en lo que podemos llamar silos de producción independientes: el sistema sanitario, los servicios sociales y su financiación. Todos ellos prudentemente aislados y gestionados desde el propio prisma organizativo, con sus diferentes operativas y recursos.

Esta falta de integración genera saltos en la atención y en el acceso a los servicios, lo que dificulta la provisión de una atención continua y centrada en las necesidades concretas de la persona en cada momento determinado. Dentro de cada área específica, también existen desafíos en términos de interconexión y acceso. En el ámbito sanitario, nos encontramos con la dicotomía entre atención hospitalaria y residencial. Dependiendo del sistema en el que se encuentre, el individuo pasa de ser residente a paciente, y viceversa. En estos cambios de identidad de la propia persona, todo parece cambiar igualmente, protocolos de cuidados y atención, sistemas de información, los propios datos sanitarios y sociales, etc. Este es un gran salto que en numerosas ocasiones supone un gran perjuicio a la persona, con derivaciones hospitalarias posiblemente evitables, o con tratamientos también posiblemente menos invasivos cuando la persona cambia de recurso. Y todo ello acompañado con pérdida de información, que permanece también sin interconexión.

Dentro de los servicios sociales, las opciones de atención residencial, de ayuda a domicilio, de teleasistencia y de rehabilitación se encuentran igualmente en numerosas ocasiones dispersas e inconexas entre sí, con diferentes interlocutores o con diferentes requisitos dependiendo de quién preste el servicio. Y todo esto se suele dar en momentos difíciles desde el punto de vista emocional y de toma de decisiones de la persona y su familia, pues de todos es sabido que la previsión en materia de dependencia no está muy extendida, y la mayoría de los casos suelen aparecer en momentos de dependencia sobrevenida, tras un accidente o pérdida más o menos repentina de la autonomía.

Y aquí se suma el gran reto, cómo financiar el acceso a la financiación. Existen diferentes fórmulas, pero todas ellas también aparecen desdibujadas dentro del mapa inicial que cada familia debe trazar de manera rápida. Ayudas públicas, financiación privada, ahorros familiares, patrimonio... todo ello se convierte en una barrera más, pero imprescindible de resolver, en un momento donde las prioridades de acción familiar deberían ser otras. Por tanto, y para resolver estas divisiones, es esencial trabajar desde todos los ámbitos, para profundizar en cada uno de los retos. Cabe destacar, a modo de ejemplo, en cada uno de estos tres ámbitos, la importancia de la coordinación sociosanitaria para colocar a la persona en el centro del sistema, la necesidad de desarrollar un enfoque personalizado para cada usuario para ofrecer el mejor servicio en cada momento, y la agilidad en el ámbito de la financiación, facilitando el acceso a las ayudas públicas y explorando todas las demás opciones, como la inclusión de servicios en seguros o la hipoteca inversa.

3. INTRODUCCIÓN A UN ECOSISTEMA DE CUIDADOS

Para abordar estos desafíos, los proveedores de servicios deben sumergirse en un auténtico ecosistema de cuidados, estableciendo alianzas y colaboraciones con diversas instituciones y entidades relacionadas con el cuidado, tanto dentro como fuera del sector. En el caso de Caser Residencial, estamos comprometidos con la creación de una fluidez asistencial dentro del sistema sanitario. Esto se refleja en nuestras colaboraciones con diferentes instituciones, como la implementación de historiales clínicos compartidos en algunas comunidades o la implantación de farmacia hospitalaria en algunos centros. Además, hemos desarrollado acuerdos para ofrecer servicios de Hospitalización a Domicilio en colaboración con el sistema sanitario y unidades sociosanitarias de media estancia.

En el ámbito de los servicios sociales, trabajamos activamente en la integración de los recursos de atención, para evitar precisamente en este sector, el salto entre recursos. Para ello trabajamos activamente con empresas, entidades públicas y privadas y Administraciones, para que nos ayuden a seguir explorando vías de colaboración y de mejora de cada uno de los servicios, para confeccionar servicios a la carta que de manera cada vez más flexible den respuesta a soluciones concretas en momentos concretos.

En cuanto a la financiación, igualmente ofrecemos asesoramiento individualizado para facilitar el acceso a plazas concertadas o a prestaciones vinculadas al servicio. Y presentamos igualmente diferentes opciones que ayuden a complementar de manera privada aquello que sea necesario, mediante soluciones, por ejemplo, de licuación de patrimonio a través de la hipoteca inversa. Además, estamos expandiendo nuestros servicios de cuidados domiciliarios a través de más de 600.000 pólizas de diferentes tipos de seguros.

4. DESAFÍOS Y APRENDIZAJES

Durante todo el proceso previamente descrito de identificación de los principales desafíos actuales y del desarrollo del ecosistema que creamos, nos hemos ido encontrando con diferentes retos que han supuesto un valioso aprendizaje previo a la implementación del nuevo modelo de atención. Uno de ellos es la implantación de soluciones tecnológicas en fase de innovación. Todos sabemos de la necesidad de incorporar la tecnología y la cada vez mayor y más rica oferta. Pero antes de lanzarnos a incorporar dicha tecnología, debemos ser conscientes de la brecha digital a la que nos enfrentamos, ya no solo con los usuarios, sino entre los mismos profesionales.

Además, debemos encontrar el correcto equilibrio entre el uso de la tecnología (sobre todo cuando se implanta en procedimientos de atención directa) y el necesario contacto humano cuando se cuida a una persona. Trabajamos con personas, y esta reflexión debe ser incorporada en todas y cada una de las decisiones estratégicas de innovación. Otro punto que no debemos pasar por alto es la búsqueda de la eficiencia versus los costes iniciales de implantación. En un sector donde en numerosas ocasiones los incrementos de los costes operativos no se pueden compensar de igual manera con los ingresos, y los márgenes son difícilmente crecientes, cualquier decisión relacionada con la innovación tecnológica debe venir acompañada de suficiente certidumbre.

Y por último, es fundamental garantizar la correcta gestión de los datos, pues es crítico que se pueda compartir de manera fluida los datos sanitarios y sociales entre los recursos que acompañan a la persona, pero más importante aún es asegurar el respeto a su privacidad, el derecho a su intimidad y de decisión de cómo compartirlos. Todos estos desafíos conllevan un esfuerzo adicional en formación e interconexión con otros grupos de interés, entre los que se deben incluir empresas tecnológicas y universidades. Junto con ellos, avanzamos en un proceso ordenado de integración y avance de mejoras tecnológicas aditivas a la mejora en la calidad asistencial.

5. CASER RESIDENCIAL Y SU MODELO DE CENTRO DE CUIDADOS

A todo lo anteriormente expuesto, cabe destacar que es necesario replantear el marco conceptual del itinerario de la dependencia, rompiendo con la concepción lineal que lo caracteriza. Estamos habituados a pensar que toda persona va perdiendo autonomía de manera gradual, y como tal, hemos diseñado los recursos para facilitar ayudas en la promoción de la autonomía, como la teleasistencia. Después vamos añadiendo intensidad de atención, como la ayuda a domicilio, para continuar acudiendo a un centro de día donde pueda tener más cuidados, finalizando en una estancia residencial con un cuidado completo de manera permanente.

Esta es una concepción errónea de la graduación de la dependencia, pero es cómo está también diseñada la provisión de los servicios. Como hemos dicho anteriormente, bastante estandarizados y diferenciados, con grandes saltos de atención, de acceso a los mismos, organizativos, y administrativos. Para romper con todo esto, Caser Residencial ha desarrollado el modelo de centro de cuidados como modelo de provisión de servicios para acompañar a la persona en todo momento durante su itinerario de dependencia.

La clave está en la flexibilidad a la hora de ofrecer una variedad de servicios adaptados a las necesidades de cada individuo, en cada etapa de su dependencia, con una sola interlocución, sin cambios radicales en la atención y con una graduación en coste que no supongan barreras para saltar de un servicio a otro. El centro de cuidados, con la residencia en el centro como hub de cuidados, asiste y provee todos estos servicios, desde los servicios residenciales tradicionales hasta estancias temporales, estancias diurnas y servicios especializados de rehabilitación. Además, ofrece servicios domiciliarios, tecnología en el hogar y asesoramiento en la toma de decisiones sobre la mejor manera de sufragar estos servicios.

De esta manera, las residencias no son centros de estancias permanentes para el cuidado de personas con dependencia, sino que se convierten además en centros de rehabilitación, y desde donde se pivota el programa de atención. Cada vez son más numerosas las convalecencias en residencia que vuelven al hogar, o que posteriormente necesitan rehabilitación ambulatoria, y que no necesariamente implican una institucionalización de la persona.

Este modelo aporta una mayor coordinación con el sistema sanitario, una mayor flexibilidad para el individuo y su familia, una graduación en los programas de atención según la necesidad y el momento en el que se encuentre. Y no menos importante, añade una impactante eficiencia global en todos los eslabones de la cadena, que redunda en una mejor atención de la persona, un menor coste para la familia y un mayor ahorro para el sistema.

6. RETOS ACTUALES Y FUTUROS

En este proceso dinámico de revisión del modelo de centro de cuidados, gracias a los aprendizajes previamente descritos y la reflexión inicial contemplada, continuamos enfrentándonos a diversos retos. El primero de ellos es la propia cultura interna de la organización. Esta transformación exige la interiorización por parte de todos los profesionales del gran cambio que supone identificar a la compañía, no como una empresa de residencias, sino como una empresa de atención a personas con dependencia. Todo ello requiere de una implantación global, desde el propio propósito (“Excelencia en el cuidado cuando realmente importa”), hasta el desarrollo del modelo de atención social y asistencial, con un nuevo mapa de procesos que identifica cada procedimiento susceptible de cambio.

Esto viene acompañado lógicamente de un despliegue formativo e informativo a todas las categorías profesionales de la compañía y de unas nuevas adaptaciones en las que el área de Formación y Desarrollo adquiere un mayor protagonismo. También hemos hablado de la apertura al exterior, de la creación de un auténtico ecosistema de cuidados donde la persona se encuentre realmente en el centro, no sólo de los recursos asistenciales, sino de todos los grupos de interés que aporten una mejora en su atención. Para ello, contamos con el sello EFQM desde el año 2014, habiendo obtenido una puntuación en 2022 de +600, reflejando así la integración del modelo de centro de cuidados en todo el ecosistema de dependencia.

No debemos dejar pasar el necesario respeto a la autonomía de la persona y de la responsabilidad ética de todos los profesionales que trabajamos en el sistema de dependencia, independientemente de las funciones que realicemos. El Comité de Ética de Caser Residencial, implantado desde 2012, tiene como objetivo analizar los casos de conflicto ético en la atención a nuestros usuarios, con el fin de asesorar a los profesionales y asegurar la protección de los valores de la persona.

Para garantizar este respeto, una adecuada atención y la toma en consideración de uno de nuestros grupos de interés más importantes, debemos mantener una escucha activa que permita comprender las necesidades del individuo y sus familias. Por tanto, trabajamos intensamente en este sentido, manteniendo conversaciones personales por parte de nuestra área de atención al cliente con todas y cada una de las familias, al menos cada seis meses, para conocer su grado de satisfacción en cada área de atención, su índice de recomendación mediante el sistema NPS y sus sugerencias de mejora, que provocan distintos planes de acción locales o transversales, y que se implementan directamente en nuestro modelo de mejora continua.

Por último, y como gran reto futuro, debemos continuar nuestra labor para optimizar el funcionamiento del modelo. Animo a todos los participantes del sistema a profundizar en sus procedimientos internos y en su integración en los diversos entornos de cuidado. Nuestro objetivo es forjar conjuntamente un futuro innovador, que fomente una mayor fluidez en la distribución de recursos y fortalezca el enfoque de atención a la dependencia. Adoptando una postura proactiva de esta índole estaremos capacitados para edificar y mantener la viabilidad del sistema, mejorando así un modelo de atención a la dependencia que sea reconocido por su calidad y prestigio. Esto no solo se traducirá en un servicio más amable para los ciudadanos, sino también en un entorno más atractivo para los profesionales del sector.



Evaluación y gestión de la calidad de los cuidados de larga duración en España.

Evaluation and management of the quality of long-term care in Spain.

Joseba Zalakain

jzalakain@siis.net

Servicio de Información e Investigación Social (SIIS). Fundación Eguía Careaga.

Recibido: 21/02/2024

Aceptado: 24/04/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.
Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Zalakain, J. (2024). Evaluación y gestión de la calidad de los cuidados de larga duración en España. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 100-117.

RESUMEN

La suficiencia, adecuación y calidad de las prestaciones y servicios es un reto permanente para el desarrollo del bienestar de las personas beneficiarias del sistema español de atención a la dependencia. El último informe de evaluación de este sistema señala sin embargo que los servicios y prestaciones proporcionados en el marco del SAAD no se ajustan suficientemente a las necesidades de las personas usuarias y que no se han desarrollado suficientemente en España los mecanismos de regulación, acreditación, inspección, certificación, estandarización y evaluación de la atención que permiten avanzar hacia una atención de calidad. Este artículo analiza en detalle las herramientas desarrolladas en España para la evaluación de la calidad de los cuidados de larga duración, resume los aprendizajes que cabe extraer de las experiencias realizadas en otros países y plantea algunas posibles líneas de avance.

PALABRAS CLAVE

Cuidados de larga duración, calidad, evaluación, regulación, acreditación, concertación, estandarización, gobernanza.

ABSTRACT

The adequacy, appropriateness and quality of benefits and services is an ongoing challenge for the development of the well-being of the beneficiaries of the Spanish system of dependent adult care. However, the latest evaluation report on this system points out that the services and benefits provided under the SAAD are not sufficiently adapted to the needs of users and that the mechanisms for regulation, accreditation, inspection, certification, standardisation and evaluation of care that would enable progress to be made towards quality care have not been sufficiently developed in Spain. This article analyzes in detail the tools developed in Spain for the evaluation of the quality of long-term care, summarizes the lessons to be learned from experiences in other countries and suggests some possible lines of progress.

KEYWORDS

Long-term care, quality, evaluation, regulation, accreditation, consultation, standardisation, governance.

1. INTRODUCCIÓN

Las funciones que se atribuyen a los sistemas de regulación y gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración son tres (Mor, 2014):

- El establecimiento de requisitos o estándares mínimos de carácter obligatorio para la prestación del servicio y la autorización administrativa para el inicio de la actividad, a partir de una inspección o comprobación inicial.
- El control permanente del cumplimiento de esos requisitos, generalmente mediante los servicios de inspección.
- Más allá de la autorización administrativa y de la homologación de entidades y centros para la provisión de servicios de responsabilidad pública, y de su posterior inspección, la tercera función se orienta a la evaluación de los resultados de la atención prestada y su eventual publicación.

Murakami y Colombo plantean un modelo similar, agrupando las políticas e instrumentos disponibles en tres grandes grupos. De acuerdo con estos autores, “un primer paso para superar la incapacidad de los proveedores de servicios para autorregularse es imponer ciertos controles regulatorios externos, para salvaguardar y controlar la calidad. Estos controles típicamente se enfocan en controlar los *inputs* o insumos (cualificación y dotación del personal, infraestructuras, etc.) estableciendo normas mínimas aceptables, y luego hacer cumplir su aplicación. Un segundo enfoque es desarrollar estándares que busquen estandarizar la práctica del cuidado de manera deseable, y luego monitorear los indicadores de calidad para asegurar que los resultados del cuidado coincidan con los objetivos deseados. Un tercer enfoque es estimular la mejora de la calidad mediante el uso de incentivos dirigidos a proveedores y personas usuarias, incluido el uso de incentivos financieros y el fomento de la competencia entre los proveedores de atención basada en medidas de rendimiento” (Murakami y Colombo, 2013: 23-24).

A partir de ese esquema, se pueden distinguir al menos seis mecanismos o funciones básicas para la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración (Leturia et al., 2019):

- El establecimiento mediante la normativa reguladora de unos requisitos básicos para la autorización administrativa, el registro de los centros y servicios.
- La acreditación, homologación o habilitación de los centros y entidades –y, en su caso, de los/as profesionales que trabajan en ellos– para la prestación de servicios de responsabilidad pública y/o para el acceso a la financiación pública por los servicios prestados, en ocasiones en el marco de los mecanismos establecidos para la concertación de plazas privadas.

- La inspección de los requisitos establecidos para la autorización, la homologación o la concertación.
- La evaluación de la calidad de la atención mediante escalas e indicadores capaces de medir los procesos, los resultados y su eventual publicación.
- La certificación de la calidad de la atención por parte de entidades independientes.
- La estandarización de la atención mediante directrices, recomendaciones y guías de buenas prácticas.

Teniendo esas funciones en cuenta, este artículo recoge, en primer lugar, una descripción de los elementos que caracterizan el sistema desarrollado en España para la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración¹. En segundo lugar, se resumen los aprendizajes que pueden extraerse de las experiencias desarrolladas en este materia en algunos países de nuestro entorno². Finalmente, se recogen algunas conclusiones y posibles líneas de avance.

2. LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN ESPAÑA

2.1 La regulación de los elementos relacionados con la calidad de la atención y su acreditación

La Ley de Dependencia atribuye al Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia la responsabilidad de acordar criterios e indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del sistema, así como la de elaborar guías de buenas prácticas y cartas de servicios. Además, la Ley:

- recoge la obligación de establecer estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo de servicios;
- obliga a los centros residenciales para personas en situación de dependencia a disponer de un sistema de gestión de calidad;
- subraya la necesidad de atender, de manera específica, a la calidad en el empleo, así como a promover la profesionalidad y potenciar la formación en aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios del sistema.

1. La mayor parte del contenido de este apartado se deriva del trabajo realizado para la elaboración del último informe de evaluación del SAAD (Rodríguez Cabrero, G. y Marbán, V. 2022).

2. Los contenidos de este apartado se derivan, fundamentalmente, del proceso de trabajo realizado en colaboración con la Diputación Foral de Gipuzkoa para definir las estructuras, procesos, herramientas e indicadores para la evaluación de los servicios y las políticas sociales en Gipuzkoa.

Puede decirse que el desarrollo de esas previsiones legales ha sido insuficiente. En 2008 se aprobó el Acuerdo sobre Criterios comunes de Acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD, centrado de forma específica en los recursos materiales, equipamientos y en los recursos humanos. Aunque el acuerdo establecía que en el plazo de doce meses el Consejo Territorial fijaría los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado para cada uno de los centros y servicios del Sistema, esos estándares e indicadores no fueron posteriormente desarrollados. El acuerdo recogía fundamentalmente objetivos referidos a la cualificación de los y las profesionales y a las ratios de atención, y su aplicación fue lenta e incompleta, con notables retrasos en la aplicación de los plazos previstos para la acreditación del personal y para el cumplimiento de las ratios de atención.

Ese panorama, sin embargo, ha cambiado sustancialmente con la aprobación en junio de 2022 del Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD. El acuerdo es producto de un proceso de negociación y debate, tanto con los agentes sociales (sindicatos, organizaciones patronales, entidades del tercer sector, entidades profesionales, sociedades científicas, etc.) como con las Comunidades Autónomas en el seno del Consejo Territorial, e implica un cambio estratégico en el modelo de gestión de la calidad de los servicios de atención a la dependencia en España. A grosso modo, el acuerdo establece un nuevo marco de acreditación de los servicios de atención a la dependencia, determinando una serie de condiciones relacionadas con los elementos estructurales y arquitectónicos de los centros, las ratios de atención, la cualificación, habilitación profesional del personal y los modelos de evaluación del sistema.

Al margen de la normativa estatal, no puede olvidarse en cualquier caso que la regulación de los servicios sociales y/o de atención a la dependencia corresponde, en lo esencial, a las Comunidades Autónomas. Pese a su dispersión y heterogeneidad, la normativa promulgada por las CCAA presenta algunas características comunes. Destaca en ese sentido el protagonismo de los aspectos relacionados con ratios de atención, la cualificación del personal y los requisitos funcionales y materiales que han de cumplir los centros, desde una perspectiva muy centrada en la regulación de los procesos y procedimientos de atención (Gerokon, 2019). Además, mientras que la regulación de los requisitos funcionales y materiales de los centros residenciales ha recibido una atención preferente, la regulación de la calidad de la atención prestada en otros contextos –el domicilio o los centros de día, por ejemplo– ha recibido una atención mucho menor. Por último, aunque son varias las CCAA que en los últimos años han actualizado esa normativa, en algunas CCAA la regulación de la atención no ha sido actualizada desde la aprobación de la Ley de Dependencia.

En los últimos años, sin embargo, como consecuencia en parte del impacto de la pandemia en los centros y servicios de atención a la dependencia, se ha realizado por parte de algunas CCAA un esfuerzo importante para la actualización de este marco normativo. Si bien estos nuevos marcos

normativos se centran, nuevamente, en los aspectos más directamente relacionados con los requisitos personales, materiales y funcionales, incorporan otros elementos de interés relativos a la personalización de la atención, el aseguramiento de la dignidad de trato y el ejercicio de los derechos de las personas usuarias, bien en la fase de autorización, bien en la fase de acreditación.

2.2 La inspección de los servicios y centros

El modelo de gestión de la calidad de los cuidados de larga duración desarrollado en España concede una gran importancia a la inspección del cumplimiento de los requisitos formales establecidos en la normativa. Si bien, a menudo, los equipos inspectores no tienen la capacidad suficiente para inspeccionar todos los aspectos contenidos en la regulación y las inspecciones tienden a centrarse en aspectos estructurales y procedimentales que la norma establece, y no en los resultados alcanzados mediante los dispositivos regulados. En ese sentido, se ha señalado que, si bien las inspecciones que se realizan en este modelo pueden ser útiles para prevenir las deficiencias más palmarias –aunque no siempre o necesariamente–, resultan poco adecuadas para impulsar una visión más holística de la calidad de la atención. De hecho, se ha constatado que, en la práctica, las inspecciones que periódicamente realiza la administración tratando de garantizar el buen funcionamiento de los centros residenciales para personas mayores no inciden de manera sustancial en la verificación del nivel de la calidad asistencial y de la calidad de vida del residente (Leturia et al., 2019).

Puede afirmarse en ese sentido que el ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora se ha desarrollado por parte de las CCAA de forma desigual e insuficiente, tanto en lo que se refiere a la frecuencia y capacidad de detección de incumplimientos de las inspecciones como al marco conceptual y organizativo en el que se apoyan. Las entidades profesionales han señalado al respecto que el marco jurídico del actual sistema de inspección es obsoleto y manifiestamente mejorable, y el Defensor del Pueblo ha reclamado un refuerzo claro de los servicios de inspección (Defensor del Pueblo, 2020).

2.3 La concertación social como herramienta para la gestión de la calidad

Como se ha señalado antes, más allá de la autorización para la apertura de servicios y centros, la acreditación de los servicios se configura como un elemento básico para la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración, en la medida que es en la fase de acreditación en la que se establecen requisitos adicionales a los que establece la normativa ordinaria. Esa ha sido, de hecho, la vía seguida para la introducción de criterios homogéneos de calidad en el marco del SAAD, en la medida en que los mecanismos de acreditación permiten establecer

unos criterios mínimos comunes para todo el Estado, más allá de los establecidos en la normativa autonómica.

Las administraciones competentes para la gestión del SAAD pueden, en cualquier caso, establecer requisitos adicionales para la concertación de sus servicios. Muchas de ellas lo han hecho mediante la figura del concierto social, que permite establecer requisitos adicionales para la prestación de determinados servicios, tanto en lo que se refiere a las ratios de personal como a otros elementos relacionados con la calidad de la atención, a la hora de la selección de las entidades concertadas, a la hora de la determinación del contenido y las características de los servicios objeto de concertación.

La fórmula del concierto social ofrece, sin duda, la posibilidad de cambiar los patrones por los que se rige la cooperación público-privada en los servicios sociales para mejorar la calidad de los servicios, para dotarlos de estabilidad y para unir fuerzas y capacidades de los actores públicos y privados en la solución a los problemas sociales. Sin embargo, tras varios años de experiencia, puede decirse que el concierto no está funcionando bien en España, o lo está haciendo bien en contadas ocasiones. Y esto es así por una regulación deficitaria, en la que en la mayoría de las ocasiones las CCAA han ido copiando unas de otras sus decretos o leyes, pero, sobre todo, por una mala práctica en la puesta en marcha, aplicando el concierto con lógicas y patrones de la contratación convencional (Fresno, 2021).

2.4 Certificación, normalización y publicación de estándares y guías de buenas prácticas

Como se ha señalado previamente, la certificación de la calidad de la atención por parte de entidades especializadas y la estandarización de la atención mediante la publicación de estándares, directrices y buenas prácticas juega, al menos en los países de nuestro entorno, un papel protagonista en cuanto a la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración. El desarrollo de esas herramientas en nuestro país ha sido sin embargo escaso, y sobre todo, heterogéneo y disperso.

Por una parte, no ha tenido desarrollo el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el SAAD, adoptado en 2011. Más allá de la publicación por parte del IMSERSO de un catálogo de buenas prácticas, que describe diversos proyectos desarrollados en el ámbito de los Servicios Sociales, no se ha desarrollado en España una labor suficientemente articulada y coordinada de generación de recomendaciones, directrices o estándares, que permitan –más allá de la regulación normativa– determinar y orientar los modelos y procedimientos de atención.

Ciertamente, muy diversas entidades –públicas y privadas– han elaborado y publicado a lo largo de los últimos años guías, manuales y directrices con las que se ha querido contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de atención a la dependencia. Estas iniciativas, sin embargo, se caracterizan por su dispersión y fragmentación: lejos de posibilitar una aproximación estructural y homogénea para la garantía de la calidad de los servicios de atención a la dependencia en España, constituyen, al margen de su calidad o pertinencia, una miríada de iniciativas aisladas, fragmentadas y desarticuladas.

En lo que se refiere a la certificación de la calidad de la atención por parte de entidades externas, puede decirse que una parte relativamente importante de las entidades que trabajan en el ámbito de la dependencia recurren a diversas normas y sellos de calidad³. No parece, en cualquier caso, que el impacto de estas herramientas sea significativo. Aunque las investigaciones realizadas con relación a estas herramientas apuntan a que mejoran el grado de orientación al mercado de los centros residenciales que las utilizan, así como el desempeño de determinadas áreas asistenciales⁴, también sugieren que no necesariamente mejoran la calidad de la atención percibida por las personas usuarias.

2.5 Evaluación, transparencia e institucionalización de la gestión de la calidad

El modelo de evaluación del sistema de servicios sociales y/o de atención a la dependencia en España, especialmente cuando se compara con el existente en otros países, se caracteriza por otros tres elementos importantes:

- La ausencia de herramientas y prácticas comunes de evaluación, tanto en el plano de las políticas públicas como en el plano del desempeño de los centros, servicios y/o entidades proveedoras.
- La opacidad y falta de transparencia en lo que se refiere a las inspecciones realizadas y, en general, al desempeño tanto de las entidades proveedoras de servicios como de las

3. Cabe destacar en ese sentido el recurso a algunos sellos de calidad de carácter genérico, como la Norma ISO 9001:2000 o el Modelo de Calidad Total EFQM. También cabe hacer referencia al desarrollo de los sistemas de normalización de la Asociación Española de Normalización (UNE), con modelos específicamente centrados en los principales servicios que conforman el SAAD, el modelo de acreditación de servicios sociales de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología o a la existencia de modelos de carácter más cualitativo, centrados en la garantía de los derechos de las personas usuarias, como es el modelo de Garantía de Calidad “Kalitatea Zainduz” de la Fundación Eguía Careaga (SIIS, 2009).

4. Se han identificado en ese sentido resultados positivos en el desarrollo diario de las funciones de enfermería de las residencias geriátricas derivados de la utilización de un sistema de gestión de calidad, pues ha mejorado considerablemente la calidad en la práctica clínica. Estos resultados apuntan a que la implantación de un sistema de gestión de calidad proporciona una herramienta útil al servicio de enfermería en residencias de personas mayores evidenciándose los efectos positivos que resultan de dicha implantación mediante encuestas de satisfacción e indicadores sanitarios (Andreó et al., 2017).

administraciones competentes en la materia.

- La escasa articulación interna del sistema y su escasa institucionalización, que contrasta con la que existe en otros países y/o en otros ámbitos de las políticas públicas.

En efecto, no puede decirse que se haya alcanzado en España el nivel de institucionalización de la evaluación en materia de cuidados de larga duración alcanzada en otros países de nuestro entorno. Y ello pese a la constatación de que “para abordar cualquier tipo de mejoras en el SAAD se requeriría un mecanismo permanente, transparente e independiente de evaluación de su actividad en términos de accesibilidad, eficiencia y calidad. Hasta el momento, esto no se ha llegado a articular a pesar de la aprobación por el Consejo Territorial de criterios comunes y estándares de calidad en los servicios y de la publicación de algunos informes de evaluación elaborados por el propio IMSERSO hace ya varios años” (CES, 2021: 181).

Junto a esa escasa institucionalización, destaca también en España la ausencia de sistemas para la publicación de los indicadores de calidad que permitan conocer el desempeño de los diferentes centros en términos de calidad de la atención, en un contexto en el que no se da la necesaria importancia a la transparencia y la rendición de cuentas. Esta situación contrasta, como se explica posteriormente, con la creciente extensión en los países de nuestro entorno de sistemas de indicadores y calificaciones que permiten valorar y dar a conocer la calidad de la atención prestada en cada centro.

Frente a esta situación, algunas CCAA han dado importantes pasos adelante, tanto en lo que se refiere a la institucionalización de la evaluación como a la generación de sistemas de indicadores y su difusión. El principal cambio en esta materia habrá de venir, en cualquier caso, de la aplicación del Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD alcanzado en 2022 por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, al que previamente se ha hecho referencia. Este acuerdo establece un marco sustancialmente distinto en lo que se refiere tanto a la acreditación de los servicios como al modelo de evaluación de la calidad de la atención de los cuidados y a su institucionalización.

En lo que se refiere a la evaluación de la calidad de la atención, el Acuerdo establece la creación de un sistema común de evaluación de calidad de los servicios del SAAD y, más concretamente, la constitución de una ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD. Esta ponencia se constituye como grupo de trabajo permanente y tendrá como misión inicial “la elaboración de una propuesta de sistema común para la evaluación de la calidad de los servicios y prestaciones del SAAD, que deberá referirse especialmente a los resultados e impactos de estos en las personas, y muy especialmente en su vida digna de calidad” (Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 2022: 46).

De acuerdo con el texto del acuerdo, “el enfoque de la evaluación será ex post y las dimensiones a evaluar se articularán en torno a los principios de dignidad, respeto, personalización, atención centrada en la persona, participación, control y elecciones, derecho a la salud al bienestar personal, proximidad y conexiones comunitarias” (Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 2022: 47). Transcurridos 18 meses desde su constitución, la ponencia deberá presentar una propuesta completa de criterios, dimensiones, indicadores, herramientas y procesos comunes de evaluación de la calidad en los servicios del SAAD, que servirán de referencia para los acuerdos posteriores de referencia, para su aprobación por parte del Consejo Territorial. El marco de calidad que se propone incluye un marco referencial de calidad en el que se establecen los estándares de la atención, un sistema de evaluación de la calidad en el que se genere una aplicación sistemática de evaluación y acreditación de la calidad que permita avanzar a todas las organizaciones y entidades prestadoras de servicios hacia la mejora en la calidad, y planes de transición del modelo de atención de los servicios.

La creación de la ponencia representa un avance de importancia en la institucionalización en España de la evaluación de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración, en la medida en que, con el Acuerdo aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, una vez se apruebe el Sistema de Evaluación de la Calidad del SAAD, la ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD deberá permanecer activa para revisar los estándares de atención, elaborar recomendaciones y directrices, diseñar y proponer los sistemas de publicación de resultados de las evaluaciones y los modelos de calificación, diseñar y proponer sistemas de comparaciones abiertas y elaborar, por encargo del Consejo Territorial, encuestas u otras herramientas que favorezcan el aprendizaje para el cambio de modelo.

Además, el modelo de calidad que se establece en el Acuerdo asume las carencias del actual sistema en cuanto a la transparencia y la rendición de cuentas y plantea medidas concretas para su mejora. Así, en el marco del sistema aprobado, los resultados de las evaluaciones de los servicios del SAAD tendrán carácter público y abierto, y serán publicados de una manera planificada y ordenada, de manera que sean accesibles y entendibles por todas las partes y personas interesadas. El acuerdo añade que los resultados de las evaluaciones de calidad podrán dar lugar a categorías que sean utilizadas como criterios para el establecimiento de valores diferenciados en las contrataciones y concurso de plazas por parte de las administraciones públicas.

3. APRENDIZAJES DERIVADOS DE LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Frente al insuficiente desarrollo del modelo español de gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración, los países de nuestro entorno han desarrollado en los últimos años modelos de evaluación y gestión de la calidad que están permitiendo avanzar en la disponibilidad de marcos conceptuales para la evaluación, en el control público de los servicios prestados, en la transparencia

del sistema y, en definitiva, en la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias. Los aprendizajes que cabe extraer del análisis de las experiencias desarrolladas en esos países, –con particular atención a la experiencia de Francia, Alemania, Escocia y Suecia– son los siguientes.

- La necesidad de combinar la regulación *ex ante* y la evaluación *ex post*. El análisis de la experiencia internacional pone de manifiesto que los países que más han avanzado en la gestión de la calidad en materia de Servicios Sociales y/o cuidados de larga duración aplican un enfoque más centrado en la evaluación *ex post* que en la regulación *ex ante*, con una regulación más laxa y genérica que en nuestro entorno en cuanto a las condiciones que deben cumplir los centros y servicios. La laxitud de la normativa no implica sin embargo que no se establezcan condiciones a las entidades proveedoras de los servicios, tanto en lo que se refiere a las estructuras y los procesos de atención como en lo que se refiere a los resultados de la intervención. Sin embargo, en esos países la exigencia de unos criterios mínimos de calidad se plantea en general de forma más específica, mediante procesos de negociación, concertación o contratación con las entidades responsables de cada centro o servicio que tienen en cuenta, entre otros elementos, los procesos de evaluación de la calidad de la atención.
- La institucionalización del sistema y la independencia de las funciones de evaluación. Como se ha señalado en el punto anterior, una de las principales diferencias entre la mayor parte de los sistemas analizados y el que existe en España, y en sus diferentes Comunidades Autónomas, se refiere al grado de estructuración, articulación e institucionalización de los sistemas analizados. Frente a la fragmentación y escasa articulación interna del modelo español, los sistemas que más han avanzado en esta línea se caracterizan por tres elementos de interés:
 - Por una parte, la independencia funcional de los órganos responsables de la inspección y/o la evaluación. La mayor parte de los países analizados han establecido órganos o agencias que, si bien son de titularidad pública, tienen un carácter independiente, tanto de las entidades privadas responsables de la gestión directa de los servicios como de las entidades públicas responsables de su provisión⁵.
 - Por otra, la diferenciación entre los procesos de inspección y de evaluación y, en términos más generales, una mejor articulación interna del sistema, atribuyendo a los diferentes agentes funciones y responsabilidades específicas

5. En esa línea, tienen un carácter de autoridad independiente, por citar algunos ejemplos, el IVO sueco, el Care Inspectorate escocés, la Care Quality Commission inglesa, la Alta Autoridad de Salud (HAS) francesa o la Health Quality and Information Authority irlandesa. También tiene carácter independiente la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS). También tienen un carácter independiente, en otros ámbitos de las políticas públicas, la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF) o el recientemente creado Órgano de Evaluación de las Políticas de Empleo e Inclusión Social en Euskadi.

y diferenciadas. Esta especialización se concreta, al menos en alguno de los países analizados, en el despliegue del modelo de gestión de la calidad en tres planos diferentes, aunque interconectados. El primero se refiere a las personas profesionales y se centra tanto en su formación, como en su habitación o acreditación, así como en los procesos de supervisión profesional y en la promoción de códigos de conducta que eviten la mala praxis profesional. El segundo se refiere, más directamente, a la calidad de la atención que se presta en los servicios y centros, y se centra en la inspección y evaluación de los servicios. Esta evaluación afecta tanto a las prácticas organizativas y profesionales como a los elementos estructurales y, desde el punto de vista de los resultados, a la calidad de vida y el bienestar de las personas usuarias. El tercer plano se centra en el conjunto del sistema de servicios sociales y se refiere al funcionamiento y/o el impacto de los programas, es decir, a la evaluación de las políticas públicas y su desarrollo sobre el territorio. Estas evaluaciones tienen a menudo una perspectiva temática o monográfica⁶ e incorporan también a menudo una perspectiva territorial, de manera que es posible analizar y comparar el despliegue de los diferentes servicios –o los indicadores de impacto y rendimiento– entre territorios (municipios, comarcas, regiones).

- Cabe también destacar el papel de las agencias independientes como centros tractores en todo lo referido a la evaluación, la gestión del conocimiento y la calidad de la atención. Es importante señalar que, más allá de su independencia o de sus funciones de inspección o evaluación, estas agencias operan como centros de referencia en todo lo que tiene que ver con la evaluación, la gestión del conocimiento, la formación, la investigación y la garantía de la calidad, en la medida en que –careciendo de competencias en lo que se refiere a la atención directa de las personas usuarias– constituyen entidades especializadas en la materia. Esa especialización, junto a su independencia y una disponibilidad suficiente de recursos técnicos y humanos, confiere a estas entidades una autoridad técnica y científica –y, por tanto, un papel referencial– que va más allá de sus competencias en materia de inspección o evaluación.
- El cambio de paradigma de la calidad de la atención a la calidad de vida. Otro de los elementos básicos que se puede observar de la experiencia internacional se refiere al cambio de énfasis que ha ido produciéndose en los últimos años en los modelos de evaluación y gestión de la calidad. Este cambio de énfasis se relaciona con la agenda de la personalización, asumida de una u otra forma por la práctica totalidad de los países analizados,

6. En nuestro entorno, el mejor exponente de este enfoque serían las evaluaciones realizadas por el Instituto de Evaluación de Políticas Públicas (Ivalúa) de Cataluña.

y con la importancia que el concepto de calidad de vida adquiere en el marco de ese enfoque. De esta forma, se produce un doble cambio de énfasis: por una parte, frente a la centralidad de la calidad de la atención, la calidad de vida de las personas usuarias se constituye como el objetivo central de la intervención, el elemento cuya consecución o mantenimiento debe ser evaluado. Paralelamente, y en coherencia con el énfasis puesto en la evaluación *ex post* frente a la regulación *ex ante*, la atención de la evaluación deja de centrarse preferentemente en los *inputs* y *outputs* del proceso –es decir, en los indicadores de estructura y de proceso, en los requisitos funcionales, personales y materiales–, para centrarse fundamentalmente en los *outcomes*, es decir en los resultados, medidos además desde la perspectiva de la calidad de vida de las personas usuarias y sus familias.

- El consenso de todos los agentes y la participación de las personas usuarias. El desarrollo de los sistemas de evaluación y gestión de la calidad a los que se ha hecho referencia se basa, por otra parte, en la participación de todos los agentes implicados desde dos perspectivas. La primera se refiere a la importancia de consensuar los estándares de calidad, los criterios y las herramientas de evaluación por parte de todos los agentes que intervienen en el proceso, de forma que ninguno de ellos se vea obligado a participar en un sistema cuyas bases no comparte. La segunda se refiere a la necesidad de incorporar la perspectiva de todos los agentes –y, en particular, de las personas usuarias– a los procesos de evaluación. La incorporación de esa perspectiva se realiza mediante herramientas muy diversas, tanto a la hora de establecer los estándares de calidad como a la hora de definir la metodología de las evaluaciones. Entre otras, puede señalarse en las entrevistas y encuestas a las personas usuarias, el recurso a evaluadores/as voluntarios/as con experiencia como usuarios/as de servicios, etc.
- La evaluación como parte de un proceso de acompañamiento para la transformación y la mejora continua. Otro de los elementos básicos que se derivan del análisis realizado se refiere a la necesidad de considerar cualquier modelo de evaluación, no desde la perspectiva del control, el señalamiento o la sanción, sino fundamentalmente desde la perspectiva de la mejora continua y el acompañamiento para el cambio. En ese sentido, la práctica totalidad de los modelos analizados incorporan herramientas y centran su atención en los elementos relacionados con el apoyo a las organizaciones y a las personas profesionales para la mejora de la calidad de la atención.
- Práctica basada en la evidencia, transparencia y rendición de cuentas. Junto a la importancia que se concede a la práctica basada en la evidencia, es también necesario señalar la prioridad que, en la mayor parte de los modelos analizados, se da a la transparencia y la rendición de cuentas. Es patente en ese sentido la creciente extensión en los países de nuestro entorno de sistemas de indicadores y calificaciones que permiten valorar

y dar a conocer la calidad de la atención prestada en cada centro. Estos modelos sirven tanto para informar a las personas potencialmente usuarias de la calidad del servicio prestado por cada centro o empresa proveedora de servicios, como para retirar la acreditación u homologación de las entidades que no superan las evaluaciones realizadas. La publicación de los resultados de las evaluaciones o inspecciones realizadas constituye, especialmente en los modelos más orientados al mercado –Alemania, Reino Unido, USA...– una herramienta cada vez más utilizada. Si bien este tipo de herramientas despiertan recelos y resistencias por parte de los proveedores de los servicios, las evaluaciones realizadas apuntan a que tienen un cierto impacto en la mejora de las deficiencias inicialmente detectadas, en la mejora de la calidad del servicio y en la transparencia del sistema (Herr, Nguyen y Schmitz, 2015; Kumpunen et al., 2014).

- La dotación, la cualificación, la motivación y la implicación de los y las profesionales son un elemento clave para garantizar la calidad de la atención. Si bien no puede decirse que exista en nuestro entorno evidencia empírica constatable y clara sobre la relación entre la calidad de la atención y las condiciones de trabajo de las personas profesionales, existe un consenso prácticamente unánime a la hora de señalar que no puede alcanzarse un nivel suficiente de calidad en la prestación de los servicios si no se garantizan unas condiciones de trabajo adecuadas, unas dotaciones mínimas y unos niveles de cualificación, motivación e implicación personal suficiente. La mayor parte de los modelos de evaluación y gestión de la calidad toman en consideración esta cuestión, aunque en pocos casos la calidad del empleo se considera como un criterio básico de calidad. En ese sentido, destaca el acuerdo sobre criterios de acreditación de los centros y servicios del sistema español de atención a la dependencia, que establece la calidad del empleo como uno de los elementos esenciales del modelo de gestión de la calidad.

Los análisis realizados también han permitido detectar los riesgos vinculados a los modelos de evaluación que se han analizado. Entre los más significativos, se pueden destacar los siguientes:

- Las dificultades para combinar una aproximación de normativa laxa –como se ha señalado previamente– con la necesidad de determinar con claridad las estructuras, procedimientos y recursos que los centros deben destinar a la atención. Cabe pensar en ese sentido que existe una tensión entre la regulación *ex ante* y la evaluación *ex post*, y que centrar el modelo únicamente en uno de estos elementos puede resultar problemático.
- La falta de consistencia y de coordinación entre los diferentes agentes que intervienen en las funciones de evaluación y gestión de la calidad, especialmente cuando esas

funciones se atribuyen a entidades muy diferentes.

- Los posibles riesgos asociados a la publicación de los informes y los indicadores que se derivan de la evaluación, especialmente cuando no se tiene suficientemente en cuenta –y no se controla o aísla de manera adecuada– las diferencias que existen entre los centros en lo que se refiere a su *case mix* o su punto de partida organizativo.
- La sobrecarga administrativa y de gestión que puede suponer para las entidades proveedoras de servicios la puesta en marcha de sistemas de evaluación muy exigentes desde el punto de vista de la gestión.
- El riesgo, por último, de desvincular los procesos de gestión de la calidad de los relacionados con la financiación de las dotaciones y estructuras que pueden hacer posible alcanzar los niveles deseados de calidad. Si bien puede pensarse que hay elementos ligados a la calidad de la atención que responden a cambios culturales en las prácticas organizativas y profesionales que no necesariamente tienen un coste importante, es también evidente que numerosos elementos relacionados con la garantía de la calidad implican un sobrecoste importante.

Más allá de la financiación de las actividades de evaluación –en algunos de los países analizados son las propias entidades evaluadas las que asumen el gasto que supone el proceso de evaluación como condición para su acreditación–, la cuestión más relevante se relaciona con el riesgo de desvincular las exigencias que se imponen mediante el establecimiento de unos estándares de calidad determinados de los mecanismos para la fijación de las tarifas abonadas a las entidades proveedoras de los servicios. La calidad, en suma, implica un compromiso económico que tanto las entidades proveedoras como las administraciones públicas deben estar en condiciones de asumir.

4. CONCLUSIONES

La suficiencia, adecuación y calidad de las prestaciones y servicios es un reto permanente para el desarrollo del bienestar de las personas beneficiarias del SAAD (Rodríguez Cabrero, G. y Marbán, V. 2022). El último informe de evaluación del SAAD señala en ese sentido que los servicios y prestaciones proporcionados por el sistema español de atención a la dependencia no se ajustan suficientemente a las necesidades de las personas en situación de dependencia y que no se han desarrollado suficientemente en España los mecanismos de regulación, acreditación, inspección, certificación, estandarización y evaluación de la atención que permiten avanzar hacia una atención de calidad.

El informe añade que la cartera de servicios actual no es suficiente para atender a la demanda y necesidades reales de las personas en situación de dependencia, que la calidad de los servicios de

atención directa, tanto en el domicilio como en el entorno residencial es mejorable, que el desarrollo de las herramientas comunes de acreditación de la calidad en el ámbito del SAAD que se establecieron tras la aprobación de la LAPAD es manifiestamente insuficiente, que el desarrollo en España de las herramientas de certificación, normalización y publicación de estándares y guías de buenas prácticas ha sido escaso y, sobre todo, heterogéneo y disperso, y que existe un consenso generalizado a la hora de subrayar la necesidad de reorientar y reforzar los servicios y procedimientos establecidos para la inspección de los servicios.

Frente a esta situación, algunos países de nuestro entorno han avanzado en el desarrollo de modelos de evaluación de la calidad de los cuidados mejor articulados, dotados de una mayor institucionalización, más orientados a la transparencia y la rendición de cuentas, y más centrados en el impacto de los servicios sobre la calidad de vida de las personas, superando los modelos únicamente centrados en la inspección de los requisitos funcionales, personales y materiales.

La reciente aprobación del Acuerdo sobre Criterios comunes de Acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD ha traído consigo, sin embargo, un cambio de modelo que todavía debe ser materializado y concretado. En esa línea, el desarrollo de la ponencia técnica a la que el acuerdo hace referencia debería centrarse, en el corto plazo, en el desarrollo de las siguientes actuaciones:

- La generación de un referencial común de calidad que permita dotar al conjunto del sistema de un marco conceptual homogéneo que, más allá del marco regulador, establezca los criterios y estándares de calidad que todos los servicios y centros deben aplicar.
- El desarrollo de mecanismos de evaluación, externa e interna, que permitan medir en qué medida los diferentes centros y servicios cumplen esos estándares y criterios de calidad y permitan al mismo tiempo, a partir de esas evaluaciones, diseñar los planes de mejora correspondientes.
- El diseño de los sistemas para la publicación de los datos e indicadores relativos a cada uno de los centros y servicios, así como de los informes de evaluación, que doten al sistema de un mayor grado de transparencia.
- El diseño de las operaciones estadísticas que puedan ser necesarias para conocer los niveles agregados de bienestar personal y calidad de vida que registran las personas usuarias de los diferentes servicios y prestaciones del SAAD, a partir de la utilización de escalas de calidad de vida internacionalmente consensuadas y validadas.

Esas actuaciones deberían realizarse buscando el consenso del conjunto de los agentes involucrados en la gestión del SAAD y, en concreto, de todas las CCAA. Para ello, como recomendaba el informe de evaluación del SAAD (Rodríguez Cabrero y Marbán, 2022), puede ser útil explorar las posibilidades de adoptar como referencia el método abierto de coordinación que utiliza la Unión Europea en relación a las competencias de los estados miembros. Básicamente, este método consiste en adoptar un acuerdo conjunto de principios generales e indicadores comunes (definición de objetivos a nivel central), desarrollar una regulación dirigida a la convergencia en términos de resultados (implementación descentralizada) y realizar evaluaciones comparativas para el aprendizaje mutuo y el intercambio de buenas prácticas entre los distintos niveles de la administración pública.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andreo, P., Gómez, C., Carrasco, E., Martínez-Escámez, I., Alguazas, I. & Andreo, F. (2015). Quality assurance systems in nursing. A turning point in the world of nursing homes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, vol. 5, nº, pp. 99-108.
- Defensor del Pueblo. (2020). Informe anual 2019. Volumen I. Informe de gestión, Madrid, Defensor del Pueblo.
- Gerokon. (2019). *El caos de la atención a la dependencia: una perspectiva desde la gestión*. Círculo Empresarial de Atención a las Personas.
- Herr, A., Nguyen, T. & Schmitz, H. (2015). *Does Quality Disclosure Improve Quality? Responses to the Introduction of Nursing Home Report Cards in Germany*. Düsseldorf Institute for Competition Economics (DICE), Discussion Papers, nº 176.
- Kumpunen, S., Trigg, L y Rodrigues, R. (2014). *Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Murakami, Y., Colombo, F. (2013). Regulation to improve quality in long-term care. En: *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. París, OECD Publishing, 2013.
- Murakami, Y., Colombo, F. (2013). Why the quality of long-term care matters. En: *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. París, OECD Publishing.
- Leturia, M. (2012). Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención. *Actas de la Dependencia*, n.º 5, 2012.
- Leturia, M., et al. (2019). Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. *Revisión internacional*. Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados.
- Mor, V. et al. (eds.) (2014). *Regulating Long-Term Care Quality. An international comparison*. Serie: Health Economics, Policy and Management, Cambridge, Cambridge University Press, 2014.
- Rodríguez Cabrero, G. y Marbán, V. (coords.) (2022). *Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
- Zalakain, J. (2022). Suficiencia, adecuación y gestión de la calidad en el marco del sistema español de atención a la dependencia. *Zerbitzuan*, n. 78, p. 21-49.

Caminos para avanzar en la personalización de los apoyos y cuidados de larga duración.

Pathways for progress in personalising long-term care and supports.

Pilar Rodríguez Rodríguez

prodriuez@fundacionpilares.org

Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Recibido: 15/02/2024

Aceptado: 23/03/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.
Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Rodríguez Rodríguez, P. (2024). Caminos para avanzar en la personalización de los apoyos y cuidados de larga duración. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 118-137.

RESUMEN

Múltiples estudios han demostrado la ineeficacia de los modelos tradicionales de atención, la opinión científica y los Organismos Internacionales reconocen a nivel global los beneficios que tendría la implementación de un modelo basado en una atención integral y centrada en la persona (AICP) en la que se combinan, por una parte, los planteamientos que consideran inexcusable la transversalidad de los servicios de apoyos y cuidados para poder ofrecer una atención integral, flexible y continuada. Y, por otro lado, los elementos de la atención centrada en la persona (ACP), cuyos beneficios han sido ya contrastados en la atención terapéutica, así como en otros ámbitos de la intervención social como la infancia, el sinhogarismo, el ámbito de la discapacidad, la salud mental y, de manera mucho más reciente, en la atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. La transformación que se necesita constituye un cambio de paradigma que demanda un cambio cultural. Se trata de un asunto que es (o debería ser) de interés e involucrar a toda la sociedad, porque en él se encuentra implícito el desarrollo de la economía, la sostenibilidad del sistema de salud y de los servicios sociales, la imprescindible accesibilidad del urbanismo, el derecho a tener una vivienda accesible y digna.

PALABRAS CLAVE

Atención centrada en persona, modelo integral, cuidados, discapacidad, dependencia.

ABSTRACT

Numerous studies have demonstrated the ineffectiveness of traditional models of care, scientific opinion and International Organisations globally recognise the benefits of implementing a model based on integrated and person-centred care (ICCP) which combines, on the one hand, approaches that consider the transversality of support and care services to be inexcusable in order to offer comprehensive, flexible and continuous care. And, on the other hand, the elements of person-centred care (PCA), whose benefits have already been proven in therapeutic care, as well as in other areas of social intervention such as childhood, homelessness, disability, mental health and, much more recently, in the care of frail or dependent elderly people. The transformation that is needed is a paradigm shift that demands a cultural change. This is an issue that is (or should be) of interest and should involve the whole of society, because it involves the development of the economy, the sustainability of the health system and social services, the essential accessibility of urban planning, and the right to have accessible and decent housing.

KEYWORDS

Person-centred care, holistic model, care, disability, dependency.

1. EL CAMBIO DEL PARADIGMA EN EL ÁMBITO DE LOS APOYOS Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

En los últimos años se ha ido produciendo una progresiva y generalizada onda de opinión sobre la necesidad de cambiar el modelo de apoyos y cuidados de larga duración (CLD), que cada día se consolida más en el discurso profesional y en el argumentario que fundamenta las políticas sociales en todo el mundo. Los difíciles, y en ocasiones, trágicos tiempos que atravesamos a causa de la pandemia COVID19 pusieron de manifiesto la necesidad de producir esa transformación poniendo a las personas en el eje de la intervención. Constatamos que la toma de decisiones sin escuchar las necesidades y deseos de las personas en situación de fragilidad o dependencia hizo que se sumaran a las numerosas muertes provocadas por la pandemia, otros decesos, en este caso, "muertes sociales". De personas que fueron discriminadas en el acceso a los servicios de salud, sin reconocerles otra alternativa a las medidas de confinamiento que un aislamiento radical, que se reveló como muy nocivo para la salud física y mental de las personas y de sus familias. Este episodio de nuestra historia reciente destapó ante la opinión pública las insuficiencias que desde tiempo atrás se venían produciendo en nuestras políticas de cuidados, y actuó como potente revulsivo para cambiarlas.

Son numerosas las iniciativas que se vienen desarrollando para hacerse cargo de unas necesidades que no solo involucran a las personas mayores, en situación de discapacidad o dependencia, sino que también afectan y mucho a sus familias, a las comunidades en las que viven y, obviamente, a todos los sistemas y equipos profesionales de atención sociosanitaria que se ponen en juego. Múltiples estudios han demostrado la ineeficacia de los modelos tradicionales de atención, la opinión científica y los Organismos Internacionales reconocen a nivel global los beneficios que tendría la implementación de un modelo basado en una atención integral y centrada en la persona (AICP), en la que se combinen, por una parte, los planteamientos que consideran inexcusable la transversalidad de los servicios de apoyos y cuidados para poder ofrecer una atención integral, flexible y continuada. Y, por otro lado, los beneficios han sido ya contrastados en la atención terapéutica, así como en otros ámbitos de la intervención social como la infancia, el sinhogarismo, el ámbito de la discapacidad, la salud mental y, de manera mucho más reciente, en la atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia.

Podría decirse que existe ya un clamor por el cambio de modelo, que desborda los análisis técnicos-científicos y administrativos habituales, y alcanza al órgano representativo superior del pueblo español, las Cortes Generales, existiendo tanto en el Congreso de los Diputados como en el Senado, estudios de interés sobre envejecimiento, discapacidad y situaciones de dependencia. Las conclusiones resultan coincidentes en cuanto a abogar por una transformación del modelo de cuidados, que ponga a las personas en el centro de la definición de las políticas de protección. Esto, que es fácil de decir, resulta más complicado llevarlo a la práctica, porque requiere de una puesta en marcha coordinada e interdisciplinar de políticas *bottom up*, que escuchen y recojan la voz de las personas implicadas (quienes tienen necesidad de apoyos, familias, profesionales, movimientos sociales

organizados, comunidad científica y otros actores sociales) para trabajar en la construcción de una sociedad más humana y receptiva hacia las necesidades sociales.

La transformación que se necesita constituye un cambio de paradigma que demanda un cambio cultural. Se trata de un asunto que es (o debería ser) de interés e involucrar a toda la sociedad, porque en él se encuentra implícito el desarrollo de la economía, la sostenibilidad del sistema de salud y de los servicios sociales, la imprescindible accesibilidad del urbanismo, el derecho a tener una vivienda accesible y digna, la salvaguarda de la salud mental de la población... Cuando se habla de atención integral y centrada en la persona no se está haciendo referencia solamente al problema de algunas familias y personas, ni tampoco sólo al ámbito de la atención social y sanitaria, sino que se trata de encontrar una solución satisfactoria para toda la sociedad a los problemas que implican las situaciones de discapacidad y dependencia, en especial las que están asociadas al incesante incremento de la esperanza de vida hasta edades muy avanzadas y a la necesidad de cuidados de larga duración. Tales respuestas tienen necesariamente que contar con la participación de la ciudadanía y plantearlas desde el enfoque de derechos y dignidad, por lo que la ética y sus principios han de tenerse muy en cuenta.

2. ALGUNAS DE LAS PRINCIPALES PROPUESTAS PARA GUIAR LA ACCIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

a) Un nuevo enfoque de los cuidados de larga duración.

La Organización Mundial de la Salud propuso en su *Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud* (OMS, 2015a) una definición de los Cuidados de larga duración (CLD), según la cual estos deben entenderse como: "las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana".

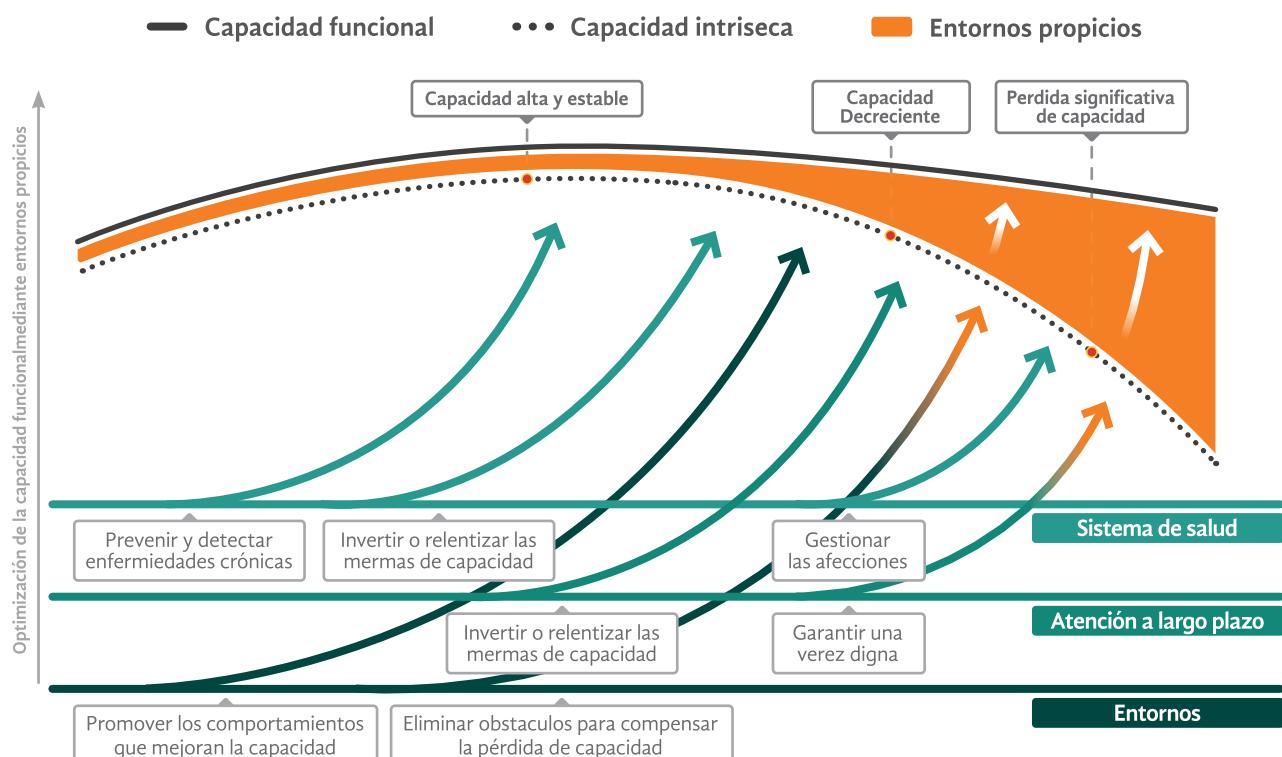
Las propuestas de este Organismo pasan porque se planteen como objetivos los cuatro siguientes: Luchar contra el edadismo (mediante un cambio en nuestra manera de pensar, sentir y actuar), incluir a las comunidades (porque son las que en mayor medida fomentan las capacidades de las personas), implementar el modelo AICP (para lo que es esencial replantearse la organización de los servicios y la formación) y facilitar el acceso a servicios sociales y sanitarios coordinados en situaciones de cronicidad. En cuanto a las áreas o actuaciones a desarrollar se concentran en las cinco siguientes (OMS, 2015b):

1. Empoderar, comprometer y dar participación a las personas y a las comunidades.
2. Fortalecimiento de la gobernanza y rendición de cuentas.

3. Innovación y cambio de modelo hacia la atención integral y centrada en la persona (priorizar la prevención, la atención domiciliaria y la utilización de la tecnología para favorecerlo).
4. Coordinación de servicios en la comunidad (sanidad, servicios sociales, vivienda y otros sectores), potenciando la gestión de casos.
5. Crear un entorno propicio (fortalecer el liderazgo y la gestión del cambio, reorientación y formación profesional, alineación de los marcos legales al modelo, reformar costes...).

La OMS ha planteado en sus últimos informes un cambio relevante sobre el significado que debe darse al concepto de capacidad funcional, entendiéndola como “la que permite a las personas ser y hacer lo que para ellas es importante”, lo que exige introducir claramente en las valoraciones e intervenciones la subjetividad de la persona. Lograr avanzar durante el decenio 2020-2030 en políticas que persigan el desarrollo de esta capacidad funcional es el principal objetivo del paradigma del envejecimiento saludable (OMS, 2020). El mismo se sustenta en la evidencia científica que muestra cómo puede optimizarse la capacidad funcional desde los sistemas de salud y de servicios sociales, trabajando simultáneamente la potenciación de la capacidad intrínseca de la persona y la generación de entornos físicos y de recursos humanos propicios a ese fin (Figura 1).

Figura 1. Trayectorias del envejecimiento saludable. Optimización de la capacidad funcional.



Fuente: OMS (2020). Década del envejecimiento saludable. Informe de referencia.

De manera más reciente, la Comisión Europea (2022) aprobó la Estrategia Europea de Cuidados, mediante la que se insta a los gobiernos a trabajar en dos ámbitos: el primero consiste en garantizar unos servicios asistenciales accesibles, asequibles y de calidad, en particular a los cuidados basados en la comunidad y la atención domiciliaria. Y, paralelamente, se plantea la necesidad de mejorar las condiciones de trabajo de quienes se dedican profesionalmente a los cuidados, así como el apoyo a las familias cuidadoras facilitando la conciliación de la vida familiar y la vida profesional.

Esta Estrategia Europea hace hincapié en que la calidad que debe buscarse en las infraestructuras y los servicios no solo se refiere a estos, sino que engloba las interacciones y las relaciones humanas entre las personas cuidadoras y quienes reciben los cuidados. Asimismo, se afirma que la mejora del sector asistencial tiene por objeto garantizar que las personas cuidadoras profesionales disfruten de unas condiciones de trabajo mejores, con lo que también se contribuirá a hacer el sector más resiliente y atractivo y ayudar a crear nuevos empleos para responder al aumento de la demanda.

b) La transversalidad de las políticas sociales y su necesaria coordinación.

Se resalta, entre las muchas propuestas que se realizan en este ámbito, las que viene formulando la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que ha venido trabajando desde hace décadas sobre los CLD y en la mayoría de sus informes ha señalado con contundencia que estos constituyen un ámbito global de las políticas sociales, por lo que es indispensable aplicar un enfoque de transversalidad entre las mismas. “La atención en CLD tiene un carácter transversal e involucra a los diferentes sectores y niveles de los sistemas de protección social: servicios sociales, sanitarios, educativos, empleo, accesibilidad, vivienda, participación, servicios de proximidad, TIC, cuidadores formales e informales, comunidad...” (OECD, 2013).

No se refiere este Organismo exclusivamente a la atención sociosanitaria, como a veces se simplifica cuando se habla de la atención integral e integrada, porque las necesidades de muchas de las personas que tienen una situación de discapacidad o dependencia son múltiples y variadas. Resumiendo las propuestas de este Organismo (OCDE y Unión Europea, 2013), recomienda que los servicios de apoyo y cuidados:

- Se adapten a los deseos de las personas.
- Se refuerzen todos los servicios dentro del ámbito comunitario para favorecer que las personas puedan continuar viviendo en su casa y entorno.
- Mejorar las posibilidades de libre elección de las personas sobre los servicios de apoyo.

- Invertir en prevención por su eficacia probada en la evitación de situaciones de dependencia.
- Apoyar mejor a las personas cuidadoras y coordinar los cuidados formales y familiares.
- Desarrollar más recursos que garanticen el buen cuidado en centros y servicios y reduzcan la carga de cuidados de las familias.

Sin perjuicio de lo anterior, es cierto que si circunscribimos nuestra atención a las personas en situación de dependencia con enfermedades crónicas, cuya atención puede llegar a ser de gran complejidad, se constata que la falta de adecuación de las políticas sociales afecta especialmente a los sistemas más concernidos, es decir, a los servicios sociales y al sistema sanitario. En este ámbito, y pese a haber transcurrido décadas desde que se detectó la necesidad de avanzar en la coordinación social y sanitaria, esta continúa sin conseguirse, lo que origina falta de calidad en la atención, fragmentación y discontinuidad asistencial y también ineficiencia en el gasto. (Rodríguez, 2006; Ministerio de Sanidad, 2011).

c) La relación entre el enfoque basado en derechos (EBD) y el de las capacidades.

Desde el EBD se ha venido señalando la existencia de un importante gap entre la regulación normativa existente y el verdadero ejercicio de derechos que pueden realizar las personas concretas en su cotidianidad, lo que muestra la dificultad de pasar de las leyes a la vida cotidiana. Son muchos los derechos que aparecen en las normas autonómicas, nacionales e internacionales y estos suelen enunciarse sin concretar ni determinar cuál es su contenido ni cuáles son las acciones que deben desarrollarse para promover su ejercicio y establecer las garantías correspondientes. Y si esto sucede en el ámbito de la ciudadanía en general, y de las personas mayores en particular, más se acentúa el riesgo de vulneración de derechos cuando estas tienen una situación de discapacidad o de dependencia por la que precisan recibir apoyos y CLD.

Para contribuir a evitar generalizaciones e inconcreciones en la defensa de los derechos de este grupo de población, algunas entidades, como HelpAge (<https://www.helpage.es/publicaciones-informes-y-estudios/>) o la Fundación Pilares para la autonomía personal vienen desarrollando actuaciones en este sentido. Desde esta última se diseñó una línea de investigación-acción, que comenzó en 2019 y continúa en la actualidad, cuyo objetivo principal es reforzar con nuevo conocimiento las bases del modelo que propugna la AICP, al tener su fundamento básico precisamente en la defensa de la dignidad y los derechos de las personas, especialmente cuando requieren apoyos y CLD. Se centran estas actuaciones en un acercamiento concreto y preciso a los derechos y deberes, cuyo ejercicio en la vida cotidiana depende en buena medida de la actuación y actitudes de los equi-

pos profesionales y de los familiares que acompañan y cuidan, así como en las percepciones y actuaciones de las propias personas mayores¹.

Por otra parte, el EBD se relaciona con el enfoque de las capacidades porque ambos se refieren no sólo a los resultados, sino también al proceso o modo en que se logra el verdadero ejercicio de derechos. Por ello, reconoce —igual que hace la AICP— a las personas como agentes que intervienen en el desarrollo de sus capacidades, en lugar de considerarlas como receptoras pasivas de servicios (Sen, 2000). Según este enfoque, la capacidad no se refiere tanto a las habilidades o competencias que una persona posea, sino a las que puede llegar a desarrollar, porque muchas de ellas, solo si tiene la oportunidad de acceder a los apoyos y recursos necesarios para llevar a cabo sus propios proyectos de vida, podrá ver hechos efectivos sus derechos y capacitarse para ello. Es decir, sobre todo en el caso de las personas que necesitan apoyos y cuidados, sus capacidades están relacionadas más en función de las oportunidades que se les ofrecen desde los distintos sistemas (familia, escuela, trabajo, comunidad, políticas sociales, etc.) para realizar sus derechos que de sus características personales (funcionalidad, salud, género, etc.). En eso consiste para Sen la libertad, y también lo relaciona con el concepto de desarrollo humano, entendido como el conjunto de oportunidades que se ofrecen en una sociedad dada para poder tener condiciones de vida dignas.

Por su parte, Marta Nussbaum, siguiendo la senda de Amartya Sen, aproximó los rasgos que definen este enfoque partiendo del reconocimiento de que todos podemos desarrollar un rol valioso, cualesquiera que sean nuestras circunstancias, si las condiciones ambientales (físicas y humanas) lo facilitan. Esto implica en el ámbito de la intervención la necesidad de desarrollar diferentes técnicas, como es el empoderamiento para promover autonomía personal. Y en cuanto a los poderes públicos y a la sociedad en su conjunto, obliga a diseñar políticas y medidas adecuadas para poder elegir y para que todos podamos desarrollar nuestra potencialidad, partiendo de nuestras características, mundo de valores y contextos diferenciados. En el ámbito de la atención a las personas mayores, esta misma autora (Nussbaum M y Levmore, R, 2018) concreta su propuesta, insistiendo en “subrayar la elección y la iniciativa: las personas tienen derecho no solo a una satisfacción pasiva, sino a un conjunto de oportunidades para elegir (...), y lo anterior no tiene que ver con los recursos económicos, sino con una transformación social que facilite aquello que las personas realmente pueden hacer y lo que pueden ser”.

1. Pueden descargarse gratuitamente en la web de la Fundación Pilares los resultados del estudio exploratorio (*Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia en la vida cotidiana*), y también pueden encontrarse las tres Guías elaboradas (*Cómo favorecer el ejercicio de derechos y deberes de las personas mayores en los cuidados familiares; Ejercicio de derechos y deberes de las personas mayores en la vida cotidiana. Guía para profesionales de residencias y centros de día*) y Nuestros derechos y deberes. *Cómo defenderlos y ejercerlos: <https://www.fundacionpilares.org/que-hacemos/publicaciones/>*. Las cuatro publicaciones mencionadas y las actuaciones que las precedieron, ha sido posible gracias a la subvención para la realización de actividades de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, nivel estatal.

d) La economía de los cuidados

Como salida a la grave crisis ocurrida con motivo de la pandemia de la COVID- 19, y recogiendo necesidades y propuestas como las mencionadas en los apartados anteriores, el Gobierno de España elaboró el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (Gobierno de España, 2021). Dentro del importante paquete de medidas que se contienen en este Plan, se destaca su Componente 22 (Economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión) mediante el que se plantean un conjunto de actuaciones a desarrollar con apoyo de financiación europea, como es la necesidad de reforzar y modernizar las políticas de cuidados y, en general, de los servicios sociales. “En este marco, el primer reto concreto que se abordará es impulsar el cambio en el modelo de cuidados de larga duración, promoviendo servicios que refuercen una atención más centrada en la persona e impulsando la desinstitucionalización”.

Muchos son los proyectos emprendidos al cobijo de este Plan, como ha sido un incremento financiero para el desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), el apoyo a las Comunidades Autónomas para invertir en servicios y prestaciones que se adapten a las exigencias del nuevo modelo, o la financiación de 20 proyectos piloto que durante el período 2022-2024 logren evidenciar los beneficiosos resultados que arroja la transformación del sistema de cuidados.

Entre los logros de este Plan ha sido muy relevante el Acuerdo del Consejo Territorial Servicios Sociales y SAAD sobre criterios comunes de acreditación y calidad de centros y servicios, que se produjo en julio de 2022, y la elaboración colaborativa de la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización para una buena vida en la comunidad, que pretende el desarrollo de servicios de proximidad que permitan que las personas continúen viviendo en su casa, participando de manera activa en su comunidad.

e) La atención integral y centrada en la persona (AICP).

Analizando propuestas como las mencionadas, pueden deducirse dos dimensiones claras de actuación para poder ofrecer la atención personalizada que precisan y desean las personas que precisan CLD.

Por un lado, la que se refiere a la integralidad, que afecta, por una parte, a la atención concreta a cada persona como requisito para el buen cuidado desde una mirada y valoración holística. Hay que valorar y actuar en los aspectos biomédicos, psicológicos, sociales, medioambientales y espirituales de cada persona singular. Y, por otra parte, la atención integral también es un requisito del sistema organizativo y de provisión de servicios, porque se requiere reorganizarlos y diseñarlos

de manera flexible, coordinados y diversos para que puedan ofrecerse de manera integrada a cada persona y contexto, y que esta pueda realizar elecciones. Esta dimensión de atención integral exige la coordinación de diferentes apoyos para ofrecerlos de manera “conjunta” cuando una persona necesita al mismo tiempo de diferentes apoyos y servicios y que pueda recibirlas de manera integrada: Por ejemplo, recibir el SAD de servicios sociales para ayudarla en las limitaciones de su capacidad intrínseca y que esta, especialmente en casos de complejidad asistencial, se preste conjuntamente con la atención domiciliaria sanitaria; acudir a la asociación de la que es socia; salir a pasear o a realizar gestiones; contar con los productos de apoyo y tecnologías para la independencia que sean adecuados; que se ofrezcan servicios para el descanso de los cuidados a su familiar cuidador, etc.

La otra dimensión es la de atención centrada en la persona (ACP), la cual requiere que la praxis profesional, con formación sobre los elementos de este enfoque de atención e impregnada de valores éticos, tenga como eje a cada persona singular, cree un vínculo relacional con ella y, desde ahí, acercarse de manera empática al conocimiento de su historia de vida, capacidades y deseos y reconocerla como alguien único y valioso, apoyándola para que pueda desarrollar su proyecto vital con el máximo de autonomía.

Combinando ambas dimensiones, se ha propuesto que el modelo de AICP debe configurarse bajo el marco del respeto por la dignidad y los derechos de las personas que precisan CLD y basarse en una serie de principios y criterios que sienten la filosofía del proceso de acompañamiento y cuidados, colocando a la persona en el centro de la atención. Ha sido definida (Rodríguez Rodríguez, 2013, 2022) del siguiente modo:

“La atención integral centrada en la persona es la que, desde la actuación sociopolítica y profesional, promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva.”

3. LA PERSONALIZACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA (ACP)

a) Un nuevo enfoque de los cuidados de larga duración.

Pasar de modelos de atención centrada en los servicios a los centrados en las personas implica y exige llevar a cabo cambios organizativos en los centros, servicios o programas, y también de manera destacada, en los roles profesionales, que dejan de ser directivos y tecnocráticos.

De manera que dejan de desarrollarse las intervenciones “desde arriba”, por mucho que se trate de dar respuestas de que la evidencia muestra que son las adecuadas a las necesidades que presenta la persona desde el modelo tradicional (la enfermedad, la discapacidad, la dependencia). Lo que se plantea es que el plan de cuidados y apoyos se elabore con la participación activa de la persona, favoreciendo que esta mantenga la mayor independencia posible en las AVD básicas, instrumentales y avanzadas y, por otro lado, que se la acompañe y apoye en la preservación y estímulo de su autonomía moral para tomar sus propias decisiones y mantener el control de su propia vida.

La OMS, al referirse a la ACP ha señalado que esta se consigue “*cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo, la interdisciplinariedad y el ambiente*”.

Desde la Psicología Humanista y, en especial, mediante las relevantes aportaciones que realizó Carl Rogers, se enfatiza la potencialidad del ser humano y sus características distintivas de decisión, creatividad y autorrealización. Rogers plantea que, para que estas afloren, es necesario romper la jerarquía entre persona que necesita apoyos y profesional que se los presta y establecer una relación horizontal que se apoye en tres rasgos: la confianza total en la persona (aceptación incondicional), la empatía y la autenticidad y congruencia (Rogers, 1961).

Otro autor que nos dejó una obra de inexcusable conocimiento para quienes trabajan en el ámbito de los CLD y, en especial, de las demencias, fue Tom Kitwood y su grupo de la Universidad de Bradford. Se propugna desde sus propuestas abandonar lo que denominó “psicología social maligna” (Kitwood, 1997) y la serie de detractores de la persona que la caracterizan (infantilización, cosificación, desempoderamiento, menosprecio...) y, por el contrario, abrazar el “modelo enriquecido de demencia”, mediante la utilización de potenciadores de la persona (calidez, apoyo, respeto, validación, reconocimiento...). Para ello, resulta pertinente atender de manera especial a la formación de las personas cuidadoras (formales y no formales) porque, según este autor, la falta de empatía y de comprensión de muchas de las reacciones y comportamientos que presentan las personas con afecciones cognitivas pueden agudizar éstas (Pinazo et al, 2021).

Manteniendo el foco en la personalización, se considera muy relevante prestar atención a las diferencias que existen entre la clásica “atención individualizada” con la auténtica “atención centrada en la persona”, para evitar las falsas creencias que en ocasiones se denotan cuando se mantiene que “ya nos centramos en las personas”. Para aclarar la innovación que aporta la ACP en la planificación de las intervenciones y ayudar a evitar las confusiones conceptuales, resulta muy esclarecedora la distinción que se realizó por algunos autores (López Fraguas et al, 2004; Bradley, 2004) entre las planificaciones individualizadas clásicas y la planificación centrada en la persona (Tabla 1).

Tabla 1. Diferencias entre la planificación individualizada tradicional y la planificación centrada en la persona.

CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN	PLANIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA TRADICIONAL	PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA
Percepción y entendimiento de la persona	<ul style="list-style-type: none"> La persona puede participar, pero no decide. Papel: perceptora de servicios y rol subalterno respecto al profesional. 	<ul style="list-style-type: none"> La persona se percibe como sujeto con derechos que toma sus propias decisiones. Papel: ciudadana que ejerce sus derechos.
Valores y creencias	<ul style="list-style-type: none"> Protagonismo de las/os expertas/os y profesionales. Predominio de la técnica. El problema se encuentra en la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción vital de las personas y vida deseada. Respeto por la persona y su autodeterminación desde el apoyo mutuo y la interdependencia. El problema se encuentra en el ambiente.
Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> La evaluación y el plan lo realizan los equipos técnicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Las decisiones las toma la persona por sí sola o con su grupo de apoyo y las/os profesionales las motivan y acompañan, partiendo de su historia de vida.
Conocimiento y perfiles profesionales necesarios	<ul style="list-style-type: none"> Psicopedagogía, medicina, rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> Se añaden nuevos conocimientos que tienen que ver con la relación de ayuda, el enfoque biográfico, la escucha activa, la comunicación, la ética y el enfoque de los derechos.
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración de la intervención por un equipo multidisciplinar y con protocolos y criterios estandarizados. Planificación por objetivos prefijados. 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación coordinada, participativa y democrática, contando e incluyendo a la persona y partiendo de lo que es importante para ella. Los instrumentos están personalizados y son adaptables a cada persona. Protagonismo de la escucha, el debate, el aprendizaje mutuo, la negociación y el consenso final.
Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> De corte cuantitativo y centrada en las habilidades conseguidas por la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuantitativa y cualitativa, centrada en la idoneidad de los apoyos prestados y en el cumplimiento de los compromisos adquiridos. La evaluación es continua y cambia a medida que cambia el proceso vital.

CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN	PLANIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA TRADICIONAL	PLANIFICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de servicios específicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preferencias de las personas y disponibilidad de recursos comunitarios.
Modelos de referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Médico, psicopedagógico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida, atención integral y centrada en la persona (AICP).

Fuente: elaboración propia, a partir de López Fraguas et al (2004) y de Bradley (2004).

La incorporación en España de la ACP en la atención a personas mayores debe mucho a las relevantes aportaciones realizadas por Teresa Martínez, que tiene en su haber un buen número de publicaciones (2011, 2016) y a la creación de su web (acpgerontologia.com) en la que se contienen materiales que resultan de gran interés para su aprovechamiento en distintos contextos.

Resumiendo lo ya indicado, la personalización requiere que la práctica profesional se desarrolle mediante una relación de ayuda no directiva basada en la escucha para el conocimiento y reconocimiento de la persona como ser valioso por se, en la empatía, en el respeto y la preservación de sus derechos y la dignidad inherente a la condición humana y, por tanto, impregnada de valores éticos. Para ello, los equipos profesionales deben recibir formación suficiente, reflexiva y con espacios para la deliberación, en la que, entre otras cuestiones, se comprenda la diferencia entre dos conceptos fundamentales, autonomía (moral) y dependencia (funcional).

Las aportaciones que se vienen realizando desde la ética son absolutamente recomendables en cuanto se refiere a la consecución del reconocimiento de la dignidad de cada persona. En este sentido, Marije Goikoetxea (2022) ha desarrollado interesantes propuestas para la acción y también ha recogido las realizadas por Ricoeur (2006) respecto a los cuatro “caminos del reconocimiento”, las cuales se reproducen seguidamente:

- El primer camino comienza por la identificación del otro como una persona única y distinta, diferente, individual, con rasgos propios. El desconocimiento de la persona y las generalizaciones en el trato provocan, a través de la despersonalización, daño en la dignidad personal, especialmente en los ámbitos asistenciales sociosanitarios.
- El segundo camino es el de las capacidades, que se reconocen tanto individual como socialmente. Reconocimiento que reclama en justicia apoyos necesarios para poder ser desarrolladas desde los funcionamientos, más o menos limitados, que las personas pueden vivir, bien por sus propios déficits, bien por las barreras sociales que impiden su desarrollo.

- El tercer camino es la lucha y la reivindicación justa de los derechos, pasando de la voz activa (reivindicación) a la voz pasiva (integración e inclusión que evite su marginación) del reconocimiento. El trabajo y compromiso del movimiento asociativo y de distintas entidades, fundaciones e instituciones nacionales e internacionales es indispensable para visibilizar los espacios de injusticia en distintos ámbitos.
- Ricoeur se plantea también la posibilidad de ir más allá del conflicto y la lucha y de vislumbrar un estado de paz que, en el intercambio de dones y la gratitud, establezca una forma plena de reconocimiento mutuo que supondría el cuarto camino. Para ello requerimos un cambio de mirada y no solo de conocimientos, de actitudes, y no solo de aptitudes que posibiliten una relación simétrica, justa, de no dominio, de dar y recibir, donde todas las personas nos experimentemos como valiosas al ser miradas de ese modo.

4. LA PERSONALIZACIÓN DESDE LA DIMENSIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA

La atención integral, como se ha dicho, es un requisito de cara a la atención y suministro de apoyos y cuidados adaptados a cada persona y hacerlo con su participación. También es un requerimiento para transformar los sistemas de protección social y su organización, para que puedan coordinarse vertical y horizontalmente entre ellos y ofrecerse de manera integrada a las personas.

Por tanto, en la dimensión de integralidad se entremezcla la necesidad de personalizar la atención en función de cada situación individual, con la correspondiente reconceptualización de los servicios y la revisión y modificación de las formas de planificarlos y organizarlos. Obviamente, ello requiere realizar muchas reformas, tal como se ha recogido en la Evaluación del SAAD (Rodríguez Cabrero G *et al*, 2022), tanto en lo que afecta a la reforma de la normativa existente (como la LAPAD) para adaptarla a las exigencias del nuevo modelo, como mejorar el sistema prestacional, suprimir incompatibilidades, romper la fragmentación que propicia el actual sistema de gobernanza según competencias de las diversas Administraciones Públicas, incluir los recursos comunitarios en las planificaciones, desarrollar planes intensivos de capacitación de los recursos humanos, apoyar a las familias ...

La coordinación entre sistemas y prestaciones que se plantea desde la dimensión de integralidad pide que todos los servicios/apoyos puedan ofrecerse, se insiste, con flexibilidad a la persona para que esta, primero, pueda elegir los que mejor le convienen o interesan y, después, para que pueda recibirlos de manera integrada y continuada, lo que resulta especialmente pertinente en los casos en que se requiere de manera conjunta la atención social y la sanitaria. Cuestión esta que, pese

a los encomiables intentos que se han realizado a lo largo del tiempo, no han llegado a culminar, salvo experiencias aisladas en el ámbito local.

Las razones de ello no estriban sólo en la escasez de recursos, sino que también se deben a muchos otros factores, como el diferente grado de maduración de ambos sectores de la protección social, el desigual acceso a sus prestaciones (universales y gratuitas las sanitarias, sujetas a copago las de los servicios sociales), las diferencias en salarios y consideración social de las y los profesionales de cada uno de los sistemas, etc. Todo ello, junto a la escasa priorización política que se ha venido haciendo de esta necesidad (continúa sin desarrollarse, ni por el sistema sanitario ni por el social, cómo proveer las prestaciones sociosanitarias), ha originado que persista la falta de coordinación general que se produce, tanto vertical como horizontalmente, entre los niveles de cada sistema -ayuda a domicilio, residencias, centros de participación social, centros de salud, hospitales-, y también entre sectores transversales -atención domiciliaria integral sociosanitaria, o la atención sanitaria a las residencias. De las experiencias que se vienen desarrollando en diferentes territorios del ámbito local quizá pudiera extraerse conocimiento para elevar al nivel de los territorios autonómicos.

5. CONCLUSIONES

La revisión de los servicios y prestaciones hoy existentes, desde la perspectiva de la personalización, es algo perentorio que se deduce de las propuestas que se han presentado provenientes la comunidad científica y de los consensos internacionales, tal como también se ha planteado de manera más reciente por algunos autores (Rodríguez Cabrero G *et al*, 2022; Comas, Sancho y Zalakain, 2023).

No cabe duda de que la apuesta por los servicios de asistencia personal o la incorporación del contenido de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad a nuestra normativa de cuidados (en especial la LAPAD) aparecen como pasos necesarios en esta senda de personalizar los servicios. En cuanto a los de “promoción de la autonomía personal” que se introdujeron en el SAAD para paliar las lagunas existentes en el contenido de la Ley, resultan convenientes, si bien son todavía pocas las CCAA que los dispensan. En este sentido, se plantea como cuestión a incorporar al debate si no sería más efectivo que, además de los talleres que ahora se ofrecen, los diferentes equipos profesionales tuvieran como claro objetivo incorporar en sus prácticas cotidianas la promoción de la autonomía personal como parte indisociable de su trabajo en el acompañamiento y prestación de apoyos y cuidados a las personas (aplicar estrategias como la escucha activa, el empoderamiento, la autoestima, la estimulación...) y hacerlo, naturalmente, de forma personalizada.

Sabemos que el deseo de continuar viviendo en su casa y en su entorno de la inmensa mayoría

de las personas no es siempre posible por la escasez e inadecuación de los servicios y apoyos de proximidad que se les ofrece, por el agotamiento de las familias cuidadoras (a las que no se apoya) y porque el gran caudal de cuidados requeridos y la especificidad de algunas situaciones como los deterioros cognitivos, unidos a la falta de suficiente apoyo familiar, hacen inviable o excesivamente costoso el mantenimiento en el domicilio. Por razones como estas, muchas personas se ven obligadas, a su pesar, a recurrir a los servicios residenciales, donde, además de abandonar su estilo de vida (relaciones, barrio, etc.), no se les ofrece una atención satisfactoria y pueden llegar a perder su identidad y el control de su vida por las peculiaridades del modelo institucional subsistente en muchos lugares.

Es preciso, por tanto, reforzar los servicios de atención domiciliaria y en la comunidad (Fundación Pilares, 2024), favorecer la adaptación de las viviendas y el uso de la tecnología y los productos de apoyo, invertir en modelos de vivienda alternativos a las residencias, como las viviendas compartidas (García y Lamagrande, 2019), las intergeneracionales, así como las colaborativas tipo cohousing (Del Monte J, 2017) y transformar hacia el modelo hogar las residencias existentes (Rodríguez Rodríguez, 2021; Zimmerman *et al* 2016). En cuanto a la exigibilidad de la calidad de los servicios, resulta evidente que se precisa reforzar los servicios de inspección, elaborar y pedir certificaciones que garanticen, más allá de los estándares de la buena gestión, el bienestar y la calidad de vida de las personas y el apoyo a sus proyectos de vida, para que puedan seguir desarrollando lo que para ellas es importante.

La incorporación de metodologías como la intervención comunitaria y la gestión de casos aparecen también como preceptivas, porque con ellas se consiguen dos objetivos fundamentales en la AICP: el acercamiento adecuado y la escucha a cada persona para elaborar con su participación un plan de atención y de apoyo a sus proyectos de vida; y la adecuada y eficiente utilización de los servicios o apoyos acordados, ya sean públicos, privados o comunitarios.

En cuanto a las prestaciones económicas vinculadas a un servicio, como los presupuestos personales que pudieran habilitarse, tendría que controlarse que con su cuantía se pueda acceder, en efecto, a los diferentes servicios, lo que haría preceptiva su revalorización, además de ofrecer un servicio de acompañamiento para orientar a las personas que lo requieran.

La presencia de las mujeres en todo lo referido a los CLD, tanto por parte de quienes los precisan como de quienes se los prestan, hace insoslayable pasar de las declaraciones retóricas a la práctica efectiva de la aplicación de la perspectiva de género si de verdad queremos avanzar en la responsabilidad de los cuidados, en el apoyo efectivo a las familias cuidadoras, en la mejora de las condiciones laborales y de capacitación de las cuidadoras profesionales.

Sin duda, cambios como los mencionados tienen como condición *sine qua non* una financiación

suficiente y también una apuesta decidida por la formación a los diferentes niveles profesionales de quienes prestan hoy servicios de cuidados y apoyos, de manera que puedan integrar en sus prácticas los diferentes elementos del modelo AICP en sus dos dimensiones. Y, mirando al futuro, habría que incorporar en los currículos formativos de las diferentes disciplinas (psicología, terapia ocupacional, trabajo social, medicina, enfermería...) y en la formación profesional y ocupacional los contenidos inherentes al modelo.

Parece atisbarse que en los últimos tiempos, especialmente después de las experiencia vividas durante la pandemia de la COVID-19, los poderes públicos, los actores y agentes del sector de los CLD y la sociedad en general, parecen estar en mejores condiciones para abordar ese debate y llegar a los consensos necesarios para adoptar el cambio de modelo que cada vez más voces reclaman. Las personas que hoy o mañana tienen o tendrán necesidad de apoyos merecen que se tenga muy en cuenta sus preferencias sobre cómo y dónde desean recibirlos. Y también lo merece el conjunto social porque, sin duda, tendremos una sociedad mejor.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comas, D., Sancho, M. y Zalakain, J. (2023). Hacia la personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia. *Revista Zerbitzuan*, 79.
- Comisión Europea. (2022). Estrategia Europea de Cuidados. Bruselas.
- Del Monte, J. (2017). *Cohousing. Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*. Colección Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, nº 4.
- Fundación Pilares para la Autonomía Personal. (2024). *Atención domiciliaria con apoyos de la comunidad*. Colección de Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, nº 7.
- García, C. y Lamagrande, T. (2019). El modelo de viviendas de mayores en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, en Rodríguez P (ed): *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI*, Nº 3 de la Colección Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Gobierno de España. (2021). *Plan de Recuperación, transformación y resiliencia*. https://www.iamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/160621-Plan_Recuperacion_Transformacion_Resiliencia.pdf
- Goikoetxea, M. (2022). La ética como referente de la Atención Integral y Centrada en la Persona”, en Rodríguez, P., Vilà, A. y Ramos-Feijóo, C. (2022): *La atención integral y centrada en la persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados*. Ed. Tecnos.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Maidenhead Berkshire. Open University Press.
- López Fraguas, A., Marín, A.I. y Delaparte, J.M. (2004). La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. *Revista Siglo Cero*, Vol. 35, nº 210, pp 45-55.
- Martínez Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios*. Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco.
- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Colección Estudios de Fundación Pilares para la Autonomía Personal, nº 3.

Ministerio de Sanidad. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*.

Nussbaum, M. y Levmore, R. (2018). *Envejecer con sentido. Conversaciones sobre el amor, las arrugas y otros pesares*.

OCDE y UE. (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. OECD Health Policy Studies.

OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

OMS. (2020). *Decade of healthy ageing. Baseline report*.

Pinazo-Hernandis, S., et al. (2021). *Cuidados centrados en las personas con demencia*. Colección de Guías de Fundación Pilares para la Autonomía Personal, nº 8.

Ricoeur, P. (2005). *Caminos del reconocimiento. Tres Estudios*. Ed. Trotta.

Rodríguez Cabrero, G., et al. (2022). *Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (SAAD)*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Rodríguez Rodríguez, P. (2006). El sistema de Servicios Sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. *Documento de Trabajo*, 87. Fundación Alternativas.

Rodríguez Rodríguez, P. (2021). *Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido*. Ed. Catarata.

Rodríguez Rodríguez, P., Mancebo, A. y Ramos Feijóo, C. (coord.) (2021). *La atención Integral y centrada en la Persona. Fundamentos y aplicaciones en el modelo de apoyos y cuidados*. Ed. Tecnos.

Rogers, C. (1951). *El proceso de convertirse en persona*. Ed. Paidós.

Sen, A. (2000). *Desarrollo como libertad*. Ed. Planeta.

Zimmerman, S., et al. (2016). New evidence on the Green House Model of nursing home care: synthesis of findings and implications for policy, practice, and research. *Health Serv Res*, 51, pp 475-496.



Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración.

De-institutionalisation of long term care.

Dolors Comas d'Argemir

dolors.comasdargemir@urv.cat

Catedrática emérita de antropología social y cultural,
Universitat Rovira i Virgili.

Recibido: 03/03/2024

Aceptado: 21/04/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.
Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Comas d'Argemir, D. (2024). Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración.
Actas de Coordinación Sociosanitaria, (34), pp 138-151.

RESUMEN

Después de la pandemia se está promoviendo, desde las instituciones europeas y desde el gobierno español, el tránsito hacia unos modelos de cuidados personalizados en el hogar, de base local y comunitaria, a fin de evitar o retrasar la institucionalización en residencias de las personas mayores en situación de dependencia. En este artículo constatamos la existencia de un cambio de relato sobre el modelo de cuidados que tiene su eje en la estrategia de desinstitucionalización, pero se advierte de sus peligros si no va acompañada de una desfamiliarización y una desfeminización de los cuidados, así como de un sistema de financiación y de unas políticas públicas robustas. Se trata de que los cuidados sean un asunto social y político y no un asunto privado y de mujeres. Se concluye con la importancia de que haya un pacto social y político para poder garantizar el derecho al cuidado. Sin este pacto, el modelo de cuidados continuará siendo insuficiente, insatisfactorio e injusto.

PALABRAS CLAVE

Desinstitucionalización, cuidados, personas mayores, cambio de modelo de cuidados, cuidados y género, cuidados, justicia social.

ABSTRACT

After the pandemic, European institutions and the Spanish government have been promoting the transition to personalized home care models, based at the local and community levels, in order to avoid or delay the institutionalization of dependent elderly people in nursing homes. In this article, we note the existence of a change of narrative on the model of care that is centered on the strategy of deinstitutionalization, but we warn of its dangers if it is not accompanied by a defamiliarization and defeminization of care, as well as by a system of financing and robust public policies. Care has to be a social and political issue and not a private and women's issue. It concludes with the importance of a social and political pact to guarantee the right to care. Without this pact, the care model will continue to be insufficient, unsatisfactory and unjust.

KEYWORDS

Deinstitutionalization, social care, elderly people, changing the care model, gender and care, social justice, care.

1. EL CONTEXTO: UN MODELO DE CUIDADOS INSUFICIENTE, INSATISFACTORIO E INJUSTO

El cuidado hacia las personas mayores es uno de los retos más importantes del siglo XXI y que nuestras sociedades han de afrontar. Se vislumbra un escenario en que se va a producir un incremento de las necesidades de cuidado y, además, los cuidados van a aumentar en duración, complejidad e intensidad. Sin embargo, la pandemia ha revelado con toda su crudeza que el modelo de cuidados en España es insuficiente, insatisfactorio e injusto.

Es insuficiente porque las políticas públicas son débiles. En el año 2006 se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), que ha tenido muchas dificultades en su aplicación, además de haber sufrido serios recortes presupuestarios durante los años de crisis económica (Rodríguez-Cabrero, 2016, Deusdado, Comas-d'Argemir y Dziegielewski, 2016). Las familias, que son quienes asumen la mayor parte de cuidado, han de hacer verdaderas filigranas para poder resolver las situaciones que se presentan en la cotidianeidad. En el cuidado del hogar intervienen diferentes agentes y se utilizan recursos muy fragmentados, que provienen de la familia extensa, de los servicios o prestaciones públicas, del mercado o de la comunidad. Es lo que denominamos “mosaico de recursos de cuidado” (Sornellàs et al., 2021), y que representamos como una especie de puzzle con toda una serie de piezas dispersas que hay que encajar y que no siempre están disponibles, o que hay que reestructurar.

El modelo de cuidados es insatisfactorio porque conduce a la institucionalización, así lo han denunciado las personas con diversidad funcional y así lo sufren las personas mayores en situación de dependencia. Las tensiones que conducen a la llamada “claudicación familiar” y a la institucionalización residencial de las personas mayores refleja que no existen los recursos que permitan cuidar en el hogar con todas las garantías de una verdadera atención centrada en las necesidades de las personas. La residencia no es algo deseado y menos en la forma que están organizadas en su mayoría (modelo hotelero-hospitalario) y se ha mostrado ampliamente que el modelo de residencias tradicional ha fracasado (Sancho y Martínez, 2021; Comas d'Argemir, Legarreta y García, 2022).

Los cuidados están asentados, además, en injusticias de género y en injusticias sociales. Los cuidados atraviesan las vidas de las mujeres, condicionando su participación social, laboral y política. Cuidar empobrece, siempre insisto en esto, porque las mujeres se ven obligadas a dejar trabajos o a tomarlos a tiempo parcial, y esto repercute en ingresos bajos y en unas pensiones de jubilación bajas. Y también los cuidados se asientan en injusticias sociales. Según la ley inversa de cuidados (ICL), quienes tienen múltiples vulnerabilidades tienen más necesidades de cuidados y, a su vez, tienen menos accesibilidad a los dispositivos de cuidado existentes y menos calidad (Grabovschi, Loignon y Fortin, 2013).

Ante la insuficiencia de los servicios y prestaciones de cuidado, hay muchas familias que contratan empleadas para que cuiden en el hogar, muchas de las cuales son mujeres migradas, que cruzan océanos para cuidar (Martínez Buján, 2011). Esto ocurre también en otros países mediterráneos, tanto es así que se ha pasado de un modelo de cuidados familiar a un modelo de “cuidados con migrante en la familia” (Bettio, Simonazzi y Villa, 2006). Son las condiciones estructurales existentes las que obligan a recurrir a una mano de obra barata. Y les invito a pensar sobre las consecuencias de que sea barata, muchas veces además en situación irregular y en el marco del trabajo sumergido.

Está asumido que necesitamos un cambio de modelo en la organización de los cuidados. Una organización que evite o retrase la institucionalización en residencias y dé prioridad a los cuidados en el hogar con servicios de base local y comunitaria y unos cuidados personalizados (Díaz-Veiga y Sancho, 2022; Comas-d'Argemir, Sancho y Zalakaín, 2022; Rodríguez Rodríguez y Gonzalo Giménez, 2022). Se trata de proveer unos servicios domiciliarios que den respuesta a las necesidades existentes y de articular los distintos recursos (públicos o privados) existentes en el contexto comunitario. Esta articulación, aunque parece obvia, no existe en la práctica, con déficits de coordinación, por ejemplo, entre el sistema social y el sanitario, tal como ha mostrado la pandemia. Y esta articulación se ha de concretar en contextos territorializados, en pueblos o en barrios, que den respuesta a la integralidad de las necesidades que tienen las personas.

Hace tiempo que se vislumbraba la necesidad de cambios en el modelo de cuidados, pero ha sido después de la pandemia cuando se ha generalizado un cambio de relato respecto a los cuidados de larga duración en la línea antes apuntada. Nos preguntamos si este cambio de relato se traduce en cambios en las prácticas cotidianas de cuidados.

2. UN CAMBIO DE RELATO: LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN

El cambio de relato respecto al modelo de cuidados deseable se ha intensificado después de la pandemia, y el concepto más significativo que lo traduce es el de desinstitucionalización. Los mensajes que se difunden al respecto los podemos ejemplificar con diversas nociones: 1) Personalizar los apoyos y los cuidados, entendiendo la singularidad y necesidades diferentes de cada persona (atención centrada en la persona). 2) Avanzar hacia un modelo de base local y comunitaria, que permita permanecer en el hogar a las personas que necesitan apoyos y cuidados, evitando o retrasando la institucionalización. 3) Dignificar el trabajo de las cuidadoras remuneradas. 4) Avanzar en la corresponsabilidad y que se impliquen los hombres también. Podríamos añadir más aspectos, pero lo que quiero señalar es que estos planteamientos han calado en el discurso político y en el de los proveedores de servicios de cuidados.

Gregorio Rodríguez-Cabrero (2011, 2019) constata que desde hace ya años en todos los países europeos se estaba transitando hacia modelos de atención domiciliaria y comunitaria en detrimento de las residencias, que se reservarían sólo para situaciones de dependencia severa. Se apunta ya la tendencia hacia la desinstitucionalización y se advierte de los peligros de refamiliarización de los cuidados si no se consigue una buena financiación y organización (Saraceno, 2010). Y es que, de hecho, durante muchos años se identificó la desfamiliarización con la institucionalización, que se conseguía mediante los centros de día y las residencias. La tendencia en estos últimos años va en sentido opuesto, entendiendo que el ámbito principal del cuidado es el domiciliario y que la residencia es la excepción.

Así pues, la tendencia social y política actual va encaminada a reforzar el cuidado en el hogar. Después de la pandemia se ha consolidado una narrativa política favorable a la desinstitucionalización del cuidado y al derecho a la libre elección, tal como lo expresa la Lancet Commission (Pot, Rabheru y Chew, 2023) o la Estrategia Europea de los Cuidados (Comisión Europea, 2022). El escepticismo sobre la idoneidad del modelo residencial de atención al envejecimiento ya estaba presente en el discurso político antes de la pandemia, pero la crisis que la altísima mortalidad por contagio de la Covid-19 provocó en las residencias de personas mayores, ha acentuado la apuesta política por la desinstitucionalización. El gobierno español ha abordado también promover cambios en el modelo de atención a la dependencia para que se base en derechos personalizados y de enfoque comunitario (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, s.d.)

La Estrategia Europea de Cuidados plantea la necesidad de reforzar el acceso a unos servicios de cuidados asequibles y de calidad, potenciar la atención domiciliaria y los cuidados basados en la comunidad. Cuidados accesibles y asequibles, esta es la consigna. Destaco en este punto que la Estrategia no aborda el cuidado como un derecho, sino como un servicio, lo que es bien significativo y concordante con una lógica neoliberal, que no sitúa las políticas públicas en primer término y otorga mucho papel al mercado en la provisión de los cuidados de larga duración. Centra sus recomendaciones en cinco grandes ejes:

1. Mejorar los servicios asistenciales. Se hace mucho énfasis en la necesidad de un cuidado integral y centrado en la persona, que favorezcan la vida independiente. Es en este punto es donde se indica que hay que hacer un tránsito de la atención residencial a la atención domiciliaria y a unos cuidados basados en la comunidad, bien coordinados con la asistencia sanitaria.
2. Fomentar que el sector asistencial tenga más resiliencia y se dé un equilibrio entre hombres y mujeres. Se subraya, y vale la pena destacarlo, que el sector de los cuidados genera empleos, y que estos van a crecer. Se insiste en la necesidad de que estos empleos sean atractivos y profesionalizados.

3. Garantizar que los cuidados informales que suministran los familiares sean una elección y no una obligatoriedad. Se destaca que los cuidados informales tienen un elevado valor social y económico, pues en la Unión Europea representan el 2,5% del PIB, que es una cifra superior al gasto público de los Estados en cuidados de larga duración (1,7% de promedio). Se promulga la necesidad de medidas de apoyo a las cuidadoras en las familias: servicios de respiro a formación, asesoramiento y apoyo psicológico.
4. Invertir en cuidados. La Estrategia Europea evita utilizar el término “gastar” y utiliza “invertir”, pues valora que se proporcione bienestar a las personas y que sea posible que las mujeres no estén tan atrapadas por el cuidado y puedan hacer otras actividades. Además de una financiación estable, se necesitan normas muy claras que tengan en cuenta el valor social de los servicios de cuidado, los derechos de las personas que necesitan cuidados y unas condiciones de trabajo y salarios justos.
5. Mejorar la base empírica, con datos fiables y comparables. Es la forma de hacer posible que vayan convergiendo los distintos países hacia este objetivo común de asegurar unos cuidados asequibles, accesibles y de calidad.

El gobierno español ha abordado la Estrategia Estatal de Desinstitucionalización para promover cambios en el modelo de atención a la dependencia que se base en derechos personalizados y de enfoque comunitario (Ministerio de Igualdad y Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, s.d.). En líneas generales, se centra en dos grandes aspectos:

- Promover la atención domiciliaria y comunitaria aumentando los servicios de proximidad: la teleasistencia como derecho, unos servicios de atención domiciliaria más amplios y ajustados a las necesidades de la persona y un mayor desarrollo de la asistencia personal.
- *Desinstitucionalizar* las residencias promoviendo ambientes hogareños: organizadas en unidades de convivencia de hasta quince personas, incrementando las ratios de personal de atención directa, aumentando las habitaciones individuales y eliminando las sujeciones.

El último Acuerdo de Acreditación (*Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*), aprobado el 28 de julio de 2022, incorpora en buena parte estos componentes. El Consejo Territorial está conformado por los cargos ministeriales y por los consejeros de diferentes Comunidades Autónomas. Previa a esta aprobación, el acuerdo fue debatido en la Mesa de Diálogo Social (patronal y sindicatos) y en la Mesa de Diálogo Civil.

Todavía es pronto para evaluar la implantación del modelo de desinstitucionalización, que, en todo caso, tiene importantes dificultades en su aplicación, pues no todas las comunidades autónomas lo han aceptado. Además, incrementar los servicios de atención domiciliaria o la asistencia personal supone un importante reto para los municipios, que son los encargados de suministrarlos. Por otro lado, no es fácil que las residencias modifiquen su organización y sus prácticas. Por lo que estamos observando, las ideas centrales de este cambio de modelo se han incorporado en los relatos que ofrecen las residencias (especialmente la atención centrada en la persona), sin que ello signifique cambios reales en las formas de cuidar.

Desinstitucionalizar requeriría, por otro lado, reformas totalmente integrales, en la línea de generar un sistema de cuidados. Para ello es necesario potenciar los servicios sociales y establecer formas de cooperación con las políticas de sanidad, de educación, de vivienda... Hablar de un sistema (y no de un modelo) implica ir más allá de las acciones concretas y aisladas de los distintos dispositivos de atención para que actúen de forma integrada y al servicio de las necesidades de las personas, con espacios de participación social en el que tengan voz tanto quienes cuidan como las personas cuidadas. Un sistema que garantice de manera global y transversal que el cuidado sea un derecho real, una práctica digna y respetuosa, un valor que hagamos visible, que tenga reconocimiento y que implique al conjunto de la sociedad. Y en este reto queda mucho por avanzar.

Insistimos en que si no se destinan recursos suficientes, la *desinstitucionalización* se puede convertir en la práctica en una *refamiliarización* de los cuidados, experiencia que ya se concretó con la pandemia y supuso un verdadero calvario para las familias (Soronellas, Gregorio y Jabbaz, 2022). Sería volver a lo antiguo, a un cuidado basado en mujeres sacrificadas en las familias y en unos trabajos mal pagados. Por esto, la desinstitucionalización ha de ir de la mano de dos principios rectores: la desfamiliarización y la desfeminización.

3. DESFAMILIARIZAR Y DESFEMINIZAR: EL CUIDADO COMO UN ASUNTO SOCIAL Y POLÍTICO

Para conseguir un sistema de cuidados justo y equilibrado, hay que desfamiliarizar y desfeminizar los cuidados. Dicho en positivo: el cuidado ha de ser un asunto social y político y ha de implicar tanto a los hombres como a las mujeres. Más todavía, el cuidado ha de ser un derecho. Que cada uno de nosotros podamos tener apoyos y cuidados personalizados, con independencia de si tenemos familiares cerca o no, este es el gran cambio de modelo y de sistema, tener derecho al cuidado.

Desfamiliarizar es necesario porque la familia no va a poder absorber (de hecho, ya no puede absorber) todo el trabajo que requiere cuidar. Desfamiliarizar no implica, desde mi punto de vista, que las familias (entendiendo toda la diversidad de formas de convivencia) aparten sus respon-

sabilidades en el cuidado, para nada. Pero, y el pero es importante, el cuidado no puede basarse en el altruismo obligatorio de las mujeres (altruismo, sí, porque donamos cuidados; obligatorio también, porque alguien lo ha de hacer, no podemos dejar de cuidar). Qué oxímoron, qué contradictorio: altruismo- obligatorio. Pues esto es lo que sucede en la práctica en las familias. Se trataría de garantizar que los cuidados en las familias sean una elección y no una necesidad.

Desfamiliarizar implica, por otro lado, profesionalizar los cuidados. ¿Hemos de seguir teniendo un sector ocupacional hiperfeminizado y precarizado? No es un accidente de la historia que mujeres marginalizadas (a menudo procedentes de la inmigración extranjera) sean quienes hacen posible la autonomía y el bienestar de las personas mayores o con discapacidad de nuestra sociedad (Buch, 2018). ¿Damos menos valor a estas vidas que hacen posible la vida de los demás? Después vuelvo sobre esto.

Profesionalizar los cuidados no significa necesariamente mercantilizarlos. Aquí ya hay cuestiones regulatorias importantes y apuestas políticas al respecto. ¿Qué implicación pública? ¿Qué papel se otorga al sector privado? ¿Qué papel a las empresas de economía social? En la actual situación, no lo puede hacer todo el sistema público, pero cuidar no puede ser un negocio que dé réditos a inversores. Se trataría de potenciar la economía social, porque, como indica la Estrategia Europea de Cuidados, “los agentes de la economía social aportan un valor añadido a la prestación de servicios asistenciales de alta calidad, debido a su enfoque centrado en las personas y la reinversión de los beneficios en su misión y en las comunidades locales”.

Tenemos también la necesidad de desfeminizar los cuidados. Se han de producir avances en el reparto de la carga de cuidados entre hombres y mujeres, y considero que no es solo una cuestión de justicia de género (que lo es), sino que es también una necesidad ante el incremento de las personas que necesitan apoyos y cuidados. Nuestra sociedad se ha transformado profundamente, hemos asumido la igualdad en derechos de hombres y mujeres y no es lógico que el sistema de cuidados sea ajeno a esta transformación.

En los hogares existe una fuerte concentración de los costes del cuidado, y tenemos la evidencia de que son las mujeres las que cuidan predominantemente en las familias. La colaboración masculina, que tiene amplia aceptación en el ámbito de la infancia, no está tan clara en el caso de los cuidados de larga duración. La mayoría de los hombres sólo asumen el cuidado si se trata del círculo más inmediato y no hay otras personas disponibles. Hemos de destacar, en todo caso, que se está incrementando el número de hombres mayores que cuidan de sus esposas también mayores, tal como se ha constatado, por ejemplo, en la ciudad de Barcelona (Julià, 2021). Esto sucede cuando se envejece en pareja y en edades muy avanzadas. En todo caso, ha de haber más hombres que cuiden en las familias, y los habrá por una simple cuestión demográfica.

Los trabajos remunerados de cuidados tienen también una elevadísima presencia de mujeres, que superan el 90% y es especialmente relevante en el servicio doméstico, donde las trabajadoras femeninas suponen el 98,3%. La segmentación según origen étnico es también importante. Son personas migrantes el 25,6% de las auxiliares de enfermería, el 49,2% de las cuidadoras a domicilio y el 62,2% de las empleadas de hogar. Son trabajos precarizados, con importante presencia de los contratos a tiempo parcial y de los contratos temporales (y fuerte irregularidad en el servicio doméstico). Todo ello ocasiona un importante déficit de personal, sobre todo en residencias y en cuidados domiciliarios. Hay también una elevada rotación, una fuga hacia otros sectores. Muchas trabajadoras se van de las residencias al sector sanitario porque se les paga mejor y, además, pueden desarrollar una carrera profesional de forma más clara.

Hay, por otra parte, las cuidadoras que son empleadas directamente en los hogares y que sostienen buena parte de la asistencia a la dependencia. No tiene sentido que haya diferencias en derechos y en condiciones laborales entre trabajadoras que hacen actividades similares por el hecho de que este trabajo se haga en espacios distintos. Hay que plantearse que las trabajadoras de asistencia domiciliaria, las trabajadoras de hogar y cuidados y las de asistencia personal se fusionen en una sola figura profesional (Comas-d'Argemir, Sancho y Zalakaín, 2022). Proponemos que esta figura se asimile a la de la Asistencia Personal, porque es la que tiene características más flexibles. La idea es que se proporcionen apoyos y cuidados desde la competencia profesional, la flexibilidad, las necesidades de la persona y su singularidad.

Y para ello necesitamos que los y las profesionales del cuidado tengan una buena formación, adaptada a lo que hoy se considera un buen cuidado. Tendría que haber más incentivos laborales en el sector, para que haya carreras profesionales, sobre todo entre las cuidadoras directas (gerocultoras, auxiliares de enfermería o de geriatría), que se quedan estancadas en su nivel laboral. Como los cuidados son cada vez más complejos, se necesita que las trabajadoras actualicen sus conocimientos y se especialicen. Encasillar a la gente, tener salarios bajos y no tener incentivos de carrera profesional, hace que estos trabajos no sean atractivos, y que no lo sean específicamente para los hombres.

Soy consciente de que todo esto requiere un esfuerzo en financiación, y de ahí la importancia del compromiso político y del compromiso social. Cada vez seremos más los que llegaremos a mayores y viviremos más tiempo con discapacidad. Por ello, necesitamos un sistema de financiación robusto, con recursos suficientes para abordar una cuestión que no sería exagerado calificar de civilizatoria, pues afecta a los derechos humanos de quienes necesitan apoyos y cuidados.

4. MIENTRAS TANTO

La pandemia nos ha obligado a reinventar e innovar. A entender la necesidad de respetar el deseo de que las personas puedan permanecer en su hogar cuando pierden la autonomía. A apostar por un cuidado de base local y comunitaria, y esto implica un giro importante en lo que ha sido el modelo existente, que ha sobrecargado a las familias y ha conducido hacia una institucionalización temprana y no deseada en residencias. Los beneficios del cuidado en el hogar y en la comunidad están comprobados y hacia esta dirección se dirige la estrategia de desinstitucionalización.

Me preocupa el mientras tanto, qué ocurre mientras no se implementan estos cuidados accesibles y asequibles y va avanzando la desinstitucionalización. Es cierto que se están generando iniciativas muy positivas en esta dirección. Podemos destacar las cooperativas de trabajadoras, las superislas sociales de Barcelona, las residencias organizadas en grupos de convivencia, el impulso de viviendas con servicios para personas mayores o los ecosistemas locales de cuidados que se están configurando en el País Vasco.

Algo se está moviendo, pero las voluntades políticas expresadas se ejecutan de forma insoportablemente lenta para quienes tienen problemas urgentes y necesitan respuestas urgentes: familias sobrecargadas con un fuerte sentimiento de abandono institucional, trabajadoras precarizadas que tres años después de estallar la pandemia y tras haber afrontado con máxima profesionalidad los peores momentos de la crisis, no perciben mejoras ni reconocimiento, etc. No es casualidad que después de la pandemia se haya producido una fuga de trabajadores de residencias (un 30% aproximadamente) hacia otros sectores.

¿Qué sucede en el “mientras tanto”? Mientras el cambio de relato no se traduzca en mejoras sustanciales en los cuidados, seguiremos disponiendo de un modelo que no es justo y que es insatisfactorio. Las situaciones de cuidado continúan siendo algo que cada uno (y cada una) resuelve como puede, de manera invisible, poco reconocida y poco valorada, con importantes impactos en la salud física, emocional, relacional y con importantes impactos económicos en las familias.

La Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2023) ofrece un panorama claro de la insuficiencia de recursos todavía hoy en la aplicación de la LAPAD, insistiendo en la persistencia de lo que se denomina el “Limbo de la Dependencia”, que incluye aquellas personas en lista de espera para que se valore su grado de dependencia, o que, teniéndolo reconocido, no accede a la prestación o servicio que le corresponde. Es significativo el elevado número de personas desatendidas en el año 2022: 309.000 (171.423 con derechos reconocidos de prestación, pero sin atención, a las que hay que sumar 131.810 pendientes de valoración), y esto a pesar de haberse aplicado el *Plan de Choque en Dependencia 2021-2023* impulsado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 que permitió disminuir las listas de espera, pero cuyos efectos se han visto

mitigados por la entrada constante de nuevas personas en el sistema. El tiempo de tramitación es de 344 días y durante 2022 fallecieron 45.360 personas en las listas de espera. Podemos comprobar que no solo las políticas públicas son débiles por los escasos servicios y prestaciones que ofrecen, sino porque, además, generan unas expectativas y demandas que no se ven cumplidas, siendo quienes necesitan apoyos y cuidados y sus familias quienes sufren las consecuencias de estas dilaciones. Los servicios sociales se encuentran así tensionados por unas demandas que superan su capacidad de resolución.

El cuidado como derecho es más importante que nunca. Estoy convencida de que una reconfiguración de los cuidados requiere de un pacto social y político, un pacto de Estado, para dar valor a lo que es realmente valioso: poder cuidar y ser cuidados en condiciones. Sin este pacto, las reconfiguraciones de los cuidados continuarán generando modelos insuficientes, insatisfactorios e injustos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bettio, F., Simonazzi, A. y Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean. *Journal of European social policy*, 16(3), 271-285.
- Buch, E. D. (2018). *Inequalities of Aging*. New York University Press.
- Comas-d'Argemir, D.; Sancho, M. y Zalakain, J. (2023) Hacia la personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia. *Zerbitzuan*, 79:61-74.
- Comas-d'Argemir, D.; Legarreta-Iza, M. y García Sainz, C. (2022) Las residencias, en el epicentro de la crisis sanitaria. En Comas-d'Argemir, D. y Bofill-Poch, S. (Eds.). *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*. (pp. 257-311). Tirant Humanidades.
- Comisión Europea. (2022). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre la Estrategia Europea de Cuidados*. European Commission.
- Deusdad, B., Comas-d'Argemir, D. y Dziegielewski, S.F. (2016) Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Public Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, 42(2):246-262.
- Díaz-Veiga, P. y Sancho, M. (2022). La reformulación de los cuidados de larga duración en España. Un cambio inaplazable. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57 (5), pp 247-249.
- Grabovschi, C., Loignon, C. y Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC health services research*, 13(1), 1-11.
- Julià, A. (2021). Factors associats als tipus de cures domiciliàries de les persones en situació de dependència funcional a Barcelona. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (22), 19–41.
- Martínez-Buján, R. (2011). "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1): 93-123.
- Martínez-Buján, R.; Jabbaz, M. y Soronellas, M. (2022) Envejecimiento y organización social del cuidado en España. ¿En qué contexto irrumpió la covid? En Comas-d'Argemir, D. y Bofill-Poch, S. (Eds.). *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*. (pp. 37-91). Tirant Humanidades.

Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030 (s.d.) *Estrategia estatal de desinstitucionalización. Para una buena vida en la comunidad.* <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es>

Ministerio de Igualdad y Ministerio de Asuntos Sociales y Agenda 2030 (s.d.) *Hoja de ruta: Estrategia Estatal de los cuidados.* <https://www.mdsociales2030.gob.es/derechos- sociales/docs/estrategia-estatal-de-cuidados-v8.pdf>

Pot, A.M., Rabheru, K. & Chew, M. (2023). Person-Centered Long-Term Care for Older Persons: A New Lancet Commission. *Lancet.* May 27; 401 (10390), pp 1754-1755.

Rodríguez Cabrero, G. (2016). La gran depresión y su impacto en las políticas sociales. *Revista Española del Tercer Sector*, 33, pp 17-46.

Rodríguez Cabrero, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de relaciones laborales*, 29 (1), pp 13-42.

Rodríguez Cabrero, G. (2019). Longevidad y dependencia. La nueva contingencia del siglo XXI. *Ekonomiaz*, 96, 2º semestre.

Rodríguez Rodríguez, P. y Gonzalo Giménez, E. (2022). COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España. *Gaceta Sanitaria*, 36, 270-273.

Sancho, M. y Martínez, T. (2021). El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la Covid-19. *Informe España 2021*. Madrid. Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino.

Saraceno, C. (2010). Social Inequalities in Facing Old-Age Dependency: A Bi-Generational Perspective. *Journal of European Social Policy*, 20 (1), pp 32-44.

Soronellas-Masdeu, M.; Chirinos, C.; Alonso, N. y Comas-d'Argemir, D. (2022). Hombres, cuidados y ancianidad: un bricolaje de ayudas, un mosaico de recursos de cuidados, En Pérez Castro, A.B.; Contreras, R. y Contreras, J.I. (Ed.) *Ganarse la vida. La reproducción social en el mundo contemporáneo*. (pp. 209-235). Universidad Nacional Autónoma de México.

Soronellas-Masdeu, M., Gregorio Gil, C. & Jabbaz Churba, M. (2022). ¡Apáñatelas como puedas! Dilemas morales en el cuidado familiar de personas mayores y dependientes durante la pandemia. Disparidades. *Revista de Antropología*, 77 (1), e001b.



La digitalización, una aliada para los profesionales en el cuidado de las personas mayores y dependientes.

Digitalisation, an ally for professionals in the care of the elderly and dependents.

David Villaverde Benito

dvillaverde@ilunion.com

Director de Transformación e Innovación de ILUNION VidaSénior.

Recibido: 05/03/2024

Aceptado: 22/04/2024

Actas de Coordinación Sociosanitaria.
Número 34 - Junio de 2024.

Cómo citar este artículo:

Villaverde Benito, D. (2024). La digitalización, una aliada para los profesionales en el cuidado de las personas mayores y dependientes. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (34), pp 152-163.

RESUMEN

Este artículo analiza el impacto de la digitalización en el cuidado de las personas mayores, un desafío social y económico de primer orden, tanto en el ámbito domiciliario como en el residencial. La digitalización ofrece oportunidades para mejorar la calidad de vida, la autonomía y la salud de las personas mayores, así como para optimizar los recursos y reducir los costes del cuidado. Sin embargo, también plantea retos que exigen una visión estratégica, ética, participativa y colaborativa, que ponga a las personas mayores en el centro del proceso de innovación y transformación digital. El artículo comienza con una breve explicación de lo que se entiende por digitalización, para posteriormente plantear una reflexión sobre su papel en los cuidados y qué elementos constituyen la “digitalización con propósito”, trabajando sobre ámbitos como la personalización, la predictibilidad y anticipación, la transparencia, la integración y la desburocratización de los cuidados. Tras esta reflexión, se presentan algunos de los principales beneficios y se hace un repaso sobre ejemplos de tecnologías que en la actualidad ya se utilizan en los cuidados, como por ejemplo el IOT, las Smart-Homes, las plataformas de análisis de cambios en hábitos de comportamiento, las pulseras inteligentes, los dispositivos de análisis de caídas, la telemedicina y los asistentes virtuales, por citar solo algunos de ellos. Por último, se identifican algunos de los retos que plantea la digitalización, como la brecha digital, la privacidad, la ética, la accesibilidad o la sostenibilidad.

PALABRAS CLAVE

Digitalización, cuidado, personas mayores, retos, tecnología, innovación, ética, transparencia.

ABSTRACT

This article examines the impact of digitization on the care of older people, a social and economic challenge of the first order, both in the home and residential settings. Digitization offers opportunities to improve the quality of life, autonomy and health of older people, as well as to optimize resources and reduce costs of care. However, it also poses challenges that require a strategic, ethical, participatory and collaborative vision that puts older people at the center of the innovation and digital transformation process. The article begins with a brief explanation of what is meant by digitization, and then raises a reflection on its role in care and what elements constitute “digitization with purpose”, working on areas such as personalization, predictability and anticipation, transparency, integration and debureaucratization of care. After this reflection, some of the main benefits are presented and some examples of technologies that are currently used in care are reviewed, such as IOT and Smart-Homes, platforms for analyzing changes in behavior habits, smart bracelets, fall analysis devices, telemedicine, virtual assistants, to name just a few. Finally, some of the challenges posed by digitization are identified, such as the digital divide, privacy, ethics, accessibility or sustainability.

KEYWORDS

Digitization, care, older people, challenges, technology, innovation, ethics, transparency.

1. INTRODUCCIÓN

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) publicados en junio de 2023, en España hay más de 10,1 millones de personas mayores de 65 años, lo que supone el 21,2% de la población total. Se estima que para 2050, este porcentaje se elevará al 30,8%, lo que situará a España como el segundo país más envejecido del mundo, solo por detrás de Japón.

Este fenómeno plantea una serie de desafíos para el sistema sanitario, el sistema de pensiones, el mercado laboral y la cohesión social. Entre ellos, destaca la necesidad de garantizar una atención adecuada y de calidad a las personas mayores, especialmente a aquellas que sufren algún grado de dependencia o fragilidad. Según el último informe del Observatorio de la Dependencia, en España hay más de 1,3 millones de personas en situación de dependencia reconocida, de las cuales el 70% son mayores de 65 años.

Ante este panorama, la digitalización se presenta como una oportunidad para mejorar el cuidado de las personas mayores, tanto en el ámbito domiciliario como en el residencial. Las nuevas tecnologías pueden facilitar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, así como el empoderamiento, la autonomía, la participación y el bienestar de las personas mayores. En este artículo analizaremos el propósito de la digitalización en el cuidado y algunos de sus principales beneficios, algunos ejemplos y posibilidades que se están desarrollando en este ámbito, así como algunos de los principales retos y desafíos que encontramos en su implantación y puesta en marcha efectiva.

2. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR DIGITALIZACIÓN?

La digitalización se entiende como el proceso de transformar procesos analógicos y objetos físicos en digitales, es decir, en códigos interpretables por máquinas a través de algoritmos. Este concepto se inició en el siglo XVIII con la “Explication de l’Arithmétique Binaire” de Gottfried Wilhelm von Leibniz y evolucionó de manera exponencial a partir de 1854 con los trabajos de desarrollo de la aritmética de George Boole.

Después de esos trabajos teóricos, y gracias al desarrollo de máquinas con cada vez mayor capacidad para procesar algoritmos cada vez más complejos a mayor velocidad, la aplicación práctica de la transformación digital nos ha llevado a una época en que podemos observarla en prácticamente todo lo que nos rodea, pudiendo decir sin temor que en la actualidad nos encontramos en la era de la hiper digitalización. Tanto es así, que en la actualidad el término digitalización ya no se usa exclusivamente según su acepción original, sino que puede referirse a procesos transformacionales de cualquier ámbito, a la aplicación de cualquier tecnología a la ejecución de procesos

o producción de bienes y servicios, a la incorporación de analítica avanzada de datos, a la geolocalización y hasta a la incorporación de elementos de inteligencia artificial.

3. EL PAPEL DE LA DIGITALIZACIÓN EN LOS CUIDADOS

Está claro que los cuidados suponen contacto físico y relaciones personales entre humanos. La digitalización, como tal, hace posible (y lo vemos a diario) convertir este tipo de relaciones en códigos binarios que permitan a máquinas y personas interactuar. Sin embargo, en nuestra opinión, la digitalización no tiene por qué suponer un menor contacto humano entre las personas mayores y quienes les cuidan. Al contrario, las nuevas tecnologías deben facilitar y enriquecer la relación asistencial al permitir conocer mejor las necesidades, preferencias, hábitos y expectativas de cada persona, y adaptar los servicios y las intervenciones a su situación individual. Por ejemplo, los sistemas de información, los dispositivos inteligentes o las soluciones de inteligencia artificial pueden agilizar la recogida, el análisis y el intercambio de datos relevantes para el cuidado de las personas mayores, facilitando una atención más integrada, continua y personalizada. Además, las nuevas tecnologías pueden potenciar la participación, la co-creación y la colaboración de las personas mayores y sus familias en el diseño y la evaluación de los servicios, además de las soluciones digitales que se les ofrecen, promoviendo su autonomía y su empoderamiento.

Por tanto, el papel de la digitalización en los cuidados debería basarse en la piedra angular de que las relaciones humanas “analógicas” son imprescindibles y algo a cuidar y que, por tanto, la digitalización debe ser la herramienta que permita, facilite y potencie a las personas estar en contacto real entre ellas. Por ese motivo hablamos de digitalización de los cuidados “con propósito”.

4. DIGITALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS “CON PROPÓSITO”

Uno de los aspectos más importantes de la calidad de los cuidados es la personalización, es decir, la capacidad de adaptación de los servicios y las intervenciones a las necesidades, preferencias y expectativas de cada persona mayor en cada momento. Tradicionalmente, la escasez de profesionales y las ratios definidas han venido dificultando la posibilidad de dedicarse realmente a personalizar los servicios, generando en muchos casos “perfiles de riesgo” generales para los que se definen elementos asistenciales que se aplican indiscriminadamente. La digitalización puede contribuir a la personalización de los cuidados de varias formas, como por ejemplo, mediante el uso de herramientas de inteligencia artificial que permitan recoger y analizar los datos de los usuarios, sus hábitos, sus intereses y sus objetivos, y así ofrecerles servicios y actividades personalizados que mejoren su bienestar y su autonomía.

La personalización también puede conseguirse mediante el desarrollo de plataformas y aplicaciones que faciliten la comunicación entre los usuarios, los profesionales y los familiares, que permitan expresar sus opiniones, sugerencias y valoraciones sobre los servicios que reciben, así como participar en la toma de decisiones sobre su plan de cuidados. O mediante la creación de entornos virtuales y realidad aumentada, que ofrezcan experiencias lúdicas, educativas y terapéuticas adaptadas a las capacidades, los gustos y las motivaciones de cada usuario, y que fomenten su estimulación cognitiva, física y social.

Otro aspecto absolutamente relevante en los nuevos cuidados apoyados por la digitalización es abandonar la visión tradicional del carácter “reactivo” de los cuidados y darles un carácter predictivo, que se anticipa y que sea capaz de actuar con proactividad ante las necesidades de las personas usuarias, incluso antes de que estas se produzcan, que es cuando las intervenciones son mucho más efectivas y menos costosas.

Algunos ejemplos de ámbitos en los que la digitalización puede dar apoyo a este propósito son mediante el uso de sistemas inteligentes que analicen los datos personales y contextuales de los usuarios, sus hábitos, preferencias, historial clínico y condiciones ambientales, y que sean capaces de detectar posibles riesgos, alertar a los profesionales y sugerir intervenciones preventivas o paliativas. Por ejemplo, mediante la implementación de dispositivos y sensores que monitorean continuamente el estado de salud y bienestar de los usuarios, que les proporcionen retroalimentación personalizada y que les orienten sobre las actividades más adecuadas para su situación, o mediante la generación de modelos predictivos que estimen la evolución de los usuarios y sus necesidades futuras, que faciliten la planificación de recursos y servicios y que permitan adaptar los cuidados a las expectativas y objetivos de cada usuario.

El tercer propósito supone que la digitalización debe contribuir a que los servicios que se ofrecen a las personas mayores sean más transparentes y que la información pueda ser compartida entre todos los actores que participan de dichos cuidados. Algunos ejemplos para su potenciación serían: mediante la creación de plataformas digitales que permitan el acceso y la consulta de los datos, los planes de atención y los resultados de los usuarios por parte de los profesionales, los cuidadores, los familiares y los propios usuarios, respetando la privacidad y la confidencialidad; la promoción de la comunicación y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, los servicios sociales y las entidades del tercer sector, mediante el uso de herramientas digitales que faciliten el intercambio de información y la gestión de casos complejos; o la participación activa de los usuarios y sus representantes en la toma de decisiones sobre su cuidado; mediante el uso de aplicaciones y dispositivos que les permitan expresar sus preferencias, sus necesidades y su grado de satisfacción con los servicios recibidos.

Por último, otro de los grandes propósitos buscados es que la digitalización contribuya a la automatización y desburocratización de los servicios que se ofrecen a las personas mayores en los cuidados y a sus cuidadores, mediante la simplificación de los procesos administrativos, la eliminación

de trámites innecesarios y la reducción de costes. Por ejemplo, con el uso de sistemas de información integrados que eviten trabajos manuales, la firma electrónica, la expedición de informes digitales, o la gestión electrónica de citas o solicitudes, pueden agilizar la atención y mejorar la eficiencia de los servicios. Asimismo, la digitalización puede facilitar la rendición de cuentas, la transparencia, la evaluación de la calidad y el impacto de los servicios, mediante el uso de indicadores, datos e informes accesibles y actualizados.

5. BENEFICIOS DE LA DIGITALIZACIÓN PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

La digitalización, por tanto, cuando se aplica con propósito, aporta numerosos beneficios para el sector del cuidado de las personas mayores, tanto desde el punto de vista de los usuarios como de los profesionales y las organizaciones, ya que se traduce en las siguientes mejoras:

- **Mejora de la accesibilidad y la equidad.** La digitalización puede facilitar el acceso a los servicios de cuidados de las personas mayores, especialmente de aquellas que viven en zonas rurales, aisladas o con escasez de recursos. Por ejemplo, la telemedicina, la teleasistencia o las plataformas digitales pueden permitir la comunicación, la consulta, la monitorización o la intervención a distancia, evitando los desplazamientos innecesarios y reduciendo los tiempos de espera.
- **Mejora de la calidad y la seguridad.** La digitalización puede mejorar la calidad y la seguridad de los servicios de cuidados de las personas mayores, al facilitar la recogida, el almacenamiento, el análisis y el intercambio de datos e información, lo que permite una mayor personalización, integración y continuidad de la atención.
- **Mejora de la eficiencia y la sostenibilidad.** La digitalización puede mejorar la eficiencia y la sostenibilidad de los servicios de cuidados de las personas mayores al optimizar el uso de los recursos, reducir los costes, aumentar la productividad y generar ahorros. Por ejemplo, la inteligencia artificial, el big data o el internet de las cosas pueden facilitar la gestión, la planificación, la evaluación, la innovación de los procesos, los servicios y los productos, así como la detección de necesidades, oportunidades y tendencias.
- **Mejora de la autonomía y el empoderamiento.** La digitalización puede mejorar la autonomía y el empoderamiento de las personas mayores, al favorecer su participación activa, su autocontrol, su autoestima y su autoaprendizaje. Por ejemplo, las aplicaciones móviles, los juegos serios, los asistentes virtuales o los robots sociales pueden ofrecer información, orientación, entrenamiento, entretenimiento o compañía a las personas mayores, así como fomentar su interacción con otras personas y con el entorno.

- **Mejora del bienestar y la calidad de vida.** La digitalización puede mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores al contribuir a su salud física, mental, emocional y social, así como a su satisfacción, su felicidad y su realización personal. Por ejemplo, la realidad virtual, la realidad aumentada, la gamificación o la música digital pueden proporcionar experiencias, sensaciones, emociones o recuerdos positivos a las personas mayores, así como estimular sus capacidades cognitivas, sensoriales y motrices.

6. INICIATIVAS Y EXPERIENCIAS DE DIGITALIZACIÓN PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

Como hemos visto, la digitalización con propósito ofrece un gran beneficio para el cuidado de las personas en sus domicilios y en el ámbito residencial. Existen diversas tecnologías que pueden contribuir a mejorar la autonomía, el empoderamiento, el bienestar y la calidad de vida de este colectivo, así como a facilitar la labor de los profesionales y cuidadores que les asisten. En este capítulo se describen algunas de estas tecnologías, que en la actualidad ya se utilizan en mayor o menor grado en el ámbito de los cuidados:

La **tecnología IOT** (Internet de las cosas) consiste en conectar objetos cotidianos a internet, permitiendo que se comuniquen entre sí y con el usuario. Una de sus aplicaciones más relevantes es el concepto de Smart Homes o casas inteligentes, que ofrecen mayor confort, seguridad y eficiencia energética a sus habitantes. La sensorización y la domótica son elementos clave para lograr este objetivo, ya que permiten recoger información sobre el estado de la casa y sus ocupantes, y automatizar el funcionamiento de los electrodomésticos, la iluminación, la climatización o los sistemas de alarma. De esta manera, se puede adaptar el ambiente a las preferencias y necesidades de cada persona, y mejorar su calidad de vida.

Una de las posibilidades que ofrece la tecnología IOT para el cuidado de las personas mayores es el análisis predictivo basado en la observación de cambios en los hábitos de comportamiento. Mediante sensores y dispositivos inteligentes, se puede monitorizar la actividad diaria de los usuarios, como el sueño, la alimentación, el ejercicio o la interacción social, y detectar anomalías que puedan indicar un deterioro físico o cognitivo, una situación de estrés o depresión. Así, se puede anticipar la aparición de problemas de salud y proporcionar una atención personalizada y preventiva, mejorando el bienestar y la autonomía de los mayores. Además, el análisis predictivo puede ayudar a identificar patrones de riesgo y alertar de posibles emergencias, como caídas, accidentes domésticos o desorientaciones. De esta forma, se puede garantizar la seguridad y la tranquilidad de todos los que participan en los cuidados.

Otra herramienta de gran utilidad para el cuidado de las personas mayores son las **pulseras inteligentes**, que permiten medir las constantes vitales, como la presión arterial, el ritmo cardíaco, la temperatura o el nivel de oxígeno en sangre, y enviar esta información a los profesionales encargados de los cuidados o a los familiares. Estas pulseras también pueden registrar los parámetros de actividad, los pasos dados, las calorías quemadas, el tiempo de ejercicio o la calidad del sueño, y así evaluar el estado físico y mental de la persona. Además, las pulseras inteligentes pueden incorporar un sistema de geolocalización, que permite localizarlos en todo momento, especialmente si sufren de demencia o alzhéimer, y evitar que se pierdan o se alejen demasiado de su domicilio. De esta forma, las pulseras inteligentes ofrecen una solución integral para el seguimiento y la protección de las personas mayores.

Continuando con elementos digitales en el hogar, es también muy destacable la **tecnología radar**, que permite detectar de forma automática y precisa las caídas, uno de los principales riesgos para la salud y la autonomía de las personas mayores. La tecnología radar consiste en un dispositivo que emite ondas de radio y capta los ecos que se producen al rebotar en los objetos o personas, generando una imagen tridimensional del entorno. De esta manera, el dispositivo puede reconocer los movimientos y posturas de los habitantes del domicilio, y distinguir entre situaciones normales y anormales, como una caída. Si el dispositivo detecta una caída, puede enviar una alerta a los servicios de emergencia o a los familiares, y facilitar una rápida asistencia. La tecnología radar tiene la ventaja de que no requiere el uso de ningún tipo de sensor o pulsera por parte de la persona, y respeta su privacidad al no captar imágenes visuales. Así, la tecnología radar ofrece una solución eficaz y discreta para la prevención y el manejo de las caídas en el hogar.

Evolucionando a otros elementos de comunicación a distancia, encontramos la **telemedicina** como una modalidad de atención sanitaria que permite el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas en su hogar, mediante el uso de dispositivos y aplicaciones que transmiten datos e información clínica a distancia. La telemedicina ofrece múltiples beneficios para los pacientes crónicos, como la reducción de los desplazamientos al centro de salud, el aumento de la adherencia al tratamiento, el control continuo de los síntomas y signos vitales, la detección temprana de complicaciones o reagudizaciones, y la mejora de la calidad de vida y la satisfacción. Además, la telemedicina supone un ahorro de costes para el sistema sanitario, al optimizar el uso de los recursos, evitar ingresos hospitalarios innecesarios y prevenir el deterioro de la salud de los pacientes. Por todo ello, la telemedicina es una herramienta clave para la gestión integral de las enfermedades crónicas en el domicilio.

También son de gran utilidad las **herramientas de geolocalización de flotas y digitalización de procesos**, que son soluciones tecnológicas que permiten optimizar la gestión, el seguimiento de los vehículos y las rutas utilizadas por los servicios de cuidado a domicilio. Estas herramientas

facilitan la planificación, el control y la evaluación de las actividades realizadas por los profesionales que atienden a las personas mayores en sus hogares, mejorando así la eficiencia, la calidad y la transparencia del servicio. Además, estas herramientas pueden mejorar la seguridad y la comunicación entre los cuidadores y las personas mayores al permitir la localización en tiempo real, el envío de alertas o mensajes, y el acceso a la información relevante sobre el estado de salud, las necesidades o las preferencias de cada usuario. De esta manera, las herramientas de geolocalización de flotas y digitalización de procesos pueden contribuir a mejorar el cuidado de las personas mayores, adaptándose a sus características y circunstancias individuales.

En otro ámbito de asistencia encontramos los **asistentes virtuales**, que son sistemas informáticos que simulan una interacción humana a través de la voz o el texto. Estos sistemas se integran en la actualidad en dispositivos como altavoces inteligentes, teléfonos móviles o pequeños robots, que facilitan el acceso y la comunicación con los usuarios. Los asistentes virtuales pueden tener diversas funciones, desde brindar información, entretenimiento o servicios hasta ofrecer apoyo emocional o compañía. En el ámbito del cuidado de las personas mayores, los asistentes virtuales pueden ser de gran ayuda para mejorar su autonomía, seguridad y bienestar, al proporcionarles recordatorios, consejos, alertas, juegos, música o conversaciones. Así, los asistentes virtuales pueden contribuir a facilitar a las personas usuarias el acceso a la información o servicios que necesitan, prevenir su deterioro cognitivo y favorecer su calidad de vida.

También las **herramientas de procesamiento de lenguaje natural** (PLN) para el análisis de conversaciones son soluciones tecnológicas que permiten extraer información útil de las interacciones verbales o escritas entre las personas mayores y los cuidadores. Estas herramientas pueden ayudar a identificar el estado emocional, las necesidades, las dudas o las sugerencias de las personas mayores, así como a evaluar la calidad y la satisfacción del servicio prestado. De esta forma, el análisis de conversaciones puede mejorar la comunicación, la empatía y la personalización del cuidado de las personas mayores al facilitar el ajuste de las intervenciones y las respuestas a sus demandas específicas.

Las **herramientas de analítica avanzada de datos y generación de cuadros de mando** son soluciones tecnológicas que permiten visualizar, monitorizar y explorar los datos recogidos sobre el cuidado de las personas mayores. Estas herramientas pueden ayudar a detectar patrones, tendencias, anomalías o correlaciones entre diferentes variables, como la salud, el bienestar, la actividad o la satisfacción de las personas mayores. De esta forma, la analítica de datos y los cuadros de mando pueden mejorar la toma de decisiones, la evaluación de impacto y la optimización de los recursos para el cuidado de las personas mayores, al proporcionar información relevante y accionable.

Y por último, la **inteligencia artificial generativa** es un campo de la IA que se centra en crear contenido nuevo y original a partir de los datos existentes, como imágenes, textos, sonidos o vídeos. La IA generativa puede tener aplicaciones para el cuidado de las personas mayores, por ejemplo, para generar contenidos personalizados que estimulen su memoria, su creatividad, su entretenimiento, o para sintetizar voces o rostros que les resulten familiares o reconfortantes. La IA generativa también puede facilitar la comunicación y la interacción con las personas mayores al generar respuestas o sugerencias adaptadas a sus intereses, emociones o necesidades.

7. RETOS, BARRERAS Y DESAFÍOS DE LA DIGITALIZACIÓN PARA EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES

A pesar de los beneficios potenciales, la digitalización también plantea una serie de desafíos para el cuidado de las personas mayores, tanto desde el punto de vista de los usuarios como de los profesionales y las organizaciones. A continuación, se enumeran algunos de los más importantes:

El desafío de la **brecha digital** se refiere a la desigualdad en el acceso, el uso y el aprovechamiento de las nuevas tecnologías entre diferentes grupos sociales en función de factores como la edad, el género, el nivel educativo, el nivel socioeconómico o la ubicación geográfica. Según el último informe de la Fundación Vodafone, en España hay más de 4 millones de personas mayores de 65 años que nunca han usado internet, lo que supone el 44% de este colectivo. Además, solo el 28% de las personas mayores usa el móvil para acceder a internet, frente al 93% de la población general. Estos datos evidencian la necesidad de reducir la brecha digital y promover la alfabetización digital de las personas mayores, así como de adaptar las tecnologías a sus necesidades, preferencias y capacidades.

Por otro lado, el desafío del **coste y la financiación de los recursos** se refiere a la disponibilidad, la accesibilidad y la sostenibilidad de las tecnologías digitales para el cuidado de las personas mayores. Este desafío implica tanto el coste de adquisición, mantenimiento y actualización de los dispositivos y las infraestructuras, como el coste de formación, apoyo de los usuarios y los profesionales. Además, supone tener en cuenta las diferentes fuentes de financiación, tanto públicas como privadas, y los modelos de gestión y de negocio que permitan ofrecer servicios de calidad a precios asequibles. En el contexto actual, este reto adquiere una mayor relevancia, ya que se hace necesario garantizar el acceso equitativo y universal a las tecnologías que pueden mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores.

Otro importantísimo reto es la **integración entre plataformas** y sistemas, que se refiere a la capacidad de comunicación, coordinación e interoperabilidad de las tecnologías digitales para el cuidado

de las personas mayores. Este desafío implica tanto la compatibilidad técnica y funcional de los dispositivos y las infraestructuras, como la armonización de los protocolos, los estándares y las normativas que regulan su uso. Además, supone tener en cuenta las necesidades, las preferencias y las expectativas de los usuarios y los profesionales, así como la diversidad de contextos y escenarios donde se aplican las tecnologías. En el contexto actual de transformación digital y de envejecimiento demográfico este reto adquiere una mayor importancia, ya que se hace necesario facilitar la integración de las nuevas tecnologías con las plataformas y los sistemas tradicionales que prestan servicios de cuidado a las personas mayores.

La situación actual de la digitalización del cuidado de las personas mayores plantea importantes desafíos en materia de **seguridad de la información y ciberseguridad**. Estos aspectos se refieren a la protección de los datos, las comunicaciones, las infraestructuras y los sistemas frente a posibles amenazas, ataques o vulnerabilidades que puedan comprometer su integridad, disponibilidad, confidencialidad o autenticidad. La seguridad de la información y la ciberseguridad son cruciales para garantizar la confianza, el respeto y la calidad de los servicios de cuidado a las personas mayores, así como para prevenir y minimizar los riesgos y los daños que puedan derivarse de un uso indebido o malintencionado de las tecnologías.

No sólo en ámbitos puramente tecnológicos, la digitalización plantea también importantes **retos éticos y morales**. Las tecnologías pueden ofrecer beneficios, oportunidades y soluciones para mejorar la calidad de vida, la autonomía, la participación y el bienestar de las personas mayores, pero también pueden generar riesgos, amenazas y problemas que afecten a su dignidad, sus derechos, sus valores y sus intereses. Por ello, es necesario adoptar un enfoque ético y responsable en el diseño, el desarrollo, el uso y la evaluación de las tecnologías, que tenga en cuenta las necesidades, las preferencias, las expectativas y las opiniones de las personas mayores y de los demás agentes implicados, así como los principios, las normas y las buenas prácticas que garanticen el respeto, la protección y la promoción de su bienestar.

Y por último, existe una brecha entre las expectativas y la realidad de las tecnologías para el cuidado de las personas mayores, lo que es un reto importante que debe abordarse con rigor, transparencia y honestidad. Los desarrolladores de nuevas tecnologías deben tener en cuenta las necesidades reales, las preferencias y las capacidades de las personas mayores, así como los contextos, las condiciones y los recursos disponibles para su implantación y uso. Los usuarios potenciales deben recibir una información clara, completa y veraz sobre las características, las funcionalidades, los beneficios y los límites de las tecnologías, así como las garantías de calidad, seguridad y privacidad. De esta manera, se evitarán falsas expectativas, frustraciones y decepciones, y se fomentará una adopción responsable, crítica y satisfactoria de las tecnologías para el cuidado de las personas mayores.

8. CONCLUSIÓN

La digitalización es una realidad que ofrece múltiples oportunidades para mejorar el cuidado de las personas mayores, tanto en el ámbito domiciliario como en el residencial. Sin embargo, también implica una serie de retos que deben afrontarse con una visión estratégica, ética, participativa y colaborativa, que ponga a las personas mayores en el centro del proceso de innovación y transformación digital. Solo así se podrá garantizar una digitalización inclusiva, responsable y sostenible, que contribuya al envejecimiento activo y saludable de las personas mayores y al desarrollo de una sociedad más justa, solidaria y cohesionada.

JÓVENES INVESTIGADORES

Factibilidad de la implementación de una estrategia de desprescripción en la práctica clínica en pacientes pluripatológicos de edad avanzada.

**Estudio LESS-CHRON PROJECT
del espectro autista de alto funcionamiento.**

Marta Mejías Trueba

martamejiastrueba@hotmail.com

Departamento de Farmacia, Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Parasitología. Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto de Biomedicina de Sevilla. Universidad de Sevilla, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Hospital Universitario Virgen del Rocío.

El envejecimiento poblacional y la mejora en las condiciones higiénico-sanitarias han provocado un aumento de la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas, concomitantes y de larga duración. Así, destacan los pacientes pluripatológicos (PPP) o con multimorbilidad, que representan hasta el 40% de los pacientes que pertenecen a la unidad de Medicina Interna y que se caracterizan por consumir gran cantidad de recursos sanitarios. Además, presentan alta complejidad y vulnerabilidad, lo que se traduce en una mayor dependencia, peor calidad de vida, necesidad de ingresos hospitalarios frecuentes y una elevada mortalidad.

A todo lo anterior, se suma que estos pacientes están en su mayoría polimedicados, por lo que se encuentran expuestos a numerosos efectos adversos e interacciones, además de presentar mayor dificultad en la adherencia a los tratamientos. Consecuencia del alto grado de polifarmacia, sufren una alta carga terapéutica, lo que favorece la aparición de síndromes geriátricos, deterioro cognitivo y fragilidad, entre otros.

En línea con lo expuesto, es frecuente que este grupo de pacientes tenga una alta prevalencia de prescripciones potencialmente inadecuadas de medicamentos (PIM), que hacen referencia a aquellos fármacos que están prescritos de forma innecesaria por diversos motivos, generando

más riesgos que beneficios. La existencia de PIM afecta a la seguridad de los pacientes, pudiendo producir reacciones adversas, siendo muchas de ellas prevenibles.

En la actualidad, se ha establecido que el abordaje de los PPP debe ser a través de una atención sanitaria centrada en la persona, donde la formación de un equipo multidisciplinar y el tener en cuenta las preferencias de los pacientes son elementos clave. El papel del farmacéutico dentro del equipo es fundamental, ya que la revisión exhaustiva de la medicación en estos casos ha demostrado reducir muchos de los problemas de salud asociados. De este modo, se han desarrollado diferentes estrategias para ayudar a la optimización farmacológica, entre las que encontramos la adecuación terapéutica, conciliación, adherencia y desprescripción.

Este trabajo se centra concretamente en una de ellas, la desprescripción. Este término fue definido como la revisión y evaluación del plan terapéutico a largo plazo, que permita suspender, sustituir o modificar la dosis de fármacos, que fueron prescritos adecuadamente, pero que, bajo ciertas condiciones clínicas, pueden considerarse innecesarios o con una relación beneficio-riesgo desfavorable. Para poder realizar esta actividad de forma sistemática y estructurada, se han diseñado herramientas de ayuda a la desprescripción. El grupo de investigación "Farmacoterapia y Cronicidad" (Chronic-Pharma), formado por un equipo multidisciplinar de médicos y farmacéuticos del Hospital Universitario Virgen del Rocío, creó en 2017 los criterios LESS-CHRON. Se trata de una lista de 27 escenarios que ofrecen oportunidades de desprescripción, organizados por sistemas fisiológicos. Esta herramienta ha sido sometida a un estudio de fiabilidad intra e interobservador. Sin embargo, los criterios aún no han sido validados ni implantados en la práctica clínica más allá de estudios aislados con objetivos muy específicos.

El **objetivo principal** de la Tesis Doctoral fue analizar la factibilidad de implementar en la práctica clínica habitual una estrategia de desprescripción basada en los criterios LESS-CHRON en una población mayor con pluripatología y polimedizada. Este estudio emana de una de las líneas de investigación del grupo y se ha efectuado en tres fases en el que participaron las unidades clínicas de Farmacia y de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

En la **primera fase**, se efectuó una revisión de alcance para analizar la evidencia científica disponible sobre herramientas de desprescripción en pacientes de edad avanzada, identificando sus principales características y potenciales contextos de aplicabilidad, así como posicionando los criterios LESS-CHRON. Se localizaron 12 herramientas, 6 de tipo algoritmo y 6 de tipo criterio. Se puso de manifiesto la gran variabilidad de herramientas existentes en la literatura científica, así como la heterogeneidad en cuanto a aplicabilidad en distintos entornos sanitarios se refiere. Tras la revisión, se concluyó que las herramientas más idóneas para su aplicación en la práctica clínica en el colectivo de pacientes a estudiar eran LESS-CHRON y STOPPFrail (Mejías Trueba et al., 2022).

En una **segunda fase**, se desarrolló y analizó, mediante un estudio piloto cuasiexperimental, *pre-post* y unicéntrico, la implementación de un circuito multidisciplinar de desprescripción para pacientes de edad avanzada en las consultas externas de Medicina Interna. En esta fase se realizaron de forma simultánea dos subestudios: el exploratorio, que evaluó las PIM que se generaban tras la aplicación teórica de las dos herramientas identificadas, y el de intervención, que consistió en la aplicación real de la herramienta LESS-CHRON, analizando la factibilidad de la estrategia, el impacto de la desprescripción en algunas variables farmacológicas y clínicas, así como la aceptación de las propuestas de desprescripción de PIM realizadas a los médicos responsables del paciente. Una vez finalizado el estudio, se analizaron las limitaciones o barreras encontradas en el circuito.

En el estudio exploratorio se identificaron teóricamente 158 PIM con la herramienta LESS-CHRON y 127 con STOPPFrail. Tras realizar la correlación Rho de Spearman entre las diferentes variables farmacológicas y clínicas evaluadas, se observó una mayor correlación de los medicamentos prescritos en el momento basal con las PIM identificadas con la herramienta LESS-CHRON. Además, se obtuvo una correlación débil y significativa de los criterios LESS-CHRON con el índice de fragilidad, índice Profund e índice de Barthel, inexistente en la herramienta STOPPFrail (Mejías Trueba et al., 2022).

Con respecto al estudio de intervención, se alcanzó una factibilidad del 45,3%, y el porcentaje de aceptación por paciente llegó al 76,7%. Además, se obtuvo una tasa de éxito del 82,7%, logrando reducir en un 6,5% la carga terapéutica. En cuanto a las variables farmacológicas, fue destacable la reducción de la carga anticolinérgica. Sin embargo, no se detectaron diferencias en las variables clínicas y medidas de frecuentación sanitaria evaluadas (Mejías Trueba et al., 2023).

En la tercera fase, se identificaron las barreras inherentes al proceso de desprescripción. Para ello, era necesario disponer de un cuestionario en español que fuera aplicable a nuestro entorno sanitario, por lo que se realizó la retrotraducción y validación transcultural del “Cuestionario de desprescripción del paciente de edad avanzada” (Mejías Trueba et al., 2022). El grado de dificultad obtenido en la traducción directa e inversa fue bajo/moderado según las puntuaciones otorgadas por los traductores. Para la síntesis y adaptación del cuestionario se constituyó un panel de diez expertos que realizaron modificaciones para adaptarlo a nuestro lenguaje y entorno sanitario. Una vez generado el cuestionario, se mandó a profesionales sanitarios, con el fin de que evaluaran la comprensibilidad y se validara en nuestro idioma, logrando ambos objetivos. Además, con sus respuestas se pretendió analizar las barreras del proceso y conocer su percepción ante la desprescripción, comparando estos resultados con las impresiones de los internistas de nuestro centro que habían participado en la realización del estudio piloto. De este modo, el 72,2% de los encuestados se sentían muy seguros a la hora de realizar la desprescripción. Sin embargo,

se detectó una barrera clara, la falta de tiempo para llevar a cabo esta actividad dentro de la práctica clínica (Mejías Trueba et al., 2023).

En conclusión, el proyecto ha puesto de manifiesto la factibilidad de implementar una estrategia de desprescripción basada en la herramienta LESS-CHRON en un circuito asistencial, pese a la pandemia por SARS-CoV-2. LESS-CHRON ha demostrado ser más útil en PPP ambulatorios que la herramienta STOPPFrail. La intervención ha logrado una elevada tasa de aceptación y se ha podido llevar a cabo la desprescripción con éxito en un alto porcentaje. Sin embargo, se han detectado potenciales barreras que deben ser abordadas para poder mejorar el proceso. Asimismo, este trabajo muestra la necesidad de realizar estudios futuros con mayor tamaño muestral y, a ser posible, mayor tiempo de seguimiento, que permitan obtener una mayor evidencia respecto a las variables de salud y frequentación hospitalaria, para poder llegar así a conclusiones más certeras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mejías-Trueba, M., Fernández-Rubio, B., Rodríguez-Pérez, A., Bernabeu-Wittel, M., Sánchez-Fidalgo, S. (2022) Identification and characterisation of deprescribing tools for older patients: A scoping review. *Res Social Adm Pharm.* 2022 Sep;18(9):3484-3491. doi: 10.1016/j.sapharm.2022.03.008.

Mejías-Trueba, M., Rodríguez-Pérez, A., Sotillo-Sánchez, I., Sánchez-Fidalgo, S., Nieto-Martín, M.D., García-Cabrera, E. (2022). Prevalence of Potentially Inappropriate Medications in Patients With Multimorbidity According to LESS-CHRON and STOPPFrail Criteria. *J Am Med Dir Assoc.* 2023;24(4):511-516.e3. doi: 10.1016/j.jamda.2022.12.013.

Mejías-Trueba, M., Rodríguez-Pérez, A., Hernández-Quiles, C., Ollero-Baturone, M., Nieto-Martín, M.D., Sánchez-Fidalgo, S. (2023). Feasibility of the Implementation of LESS-CHRON in Clinical Practice: A Pilot Intervention Study in Older Patients With Multimorbidity. *Innov Aging.* 2023 May 8;7(5):igad042. doi: 10.1093/geroni/igad042.

Mejías-Trueba, M., Rodríguez-Pérez, A., Barón-Franco, B., Hernández-Quiles, C., Santos-Ramos, B., Sánchez-Fidalgo, S. (2022). Cross-cultural adaptation and validation into Spanish of the deprescription questionnaire in the elderly patient. *Med Clin (Barc).* 2022;159(12):584-588. doi: 10.1016/j.medcli.2022.03.022

Mejías-Trueba, M., Rodríguez-Pérez, A., García-Cabrera, E., Jiménez-Juan, C., Sánchez-Fidalgo, S. (2023). The Barriers to Deprescription in Older Patients: A Survey of Spanish Clinicians. *Healthcare (Basel).* 2023;11(13):1879. doi: 10.3390/healthcare11131879.

JÓVENES INVESTIGADORES

Envejecimiento Activo. Propuesta para retrasar la dependencia funcional.

Cristina Sorribes Fernández del Río

crissofer@gmail.com

Graduada en Arquitectura y Máster Habilitante en Arquitectura y Máster en Real Estate.

Trabajo de Fin de Grado dirigido por Mercedes González Redondo.
Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Madrid (ETSAM), UPM.

1. INTRODUCCIÓN

La población mundial está experimentando un rápido envejecimiento debido a los avances en la salud y las mejoras en las condiciones de vida, lo que conlleva vidas más longevas. Este cambio demográfico plantea desafíos significativos para la sociedad contemporánea, especialmente en entornos urbanos que no están preparados para esta nueva realidad.

Para afrontar esta situación, destaca el concepto de *envejecimiento activo*, el cual promueve un estilo de vida saludable que fomente la práctica de ejercicio físico, el desarrollo de las capacidades mentales y la participación en el ámbito social. De esta forma, se pretende mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en una edad avanzada, a la vez que se impulsa la integración más temprana de esta noción en la sociedad.

2. OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es proponer estrategias que promuevan el envejecimiento activo y saludable para retrasar, en la medida de lo posible, la dependencia de las personas mayores. Como objetivos secundarios destacan el estudio general sobre la problemática existente, que sirva para comprender las necesidades y carencias que se dan a nivel de infraestructuras,

y procedimientos al tratar con personas mayores. Por último, se sugiere el diseño de una propuesta de mejora a nivel de infraestructura.

3. METODOLOGÍA

Concretamente, la metodología utilizada en la elaboración del trabajo se ha estructurado en cuatro partes, claramente diferenciadas, pero relacionadas entre sí. En la primera se ha realizado un análisis demográfico de la población en los últimos 40 años (1980-2020), tanto a nivel mundial como en España y en sus distintas comunidades autónomas, centrándose finalmente en la Comunidad de Madrid, donde se ha realizado un estudio, por rangos de edad, de las residencias y centros de día existentes, tanto públicos como privados, con su cartografía correspondiente.

La segunda parte se ha dedicado al envejecimiento activo, considerando los beneficios que proporciona en función de las necesidades que tienen las personas cuando envejecen.

En la tercera parte se han estudiado varios centros de día de la Comunidad de Madrid, realizando una ficha de cada uno de ellos y analizando si cumplen o no las necesidades anteriormente mencionadas.

Se ha finalizado con una propuesta de centro para fomentar el desarrollo funcional que he llamado *ACTÍVATE* y que ha consistido en el diseño de un espacio deportivo y unas rutinas de ejercicio para mayores con distintos grados de dependencia.

4. ESTUDIO DE CASOS

Del análisis demográfico de la población en los últimos 40 años, se ha constatado que la población mundial, y en mayor medida la española, está envejeciendo a un ritmo elevado. La Comunidad de Madrid es aquella con el porcentaje más elevado de población mayor de 65 años, con un 22,5%. Además, en la franja de edad comprendida entre los 40 y los 55 años es donde se encuentra la mayoría de la población, lo que hará que dentro de 10 años el ritmo de envejecimiento empiece a ser mucho mayor.

En el estudio exhaustivo que se lleva a cabo sobre los centros de día existentes en la Comunidad de Madrid, tanto públicos como privados, se ha constatado que sólo el 4,3% de la población envejecida puede acceder a una plaza en una residencia y sólo el 1,24% puede acceder a una plaza en un centro de día, debido a la poca disponibilidad que existe (Tabla 1). Es evidente que la ciudad no está preparada adecuadamente para este envejecimiento de la población, ni desde el punto de vista de las infraestructuras ni desde los hábitos de la sociedad (Figura 1).

Tabla 1. Datos sobre los centros de día de la Comunidad de Madrid y de la ciudad de Madrid en 2020.

COMUNIDAD DE MADRID			MADRID CIUDAD			
	PRIVADOS	PÚBLICOS	TOTAL	PRIVADOS	PÚBLICOS	TOTAL
Nº CENTROS DE DÍA	193	110	303	68	74	142
Nº PLAZAS	9580	5460	15041	1345	3450	4795
PLAZAS(%)	64%	36%	100%	28%	72%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Cartografía de centros de día públicos y privados en la ciudad de Madrid por distritos .



Fuente: Elaboración propia.

Una vez analizada la situación de la distribución de residencias y centros de día en la Comunidad de Madrid, se procede a identificar los tratamientos o programas que pueden mitigar los efectos del envejecimiento. Es por ello, que se profundiza en el concepto de envejecimiento activo, el cual se presenta como una estrategia integral para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y fomentar su participación activa en la sociedad. Esto implica promover un estilo de vida saludable que incluya la práctica regular de ejercicio físico, el desarrollo de habilidades mentales y la participación en actividades sociales y comunitarias. Como ya se ha mencionado, se destaca la importancia de adaptar las infraestructuras urbanas para hacerlas más accesibles y amigables. Esta adaptación no solo busca facilitar la movilidad y el acceso a los servicios, sino también promover un entorno que fomente el bienestar y la inclusión social de este grupo de población.

En referencia a las acciones o tipos de estimulación que pueden mejorar la situación para el colectivo senior, existen tres áreas de trabajo principales a desarrollar: la social, la cognitiva y la funcional.

- El desarrollo funcional abarca todo tipo de actividades que impliquen movimiento y estimulación de la motricidad, así como también trabajo de movilidad articular. Es importante trabajar en mantener una actividad física regular que, en el caso de los senior, frene la dependencia y el deterioro físico. Por consiguiente, tiene como objetivo mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Las actividades recomendadas para potenciar el desarrollo funcional en las personas mayores son aquellas relacionadas con el ejercicio aeróbico, como el transporte activo, la natación, el baile, etc.
- El desarrollo cognitivo busca estimular las actividades mentales que realiza el ser humano al relacionarse con el ambiente que le rodea, para mantener en buen estado las funciones cerebrales superiores, tales como la orientación, la atención, la memoria, el lenguaje o el cálculo. Lo habitual para trabajar el desarrollo de esta área es realizar terapias individuales o en grupo con los usuarios.
- El estímulo social es esencial para el bienestar mental y emocional de las personas mayores, pero la jubilación a menudo conduce a la desconexión social, debido a la pérdida de relaciones laborales y cambios en roles. La soledad se ha convertido en una cuestión de relevancia, afectando al 14% de los adultos mayores, quienes reportan sentirse solos con frecuencia. Fomentar el estímulo social puede ayudar a mitigar este problema, promoviendo la interacción y la pertenencia a un grupo, lo que a su vez puede mejorar la sensación de autorrealización y calidad de vida. Es crucial implementar programas de rehabilitación que aborden esta necesidad social y ayuden a los adultos mayores a mantener conexiones significativas, con una sensación de comunidad para preservar su bienestar emocional y mental.

Después de visitar seis centros de mayores en Madrid y llevar a cabo un análisis sobre el estado de sus infraestructuras y la calidad de sus servicios y actividades, se ha elaborado la Tabla 2.

Tabla 2. Resumen del estado en el que se encuentran los espacios de desarrollo de los centros de día estudiados.

		Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
SOCIAL	Salas	✗	✓	—	✓	✓	✓
	Material	—	—	✓	✓	✓	✓
COGNITIVA	Salas	—	—	✓	✓	✓	—
	Material	✗	✗	✓	✓	✓	✗
FUNCIONAL	Salas polivalentes	✗	—	—	—	—	✓
	Sala individual	—	✗	—	—	✗	—
	Material	—	✗	—	—	✗	—

Nota: Valoración favorable, media (—) o desfavorable (✗).

Fuente: Elaboración propia.

En los casos visitados se observa una misma realidad, y es que dichos centros están principalmente orientados a las relaciones sociales y al entretenimiento. Sin embargo, sus instalaciones para el desarrollo de la actividad funcional son muy limitadas o inexistentes. Considerando esta deficiencia en las infraestructuras de los centros de día, se sugiere la creación de un espacio para cubrir esta necesidad, el cual he denominado ACTÍVATE.

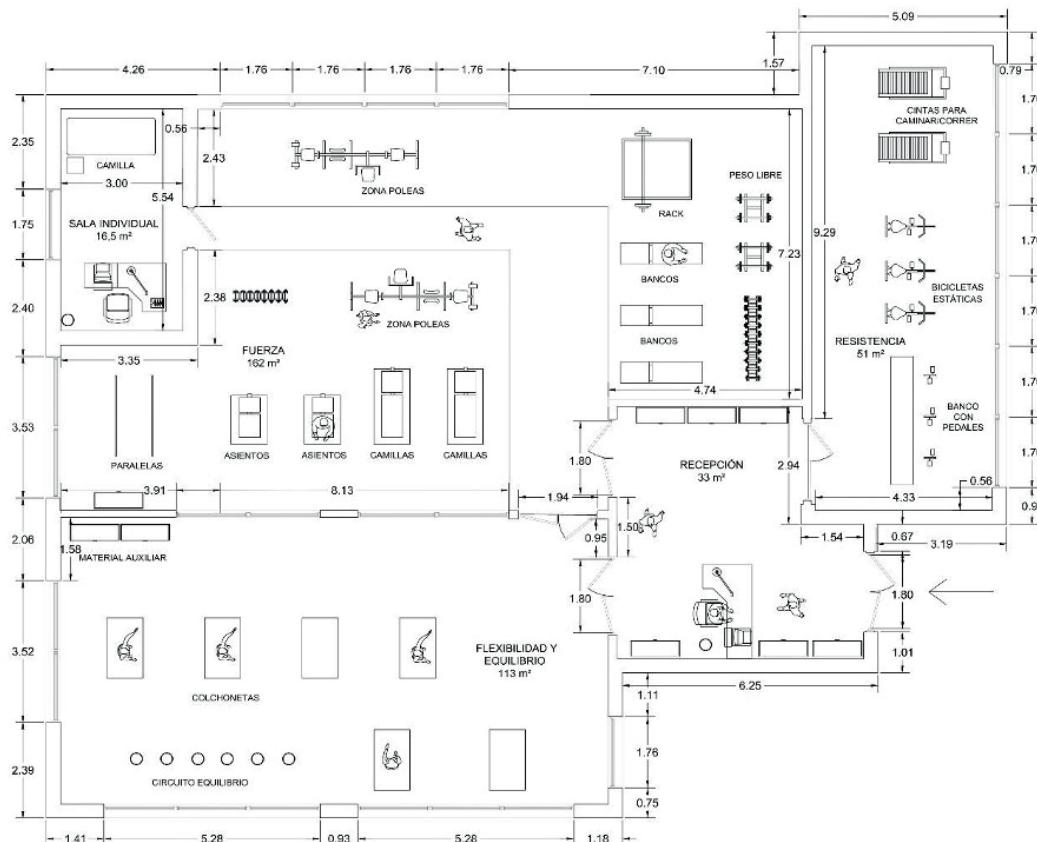
5. ACTÍVATE

Esta propuesta se materializa en un espacio deportivo innovador y accesible que promueva la actividad física y el ejercicio entre las personas mayores. El centro está diseñado considerando las limitaciones físicas y las necesidades de cada individuo, ofreciendo un ambiente seguro y adaptado. El objetivo es que este diseño se pueda construir de manera independiente, integrarlo en los centros de día existentes o en cualquier otro local del que se disponga, fomentando la transformación de estos espacios en centros deportivos para seniors.

En la propuesta se podrán diferenciar tres zonas: una sala con maquinaria similar a la de un gimnasio convencional, pero con una ergonomía adecuada para los senior (bancos-camilla y asientos con mayores dimensiones que las habituales, cruce de poleas adaptado y material para el trabajo de fuerza, como barras y peso medio), una sala amplia y diáfana con espejos y material deportivo individual (esterillas, gomas, picas, pelotas y mancuernas ligeras) y una zona de cardio con distintas alternativas para los usuarios (cintas de andar, bicicletas estáticas y banco con pedales). También se incluirá una zona pequeña que sirva como sala de fisioterapia para ofrecer sesiones de masaje o rehabilitación individual de los usuarios.

La distribución del recinto busca generar un espacio deportivo flexible e integrador que se adapte a las necesidades de cada usuario y que ofrezca alternativas para todas las posibles limitaciones que padezcan (Figura 2).

Figura 2. Planta de la propuesta ACTÍVATE.



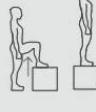
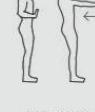
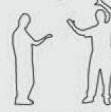
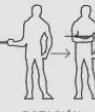
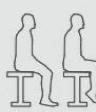
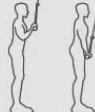
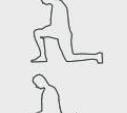
Fuente: Elaboración propia.

El alcance del proyecto abarca tanto el diseño del espacio y del material como las planificaciones semanales de ejercicios recomendados para los usuarios en función de sus edades y su grado de dependencia. Se estructura los distintos tipos de usuarios en tres grupos:

- Usuario A: persona sedentaria o con poca actividad en su día a día, con alguna molestia o limitación leve.
- Usuario B: persona con un grado de dependencia moderado, que pueda necesitar ayuda o apoyo en la realización de algunas tareas cotidianas.
- Usuario C: persona con un grado de dependencia mayor a los casos anteriores, cuyas limitaciones supongan un condicionamiento de su autonomía personal.

De esta forma, se proponen distintas combinaciones de ejercicios centrados en trabajar la fuerza, la resistencia o la flexibilidad y el equilibrio según cada tipo de usuario. Todas las actividades que se proponen en las rutinas podrán ser llevadas a cabo en el centro con el material disponible, tal y como se indica en el panel de ejemplo para el usuario B (Figura 3).

Figura 3. Rutina de ejercicio para un usuario con un ligero grado de dependencia para la propuesta ACTÍVATE.

RESUMEN RUTINA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
	RESISTENCIA	FUERZA (Tren inferior)	RESISTENCIA	FUERZA (Tren superior)	FLEXIBILIDAD / EQUILIBRIO
CALENTAMIENTO 10'	MOVILIDAD ARTICULAR	MOVILIDAD BICICLETA	MOVILIDAD ARTICULAR	MOVILIDAD BICICLETA	MOVILIDAD ARTICULAR
	 CAMINAR	 SUBIR Y BAJAR STEPS	 CAMINAR	 FLEXIONES DE PARED	 ELEVACIÓN DE BRAZOS Y PIERNAS
ENTRENAMIENTO 40' - 60'	 PASES DE BALÓN CON EL PIE	 PUENTE FEMORAL ISOMÉTRICO 15°	 PASES DE BALÓN CON EL PIE	 ELEVACIÓN DE HOMBRO	 ACTIVACIÓN DE CORE
	 PASES DE BALÓN CON LA MANO	 FLEXO - EXTENSIÓN CÚADRICEPS SENTADO	 PASES DE BALÓN CON LA MANO	 ROTACIÓN INTERNA DE HOMBRO	 EQUILIBRIO
	 BAILAR	 ELEVACIÓN DE RODILLAS	 BAILAR	 EXTENSIÓN DE TRÍCEPS	 FLEXIBILIDAD
	 BICICLETA	 LEVANTARSE Y SENTARSE	 BICICLETA	 CURL DE BICEPS AGARRE SUPINO	 DORSIFLEXIÓN
ESTIRAMIENTOS 5'	BAJAR EL RITMO	CAMINAR	BAJAR EL RITMO	CAMINAR	RELAJACIÓN

Fuente: Elaboración propia.

6. CONCLUSIONES

Este trabajo ofrece una visión integral y multidisciplinar del envejecimiento activo en el medio urbano, destacando la importancia de abordar las necesidades físicas, mentales y sociales de las personas mayores para promover un envejecimiento saludable y satisfactorio. Se espera que los hallazgos y recomendaciones de este estudio contribuyan al diseño y la implementación de políticas y programas de envejecimiento activo en la Comunidad de Madrid y el resto de España, fomentando la colaboración entre arquitectos, urbanistas, profesionales de la salud y trabajadores sociales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becerro, J. F. M., Frontera, W. & Santonja Gómez, R. (1995). *La salud y la actividad física en las personas mayores*. Vol. Tomo I. R. Santonja Gómez. Print.
- Baur, R., Egeler, R. & Silva, N. E. (2019). *Gimnasia, juego y deporte para mayores* (Tercera Edad). 1.a ed, Paidotribo.
- Denk, H. (2003). *Deporte para mayores: resultado de las investigaciones actuales. Aportaciones a la enseñanza y a la investigación en el deporte*. Paidotribo.
- Madrigal, L. M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista cúpula*, pp 4- 11.
- Salgado Alba, A. y González Montalvo, J. (1999). Centros de Día para personas mayores. Un esquema práctico sobre su funcionamiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34 (5), pp 298–304.
- Soldevila Benet, A. C. y March Llanes, J. (2002). Nivel de salud y autonomía en los Centros de Día para mayores. *Revista multidisciplinar de gerontología*, vol. 12, nº 1, pp 5-12.

ÍNDICE

- 1. Los cuidados de larga duración en Europa.**
- 2. El sistema de financiación de atención a la dependencia.**
- 3. Diferencias en la gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.**
- 4. Gestión de servicios de atención a la dependencia.**
- 5. Calidad de los cuidados de larga duración en España.**
- 6. Personalizar los apoyos y cuidados de larga duración.**
- 7. Necesidad de cambios en los cuidados de larga duración.**
- 8. La digitalización para el cuidado de las personas mayores.**
- 9. Retirar o reducir la medicación en pacientes mayores con varias enfermedades.**
- 10. Envejecimiento activo.**
Propuesta para retrasar la dependencia.

1. Los cuidados de larga duración en Europa.

Jozef Pacolet.

Universidad de Lovaina en Bélgica.

jozef.Pacolet@kuleuven.be

Los cuidados de larga duración
son una herramienta muy importante
en la actualidad para conseguir
que la sociedad esté más protegida.

Los servicios que ofrecen cuidados
de larga duración están cada vez
más desarrollados y tienen más reconocimiento.

Estos servicios son:
sistema de salud, asistencia social, seguridad
y servicios sociales.

En los distintos países de Europa los sistemas de cuidados de larga duración se desarrollan de forma diferente, dependiendo de la situación de cada país y el dinero y esfuerzo que invierten para ello.

Los países del norte de Europa son los más desarrollados en este sentido y los que más recursos invierten en ayudas sociales.

Los países del sur de Europa, en los que se incluye España, destinan menos recursos a cuidados de larga duración que los países del norte de Europa.

Sin embargo, tanto en el norte como en el sur de Europa los sistemas de cuidados de larga duración han evolucionado en los últimos años, a causa de la crisis vivida por la COVID-19.

Durante esta pandemia quedó claro que hacían falta nuevos sistemas de cuidados y renovar los que ya había para atender a distintos casos y situaciones.

Es decir, era necesario invertir más en sistemas y servicios de cuidados y conseguir una mayor coordinación entre estos sistemas y servicios.

Hoy en día, se sigue debatiendo sobre qué servicios y ayudas hay que incluir en los sistemas de cuidados de larga duración.

Además, de los gastos médicos y las ayudas sociales habría que incluir los cuidados informales que ofrecen familiares y personas cercanas a quienes los necesitan.

Se corre el peligro de excluir a parte de la población de los programas de cuidados si las personas tienen que pagar una gran parte de los servicios que necesitan o demostrar el dinero que tienen.

La solución para que esto no pase es contar con un sistema público de Seguridad Social y Servicios Sociales más fuerte.

Un sistema en el que las personas no tengan que pagar una gran cantidad de dinero para sentirse protegidas y recibir los cuidados y servicios que necesitan.

Además, el envejecimiento de la población en la Unión Europea supone que en los próximos años haya nuevas necesidades y demandas sociales. Cada país tendrá que adaptar sus programas y recursos siguiendo sus políticas sociales.

Aún así, se cree que en el año 2070 seguirá habiendo diferencias entre los recursos que cada país dedique al cuidado de la población. Unos dedicarán más que otros.

En el caso de España, se cree que el dinero público que se destine a políticas sociales crezca entre los años 2022 y 2070. Pero el crecimiento será menor que en los países del norte de Europa.

Teniendo en cuenta esta situación, la pregunta que nos debemos hacer es:

¿Podrán los países afrontar la situación de envejecimiento de la población y destinar los recursos y servicios necesarios?

La respuesta es que sí se puede. Pero para conseguirlo es importante saber cómo mejorar y adecuar los sistemas sociales y de cuidados a las necesidades de la población en cada momento.

En el caso de España, el reto de futuro entre el año 2030 y el año 2070 es tener la capacidad de hacer frente al gasto en pensiones, sanidad, cuidados y atención a la dependencia a población de más de 65 años.

Para conseguir este objetivo es necesario crear pactos de solidaridad entre personas de distintas generaciones, que se ayuden las unas a las otras.

Debemos avanzar hacia una Europa más social basada en buenos sistemas de protección y programas de cuidados de larga duración de calidad y sostenibles.

Algunas referencias europeas para el avance en los sistemas de cuidados de larga duración son:

- Pilar Europeo de Derechos Sociales, año 2017.
- Informe de Grupo Alto nivel de la Comisión Europea sobre el futuro de la protección social, año 2023.

2. El sistema de financiación de atención a la dependencia.

Julia Montserrat Codorniú.

Doctora en Economía . Universidad de Alicante.

jmontserratc@gmail.com

En el año 2006 se creó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

A través de esta ley se ofrecen servicios y ayudas a las personas que lo necesitan porque están en situación de dependencia.

Según marca la ley, estos servicios se pagan a través de:

- El dinero público que se consigue con los impuestos que paga la ciudadanía.

- Aportación que hace cada persona o familia que necesita estos servicios.

Es decir, las personas pagan en muchos casos una parte del dinero que cuesta el servicio que reciben.

Las comunidades autónomas son quienes gestionan todo el proceso.

Desde que una persona hace la solicitud de un servicio hasta que lo recibe.

Y también mientras lo mantiene.

Dinero público

El dinero público para prestar estos servicios se consigue de:

- Administración General del Estado.
que es la organización pública nacional
a través de la que el Gobierno central
crea políticas y presta servicios a todo el país.

- Gobierno de cada comunidad autónoma.

La cantidad de dinero que aporta la Administración General del Estado en cada caso, se distribuye en 3 niveles:

Nivel mínimo:

Cantidad fija de dinero que la Administración General del Estado da a cada Comunidad Autónoma. Esta cantidad de dinero depende del número de personas en situación de dependencia que hay en esa comunidad y el grado de dependencia que tiene cada una.

En la actualidad, a través de este sistema se concede menos dinero a las comunidades que ya destinan más recursos y dinero a los cuidados de las personas en su entorno familiar.

Nivel acordado:

Cantidad de dinero complementario que la Administración General del Estado da a cada Comunidad Autónoma dependiendo de los acuerdos que tiene con cada una de ellas.

El objetivo de este nivel es financiar otros gastos que también tienen que ver con los servicios que se ofrecen a las personas que los necesitan.

Por ejemplo, gastos relacionados con mejoras sociales para aumentar la calidad de vida de una persona.

Gasto adicional:

Dinero que aporta la Administración General del Estado para pagar la Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales que cuidan a otras personas en situación de dependencia.

Copago

Por otro lado, está la cantidad de dinero que paga cada persona para recibir el servicio o ayuda que necesita.

A esta cantidad de dinero se le llama copago.

Existe un acuerdo por el que todas las comunidades autónomas

deben seguir el mismo modelo de copago.

Es decir, pedir a las personas la misma cantidad de dinero por los mismos servicios viva en una comunidad o en otra.

Pero en la práctica, cada comunidad autónoma ofrece unas ayudas diferentes para pagar estos servicios o favorecer a algunos colectivos.

Esto ha llevado a que haya 17 modelos distintos de copago.

Un modelo diferente para cada una de las 17 comunidades autónomas de España.

También ha llevado a que no haya una información clara de cuánto tiene que pagar cada persona por el servicio que recibe.

Haciendo un balance del porcentaje de dinero que aporta cada parte para financiar los servicios y ayudas se ha comprobado que:

La Administración General del Estado contribuye con un 26 por ciento del gasto.

Y las personas usuarias contribuyen con un 22 por ciento total del gasto, a través del copago.

El resto del dinero lo aporta cada comunidad autónoma.

De estos datos se deduce que las comunidades autónomas tienen que pagar la mitad de cada servicio y ayuda.

Y que la Administración General del Estado aporta poco dinero en comparación a lo que tiene que pagar cada persona.

El envejecimiento de la población
va a llevar a que en los próximos años
este gasto tenga que ser cada vez mayor.

3. Diferencias en la gestión del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Vicente Mabán Gallego.

Universidad de Alcalá.

vicente.marban@uah.es

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia del año 2006 es un derecho básico para todo el Estado Español.

Pero la gestión de los servicios relacionados con esta ley se hace a través de los Servicios Sociales de cada comunidad autónoma.

Se trata de un sistema complicado de analizar porque para llevarlo a cabo intervienen muchas entidades y organismos.

Las principales entidades y organismos son:
administraciones públicas, entidades sociales,
entidades del tercer sector, empresas,
personas que necesitan los servicios
y personas cuidadoras.

El tercer sector son entidades privadas
que prestan servicios a las personas.
Por ejemplo, asociaciones y fundaciones.

Este artículo se centra en reflexionar
sobre qué responsabilidad debe tener
la Administración Pública en el cuidado
de las personas en situación de dependencia.

Para tratar este tema nos hacemos
3 preguntas fundamentales:

1. ¿Por qué se eligió el modelo que tenemos en la actualidad para gestionar el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia?

Este modelo se formó a través del acuerdo entre distintas administraciones y entidades sociales.

El resultado fue la creación de un sistema de cuidados de larga duración que está dentro de Servicios Sociales y sigue las pautas de otros modelos de cuidados europeos.

Los principales logros que se han conseguido a través de este modelo son:

- Acuerdos entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas.

- Acuerdo social entre empresas, sindicatos y Gobierno, en el año 2005.
- Publicación del Libro Blanco de la Dependencia, en el año 2005.

Libro blanco es un documento público
creado por el Gobierno que trata
sobre un tema de interés para la ciudadanía.

2. ¿Nuestro sistema de cuidados es distinto
a otros sistemas de cuidados de larga duración
de Europa?

- Nuestro sistema de cuidados es similar
al de muchos países de Europa.

La estructura que siguen estos sistemas de cuidados
es la siguiente:

- La Administración General del Estado es quien marca cuales son las condiciones básicas del sistema de cuidados en todo el Estado. Así, todas las personas tendrán los mismos derechos a recibir cuidados, sin importar la comunidad en la que viven.

- Las comunidades autónomas son quienes se encargan de la gestión de todos los servicios.

Es decir, las comunidades autónomas reciben las solicitudes, valoran el grado de dependencia de cada persona, conceden los servicios y ayudas y coordinan las acciones para que cada persona reciba los servicios y ayudas que necesita.

- La Administración General del Estado y las comunidades autónomas coordinan todo el sistema a través

del Consejo Territorial de Servicios Sociales
y del Sistema para la Autonomía
y Atención a la Dependencia.

En este sistema se decide qué servicios
y ayuda económica debe recibir cada persona.
También se decide qué cantidad de dinero
tiene que pagar una persona para recibir
los servicios que necesita.

3. ¿Qué retos de futuro se plantea
nuestro sistema de cuidados de larga duración?

Los retos que se plantea conseguir son:

- Igualdad de oportunidades para que todas las personas que lo necesiten tengan acceso a los cuidados de larga duración, sin importar sus condiciones sociales, económicas o el lugar en el que viven.

- Adaptación de los servicios y ayudas a las necesidades y circunstancias de cada persona.
 - Derecho de las personas en situación de dependencia y de sus familias a recibir la prestación más adecuada.
- Para conseguirlo, es importante contar con la figura de gestor o gestora de casos. Esta persona orienta y ayuda a quienes lo necesiten.
- Mejorar la coordinación y cooperación social y sanitaria entre los organismos de la Administración.
 - Conseguir que todas las comunidades autónomas ofrezcan las mismas oportunidades de cuidados para que no haya diferencia entre los servicios de distintas comunidades.

Hoy en día, hay diferencias entre comunidades en aspectos tan importantes como: cantidad y calidad de los servicios que ofrecen, dinero que tiene que pagar cada persona y tiempo de espera para recibir los servicios.

4. Gestión de servicios de atención a la dependencia.

Pablo Ruiz Valor.

Director de Operaciones en CASER Residencial.

prubio@caseresidencial.es

El Sistema de Servicios de Atención
a la Dependencia en nuestro país
necesita más coordinación
entre los servicios sanitarios y sociales
que ofrece.

La falta de coordinación actual
entre estos servicios hace que sea más difícil
llegar a ellos, que la atención que reciben
las personas sea de peor calidad
y no se atiendan sus necesidades específicas.

Dentro de cada servicio también hay descoordinación interna que afecta al trato a las personas.

En Servicios Sociales, en muchas ocasiones no hay coordinación entre servicios fundamentales como: teleasistencia, ayuda a domicilio o rehabilitación, aunque esos servicios los reciba la misma persona.

Además, todos estos problemas de coordinación los tienen que sufrir la persona y su familia en momentos difíciles, en los que están peor de salud y se encuentran en estado de dependencia, por algún motivo.

Otro problema con el que se encuentran estas personas y familias, en un principio, es cómo pagar los servicios y ayudas que necesitan. No saben si lo pueden hacer a través de ayudas públicas, privadas o tienen que pagar con sus ahorros familiares.

Para solucionar todos estos inconvenientes haría falta una mayor coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.

Con más coordinación se podría colocar a la persona en el centro del sistema.

Así se ofrecería a cada persona el servicio que necesitara en cada momento y se le daría acceso a las ayudas públicas, seguros y otras prestaciones que más se ajustaran a su situación.

Las empresas y entidades que ofrecen servicios relacionados con el cuidado de personas deben crear alianzas con otras entidades e instituciones para mejorar la vida de las personas en situación de dependencia y la de sus familias.

Caser residencial

En Caser residencial sabemos que estas alianzas son necesarias para mejorar nuestros servicios. Por ello, trabajamos con empresas, administraciones, entidades públicas y privadas relacionadas con el ámbito de Servicios Sociales.

Esto nos permite ofrecer cada vez más servicios que dan respuestas y soluciones concretas a las personas en cada momento.

También asesoramos a las personas en situación de dependencia y a sus familias sobre la mejor forma de pagar los servicios que necesitan y sobre cómo acceder a una residencia.

Contamos con nuevos seguros para ofrecer más servicios de cuidados a domicilio y damos la oportunidad de pagar los gastos a través de la hipoteca inversa.

La hipoteca inversa es un sistema a través del cual el banco paga a una persona mayor por su casa y cuando esa persona muere sus herederos pueden decidir devolverle al banco el dinero o dejar que el banco se quede con la casa.

Tenemos el reto de innovar en tecnología para conseguir que tanto personas usuarias como profesionales se puedan comunicar mejor y gestionar los servicios a través de la tecnología.

También nos esforzamos en conseguir la mejor forma de tratar los datos de las personas para ofrecer una información clara compartida y con los recursos necesarios.

Pero respetando la privacidad e intimidad de cada persona.

Para todo esto es necesario un esfuerzo extra de coordinación con otras entidades como: empresas tecnológica y universidades.

5. Calidad de los cuidados de larga duración en España.

Joseba Zalakain.

Servicio de información e investigación Social (SIS)

Fundación Eguia Careaga.

jzalakain@siis.net.

La calidad de los cuidados
de larga duración en España
depende de 3 factores:

- a) Cumplir los requisitos mínimos obligatorios para prestar este tipo de servicios y tener la autorización de la Administración para comenzar la actividad.

- b) Pasar los controles necesarios, a través de inspecciones para asegurar que se cumplen los requisitos.

c) Hacer una evaluación de los resultados y de la atención que se ha prestado.

Los criterios para evaluar la calidad de los centros y servicios y poder hacer mejoras los marca el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Este Consejo también se encarga de elaborar guías de buenas prácticas y cartas de servicios.

La carta de servicios es un documento que crea una entidad para informar a la ciudadanía de los servicios que ofrece.

En el año 2022 se revisaron y mejoraron los modelos de evaluación que miden la calidad de los centros y servicios de atención a la dependencia en España.

El problema es que a pesar de que hay unas normas generales a nivel nacional, la gestión de los servicios sociales relacionados con los cuidados de larga duración corresponde a cada comunidad autónoma.

La acreditación de los servicios es el elemento básico para comprobar la calidad de los cuidados de larga duración.

La acreditación es el proceso de evaluación que pasan los servicios para asegurar que cumplen los requisitos y siguen las normas de calidad necesarias.

Esto es debido a que en la fase de acreditación es cuando se comprueba que el servicio cumple los requisitos necesarios.

Y que estos requisitos son comunes para todos los servicios de cuidados del Estado español.

El último informe de evaluación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia del año 2022 da los siguientes resultados:

• Los servicios y prestaciones del Sistema español de atención a la dependencia no cubren las necesidades de las personas en situación de dependencia.

• Este sistema no ha desarrollado de forma suficiente los mecanismos de gestión y evaluación para dar una atención de calidad.

• No hay servicios suficientes para atender las necesidades y peticiones de todas las personas en situación de dependencia.

• La calidad de los servicios en hogares y residencias se puede mejorar.

- Faltan más mecanismos para acreditar la calidad de los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Se han creado pocas guías de buenas prácticas sobre atención a la dependencia y cuidados de larga duración.
- Hay pocos recursos y servicios para llevar un control y evaluar los servicios.

Los cambios que se han producido a partir del año 2022 por la revisión y mejora del sistema de cuidados de larga duración llevan a la conclusión de que hay que plantearse los siguientes objetivos:

• Crear un concepto común de calidad para todos los servicios que se ofrecen a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

• Desarrollar mecanismos de evaluación que permitan medir cómo cumplen los centros y servicios los criterios de calidad y plantear planes de mejora.

• Crear sistemas para publicar los datos e indicadores de cada centro y servicio y los informes de evaluación.

• Crear sistemas que permitan conocer el grado de bienestar personal y calidad de vida de las personas usuarias que reciben cuidados de larga duración.

Para hacer estas actuaciones hay que buscar el acuerdo entre todas las entidades involucradas en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

En especial, hay que buscar el acuerdo entre todas las comunidades autónomas.

6. Personalizar los apoyos y cuidados de larga duración.

Pilar Rodríguez Rodríguez.

Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

prodriuez@fundacionpilares.org

Existe la necesidad de cambiar el modelo de apoyos y cuidados de larga duración a nivel mundial.

La crisis provocada por la pandemia COVID-19 dejó ver que hay que cambiar el sistema y colocar a las personas en el centro de las intervenciones.

A muchas personas se les negó el acceso a servicios de salud y solo les quedó la alternativa de quedarse encerradas.

Lo cual fue muy perjudicial para su salud
y la de sus familias.

Este hecho hizo más visible los fallos
en nuestras políticas de cuidados
y se vio la necesidad de hacer cambios en ellas.

Es fundamental escuchar las necesidades
y deseos de las personas que necesitan cuidados
antes de tomar decisiones
que les afectan directamente.

También hay que tener en cuenta
que los sistemas de cuidados no afectan solo
a las personas que los necesitan.

También afecta a sus familias,
a las comunidades en las que viven
y a las personas profesionales de la atención
social y sanitaria.

Muchos estudios han demostrado que los modelos de atención tradicionales no son eficaces.

Las organizaciones internacionales reconocen los beneficios que supondría crear un modelo basado en una atención total hacia la persona.

Un modelo en el que se tengan en cuenta las posibilidades con las que cuentan los servicios de apoyo y cuidado para ofrecer una atención continuada y adaptada a cada persona.

Es decir, conseguir un modelo de cuidados y atención centrado en la persona.

En este sentido, la Comisión Europea aprobó en el año 2022 la Estrategia Europea de Cuidados, cuyo objetivo es pedir a los gobiernos que trabajen con 2 objetivos:

- Asegurar unos servicios de asistencia accesibles y de calidad.

En particular, conseguir que estos servicios incluyan la participación de la comunidad y los apoyos para que la persona pueda seguir en su hogar el mayor tiempo posible.

- Mejorar las condiciones de trabajo y de vida de quienes se dedican a los cuidados de forma profesional y de las familias cuidadoras.

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la incorporación de nuevos servicios que ponen a la persona en el centro de todo han sido pasos necesarios para mejorar los servicios.

Otros métodos que se están implantando y favorecen el avance del modelo de cuidados actual son la intervención de la comunidad y las nuevas maneras de gestionar los casos.

De esta forma se consigue acercarse más a las personas que lo necesitan y escucharles para crear con ellas un plan de atención y de apoyo adecuado a sus proyectos de vida y sus necesidades.

También se consigue de esta manera usar mejor los servicios y apoyos necesarios, sean públicos o privados.

Habría que controlar que las ayudas económicas que se conceden para los servicios son suficientes para pagar los gastos de ese servicio.

También habría que crear un servicio de acompañamiento para orientar a las personas que lo necesiten sobre aspectos económicos.

Es muy importante, además, apoyar más a las familias y mejorar la formación y condiciones laborales de las mujeres cuidadoras en los cuidados de larga duración.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las veces estos cuidados recaen sobre las mujeres.

Por lo que hay que poner una atención especial en mejorar sus condiciones.

7. Necesidad de cambios en los cuidados de larga duración.

Dolors Comas d'Argemir.

Catedrática emérita de antropología social y cultural
Universidad Rovira i Virgili.

dolors.comasdargemir@urv.cat

Uno de los retos más importantes
que debe afrontar la sociedad del siglo 21
es el cuidado de las personas mayores.

Las personas cada vez vivimos más tiempo.
Por lo tanto, cada vez van a hacer falta
más cuidados y durante más tiempo.

Sin embargo, la pandemia COVID-19
ha demostrado que el modelo de cuidados
en España es insuficiente, insatisfactorio e injusto.

¿Por qué es insuficiente?

Porque las políticas sociales públicas
relacionadas con este tema son débiles.

En el año 2006 se aprobó la Ley de Autonomía
Personal y Atención a la Dependencia.

Pero esta ley ha sido difícil de aplicar
en muchos casos.

Además, ha contado con menos dinero
del que se previó en un principio.

Las familias han tenido que asumir
la mayor parte de los cuidados
y han tenido dificultades para resolver
los problemas que se presentaban en el día a día.

¿Por qué es insatisfactorio?

Porque obliga a las personas a tener
que ingresar en una residencia
en vez de prestarles los apoyos necesarios
para que puedan seguir en su hogar.

Muchas de las personas que viven
en una residencia lo hacen
porque no se les ha ofrecido otra oportunidad.

¿Por qué es injusto?

Porque la mayoría de los cuidados
los tienen que dar las mujeres,
de forma obligatoria.

Esto provoca un empobrecimiento de las mujeres porque tienen que dejar sus trabajos o dedicarle menos horas.

Además, las personas que tienen más necesidades de cuidados o están en peor situación reciben cuidados de peor calidad y tienen menos acceso a los servicios.

Por todos estos motivos necesitamos un cambio en la organización del modelo de cuidados.

Hacer este cambio es el objetivo de la Estrategia Europea de Cuidados y de la Estrategia de Desinstitucionalización creada por el Gobierno español.

Para conseguir un sistema de cuidados justo y equilibrado hay que tener en cuenta los siguientes conceptos y aplicarlos:

Los cuidados no son solo un asunto familiar

Deben ser algo en lo que se pueda implicar toda la comunidad y afecte tanto a mujeres como a hombres.

Es más, el cuidado debe ser un derecho.

Cada cual debemos tener los cuidados y apoyos que necesitemos, sin importar si tenemos familia cerca o no.

Esto no quiere decir que la familia se tenga que desentender de la persona que necesita cuidados.

Pero cada familia debe recibir

los apoyos que necesite.

En este sentido, las familias deberían poder elegir en qué medida pueden y quieren cuidar a su familiar. Para eso hace falta más profesionales de los cuidados y más compromiso de la Administración Pública.

Los cuidados no son solo cosa de mujeres

Hay que repartir los cuidados entre mujeres y hombre por varios motivos:

- Avanzar hacia la igualdad de responsabilidades para los 2 géneros.

- Cada vez hay más personas que necesitan apoyos y cuidados.

Por lo tanto, hacen falta más personas cuidadoras.

Son las mujeres quienes siguen encargándose de los cuidados de personas que necesitan apoyos, en la mayoría de las ocasiones.

Lo mismo ocurre entre las cuidadoras profesionales, ya que el 90 por ciento de personas que se dedican al cuidado profesional de otras personas son mujeres.

Tendría que haber más formación y mejores salidas laborales para que este trabajo resultase atractivo y más personas quisieran dedicarse a él.

Como conclusión, para renovar y mejorar los cuidados hace falta un pacto de Estado general. Un cambio social y político que de valor a lo que es importante de verdad, para cuidar y ser cuidado en condiciones.

8. La digitalización para el cuidado de las personas mayores.

David Villaverde Benito.

Director de Transformación e Innovación de ILUNION VidaSenior.

dvillaverde@ilunion.com

La digitalización es el proceso de convertir información en códigos que las máquinas puedan entender.

En la actualidad, la digitalización está en casi todo lo que nos rodea.

Puede cambiar la forma de hacer cosas como: aprender, divertirnos, trabajar o comunicarnos.

También puede cambiar la forma de cuidar a las personas mayores.

Pero la digitalización tiene algunos retos que hay que tener en cuenta.

En este artículo explicamos los beneficios y dificultades que tiene la digitalización para el cuidado de personas mayores.

¿Para qué sirve la digitalización en los cuidados?

Para mejorar el cuidado de las personas mayores, tanto en sus casas como en las residencias.

Los motivos por los que la digitalización puede mejorar los cuidados son los siguientes:

- Se puede adaptar a las necesidades, gustos y objetivos de cada persona mayor.
- Puede detectar sus problemas de salud antes de que aparezcan y prevenirlos.

- Puede facilitar la comunicación y la coordinación entre las personas mayores, los profesionales, los familiares y las entidades que cuidan a las personas.

- Puede hacer más simple los trámites y los procesos administrativos.

¿Qué beneficios tiene la digitalización para el cuidado de personas mayores?

- Las personas mayores pueden acceder a los servicios desde cualquier lugar y en cualquier momento, sin desplazarse ni esperar.

Por ejemplo, la telemedicina y la teleasistencia permiten que las personas mayores consulten a los profesionales, reciban atención o hagan actividades a distancia.

- Los servicios para personas mayores pueden ser más adecuados y seguros.

Por ejemplo, los dispositivos inteligentes pueden recoger y analizar la información de las personas mayores y ofrecerles servicios y actividades que mejoren su salud y bienestar.

- Los servicios de cuidados pueden ser más baratos y duraderos.

Por ejemplo, la inteligencia artificial o Internet pueden ayudar a gestionar, planificar, evaluar e innovar los procesos, los servicios y los productos más útiles para la persona.

También puede descubrir necesidades y oportunidades para gastar solo en el servicio que la persona necesita.

- Las personas mayores pueden ser más independientes y participar más de su propio cuidado.

Por ejemplo, las aplicaciones móviles, los asistentes virtuales o los robots pueden informar, orientar, entretener, hacer compañía a las personas mayores y ayudar a que se relacionen con su entorno.

- Las personas mayores se pueden sentir mejor y ser más felices.

Por ejemplo, la realidad virtual, la realidad aumentada o la música digital pueden ofrecer experiencias, sensaciones o recuerdos positivos a las personas mayores. Esto ayudará a potenciar sus capacidades.

Ejemplos de digitalización para personas mayores

Hay muchas tecnologías que se pueden usar para el cuidado de personas mayores.

Por ejemplo:

- La tecnología del Internet de las cosas.

Consiste en conectar a Internet objetos de la vida diaria para que se comuniquen entre si y con la persona que los usa.

Por ejemplo, casas en las que se puede encender la luz o poner la calefacción solo con moverse o hablar a una máquina.

- Pulseras inteligentes.

Dispositivos que se ponen en la muñeca y pueden decir a qué ritmo va al corazón de una persona, qué temperatura tiene o cuánto oxígeno hay en su cuerpo.

- La tecnología radar.

Dispositivo que puede detectar los movimientos y posturas de las personas a través de ondas.

Así puede saber si la persona se cae o se hace daño y avisa a sus familiares o a los servicios médicos de urgencias.

- **Telemedicina.**

Dispositivos y aplicaciones que permiten enviar datos e información médica a distancia.

La telemedicina permite hacer un seguimiento médico de las personas con enfermedades sin que la persona tenga que ir al centro de salud o al hospital.

También permite que los doctores puedan seguir mejor los síntomas y tratamiento de estas personas, descubrir a tiempo complicaciones y mejorar su calidad de vida.

- **Herramientas de geolocalización.**

Tecnología que ayuda a localizar las rutas que siguen los servicios de cuidado a domicilio.

- Asistentes virtuales.

Sistemas informáticos que pueden relacionarse con una persona a través de la voz o escribiendo.

Estos sistemas se pueden meter dentro de otros objetos como: altavoces inteligentes, teléfonos móviles o pequeños robots.

Pueden informar a la persona sobre algo, darle apoyo, entretenérle o hacerle compañía.

- Herramientas de procesamiento de lenguaje natural.

Aparatos tecnológicos que permiten analizar conversaciones entre personas mayores y sus cuidadores.

Son útiles para descubrir cuál es el estado emocional de las personas, sus necesidades, intereses y dudas.

- Herramientas de analítica avanzada de datos y generación de cuadros de mando.

Tecnología que permite ver, seguir y explorar los datos que se recogen sobre el cuidado de personas mayores.

Ayudan a detectar cambios, problemas o situaciones de las personas mayores que es necesario analizar.

- Inteligencia Artificial.

Es la capacidad que tienen algunos dispositivos para crear información nueva a partir de unos datos, imágenes, textos, sonidos o videos que ya existen.

De esta forma, se pueden crear aplicaciones para entretener o activar la memoria y la creatividad de personas mayores. También puede reproducir voces o caras que les resulten agradables.

¿Cuáles son los retos de la digitalización para el cuidado de las personas mayores?

Los retos principales que se debe plantear y superar la digitalización para el cuidado de personas mayores son:

- Muchas personas mayores no saben usar la tecnología.

Por ejemplo, tienen problemas para usar Internet o el móvil.

Hay que enseñarles a usar estas tecnologías y adaptarlas a sus necesidades, preferencias y capacidades.

- Las tecnologías digitales pueden ser caras y difíciles de mantener y actualizar.

Además, personas usuarias y profesionales pueden necesitar formación para usarlas.

Por eso, las financiaciones públicas y privadas deben tener esto en cuenta y aportar dinero para ofrecer tecnologías digitales en sus servicios.

- Las tecnologías digitales deben ser compatibles entre sí y también con otros sistemas que prestan servicios de cuidados a mayores.

Además, el uso de estas tecnologías debe seguir unas normas y tener en cuenta las necesidades y preferencias de personas mayores y profesionales.

- Los sistemas y aparatos tecnológicos deben asegurar la protección de los datos, las comunicaciones y los sistemas frente a posibles ataques informáticos.

Esto es necesario para conseguir unos sistemas informáticos de confianza y calidad que ayuden a prestar buenos servicios de cuidados a las personas mayores.

- La tecnología que se usa para el cuidado de personas mayores debe seguir todas las normas éticas y de responsabilidad moral para asegurar el respeto hacia estas personas y su bienestar.

- Quienes crean sistemas tecnológicos deben tener en cuenta las necesidades, preferencias y características de las personas mayores y los recursos disponibles para usar estas tecnologías.

La información que deben recibir las personas mayores sobre el uso, beneficios y riesgos de los aparatos tecnológicos debe ser clara, completa y verdadera.

Para conseguir todos estos objetivos y aprovechar los beneficios que ofrece la tecnología hay que poner a las personas mayores en el centro del proceso de transformación digital.

También es necesario contar con la participación de todas las entidades y sectores implicados en el cuidado de personas mayores.

9. Retirar o reducir la medicación en pacientes mayores con varias enfermedades.

Marta Mejías Trueba.

Departamento de Farmacia, Enfermedades Infecciosas,

Microbiología y Parasitología.

Grupo de investigación de Enfermedades Infecciosas.

Instituto de Biomedicina de Sevilla.

martamejiastrueba@hotmail.com

El envejecimiento de la población
y los avances de la medicina
han llevado a que las personas
con enfermedades crónicas y largas
vivan más tiempo.

Estos pacientes necesitan muchos
recursos sanitarios, ingresan con frecuencia
en hospitales, son más dependientes
y tienen peor calidad de vida.

Además, suelen ser pacientes que toman muchas medicinas. Algunas veces, estas medicinas les provocan efectos secundarios perjudiciales. Esto hace que les resulte más difícil seguir los tratamientos.

Uno de los motivos principales es que en ocasiones, algunos de los medicamentos que toman estas personas no son los adecuados o son innecesarios en ese caso.

Algunas de las consecuencias que sufren debido a los tratamientos que reciben son: deterioro cognitivo, fragilidad y distintos síndromes.

Deterioro cognitivo es la dificultades para pensar, aprender, recordar y tomar decisiones.

Como consecuencia, esos medicamentos

provocan más riesgos que beneficios.

Afectan a la seguridad de los pacientes

y provocan reacciones negativas

que se podrían haber prevenido.

Para evitar que esto ocurra

se debe tratar a cada paciente

de forma individual y teniendo en cuenta

qué necesita y en qué momento.

El papel del farmacéutico dentro del equipo

es fundamental, ya que es quien revisa

los medicamentos.

Revisar los medicamentos de forma continua

y dar a cada persona solo los que necesita

puede hacer que se reduzcan los riesgos y enfermedades.

Por ese motivo, se han creado varias estrategias que intentan buscar la mejor manera de reducir la cantidad de medicación que toman los pacientes, de forma segura y controlada.

Una de estas estrategias sigue los criterios que marca una herramienta llamada LESS-CHRON. El objetivo de esta herramienta es investigar la posibilidad de reducir la medicación en pacientes mayores, con varias enfermedades y que toman muchos medicamentos.

A continuación, se presenta una tesis doctoral que analiza los beneficios de la herramienta LESS-CHRON.

El desarrollo de esta tesis se ha dividido en 3 fases:

Primera fase

Revisión de otras herramientas que ya existen para reducir o retirar la medicación en pacientes mayores que toman varios medicamentos.

Quedó claro que hay diversas herramientas que tratan este tema.

Se analizaron sus características y sus similitudes y diferencias con la herramienta LESS-CHRON.

Segunda fase

Aplicación real de la herramienta LESS-CHRON. Se analizó la aceptación de la herramienta por parte de los médicos y de los pacientes.

Como resultado, un 76,7 de los pacientes aceptaron reducir o retirar su medicación siguiendo los criterios de esta herramienta.

Además, el proyecto tuvo éxito y se logró reducir en más de un 6 por ciento la cantidad de medicación que tomaban los pacientes.

Tercera fase

Se comprobó que había barreras a la hora de llevar a cabo este proceso.

Para saber cuáles eran esas barreras se tradujo al castellano un cuestionario que ya existía sobre este tema y se adaptó a las necesidades y características del proyecto.

Este cuestionario se envió a profesionales sanitarios para que lo completaran.

En conclusión, el proyecto ha demostrado que la herramienta LESS-CHRON es válida como estrategia para conseguir reducir la medicación en pacientes mayores, con varias enfermedades.

Aunque también se han detectado barreras que hay que eliminar para mejorar el proceso.

Este trabajo también demuestra que hay que hacer estudios más grandes, en los que participen más personas y con más tiempo de seguimiento para conseguir mejores resultados y responder a más preguntas.

10. Envejecimiento activo. Propuesta para retrasar la dependencia.

Cristina Sorribes Fernández del Río.

Graduada en Arquitectura.

Máster Habilitante en Arquitectura y Máster en Real Estate.

crissofer@gmail.com

Las personas cada vez vivimos más tiempo
gracias a los avances de la medicina
y a que tenemos mejores condiciones
de vida que hace años.

Para afrontar esta nueva situación
se ha creado el concepto
de envejecimiento activo.

El objetivo del envejecimiento activo es mejorar la calidad de vida de las personas mayores y conseguir que formen parte de la comunidad de forma activa.

El envejecimiento activo se basa en 3 áreas principales:

- Hacer ejercicio físico.
- Desarrollar las capacidades mentales.
- Participar en la vida social de la comunidad.

En este trabajo se proponen estrategias para impulsar el envejecimiento activo y retrasar lo más posible que las personas mayores sean dependientes.

En un estudio que se ha hecho en centros de día de la Comunidad de Madrid se ha confirmado que solo el 3,4 por ciento de la población puede acceder a una residencia.

Y solo un 1,24 por ciento puede acceder a un centro de día.

Proponemos a continuación distintas acciones que se pueden hacer para mejorar las 3 áreas principales en el desarrollo de las personas mayores:

Desarrollo funcional

Este tipo de desarrollo está formado por todo tipo de actividades que incluyan el movimiento de las distintas partes del cuerpo.

Esto se consigue haciendo alguna actividad física de forma constante.

Algunas de las actividades más recomendadas para conseguir el desarrollo funcional y promover el movimiento en personas mayores son: andar, nadar y bailar.

Desarrollo cognitivo

Se consigue a través de las actividades mentales que hacemos las personas al desarrollarnos con otras personas y con el entorno que nos rodea.

Así, se mantienen en forma funciones tan importantes como: orientación, lenguaje, atención, memoria y cálculo.

Para trabajar estas áreas se pueden hacer actividades individuales o grupales, con las personas mayores.

Estímulo social

Se consigue a través del contacto y relaciones con otras personas.

En ocasiones, la jubilación hace que las personas tengan menos relaciones sociales y se sientan solas.

Fomentar el estímulo social puede mejorar este problema haciendo que las personas no se sientan solas.

Para ello, hay que crear programas que promuevan que las personas mayores se relacionen y se sientan parte de un grupo.

Así se sentirán mejor y tendrán más calidad de vida.

Después de visitar 6 centros para personas mayores en Madrid se ha visto que sus instalaciones no están preparadas para hacer ejercicio físico de calidad ni adaptadas a las necesidades de las personas mayores.

Por ello, se plantea la creación de un espacio para cubrir esa necesidad.

El nombre del espacio es ACTÍVATE.

Dentro de este espacio se podrán encontrar

3 zonas diferentes:

- Zona con máquinas, similar a la de un gimnasio, pero adaptada a las características y necesidades de personas mayores.

Por ejemplo, con bancos camilla, asientos más grandes de lo habitual y barras para apoyarse.

- Sala grande, vacía, con espejos y con material deportivo individual.

Por ejemplo, esterillas, gomas, picas, pelotas y pesas ligeras.

- Zona con máquinas y aparatos para hacer ejercicios que ayudan al buen funcionamiento del corazón.

Por ejemplo, bicicletas estáticas, cintas para andar y bancos con pedales.

También habrá una zona de fisioterapia para ofrecer masajes y rehabilitación individual a las personas mayores.

A las personas usuarias se les puede dividir en 3 tipos:

- Tipo A.

Personas que hacen poca actividad física en su día a día y que tienen alguna molestia leve.

- Tipo B.

Personas con algo de dependencia,
que necesitan ayuda para hacer
algunas actividades de la vida diaria.

- Tipo C.

Personas con más grado de dependencia
y más limitaciones para ser autónomas.





FUNDACIÓN CASER
Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid
Tel.: 91 214 65 69
email: fcaser@fundacioncaser.org
web: www.fundacioncaser.es