

LA ATENCION COMUNITARIA A MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA

**CENTROS DE DIA Y SERVICIOS DE
ESTANCIAS DIURNAS**

Fernando Almodóvar Pérez
Servicio de Programas de Atención a Mayores
Dirección General de Atención a Personas Mayores y con
Discapacidad

EVOLUCION DE LOS SERVICIOS ATENCION A MAYORES DEPENDIENTES: Resumen de Tendencias

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia (Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

Años 70

Primer estudio sociológico español sobre la vejez, el Informe GAUR (1975).

(Detallado análisis sobre las condiciones de vida de los jubilados españoles:

Residencias: Unico recurso de atención)

Primer intento de planificación a través de la aprobación del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos (Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971)

(Dirigido casi en exclusiva a los pensionistas de la Seguridad Social desarrollo de recursos a través de dos modalidades:

- La Acción directa de la Seguridad Social, para la puesta en funcionamiento de «ayuda a domicilio», clubes, Residencias, sanatorios geriátricos de rehabilitación y Residencias asistidas.
- La Acción concertada para promover la creación de unidades geriátricas por entidades públicas o privadas con el fin de extender por todo el territorio nacional una red de asistencia gerontológica.)

Años 80

I Asamblea Mundial del Envejecimiento (1982)

Generalización en el sistema de pensiones y en el acceso al sistema sanitario.

Proceso relativamente rápido de formulación/ implantación de un sistema público de servicios sociales.

EUROPA desarrollada: “batalla de la desinstitucionalización” (Townsend, 1962; Tibbitts, 1960).

ESPAÑA: “época dorada” de construcción de Residencias de gran capacidad, destinadas a personas que se valían por sí mismas y que sufrían múltiples carencias socioeconómicas. Se trataba de instalaciones hoteleras de calidad dependientes del sistema publico y presididas por el objetivo de «dar a *nuestros mayores* lo que nunca tuvieron en su época de duro trabajo». El principio conceptual de partida podría resumirse así: «ellos ya trabajaron

suficientemente, ahora les toca descansar: nosotros se lo daremos todo hecho».

(Principios basados en la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961).

Desde finales años 80

ESPAÑA: Comienzan a tomar fuerza los planteamientos que defienden las ventajas de ofrecer atención a las personas en su medio habitual (enfoques comunitaristas ampliamente teorizados y conceptualizados en otros países de Europa)

El centro de atención se traslada, desde las Residencias, a los servicios comunitarios.

Protagonismo de las familias: responsabilidad principal en los cuidados y atenciones que precisan los mayores o cualquier otra persona que en algún momento de su vida necesita ayuda.

La intervención social se organiza en torno a la noción de «ayuda», con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos, es decir, su autonomía, apoyando así sus esfuerzos por permanecer en su medio habitual de vida

El primer Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento (Naciones Unidas, 1982) adopta un enfoque comunitarista.

Años 90

Momento de auge de la planificación gerontológica

ESPAÑA: Plan Gerontológico (INSERSO, 1993): En preparación desde 1988.

Carácter integral

Estructuración en cinco áreas de actuación (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación) sistematizadas en líneas de actuación, objetivos y medidas.

Sistematización de las bases de un modelo público de servicios sociales de inspiración comunitaria. El lema «envejecer en casa», difundido ampliamente por organismos internacionales como la OCDE (1996), por primera vez protagonizaba el diseño de nuestra política social.

OTRAS INNOVACIONES

Establecimiento de índices de cobertura de servicios sociales a lograr en una década (posibilitando así la comparabilidad con otros países y modelos de atención)

Planificación del desarrollo de servicios inexistentes en nuestro país hasta ese momento:

Centros de Día, estancias temporales en Residencias, sistemas alternativos de alojamiento.

Se explicitan actuaciones de coordinación sociosanitaria (prácticamente desconocidas en el sector si exceptuamos el programa Vida als Anys (1986) y la iniciativa del Servicio de Geriatría de Cruz Roja en Madrid a través de SAGECO (1984), ambas lideradas desde el sector sanitario).

Perspectiva de género y atención a necesidades de los cuidadores familiares (ninguna iniciativa o investigación sobre el sistema de apoyo informal)

LAS SITUACIONES NUEVAS Y LOS NUEVOS RETOS EN EL SECTOR DE POBLACIÓN MAYOR

(Plan de Acción para Personas Mayores 2003-2007)

En diversas fuentes de información, se destacan y valoran situaciones problemáticas de la población mayor. Sin tratar de hacer una lista exhaustiva de nuevas situaciones problemáticas y nuevos retos existentes en el sector de población mayor, se relacionan los siguientes:

- La acentuación de la dependencia de las personas mayores.
- La importante extensión de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Los cambios en las relaciones familiares.
- La deficitaria coordinación entre el sistema sanitario y el de servicios sociales.
- El insuficiente apoyo a las familias cuidadoras.
- El escaso aprovechamiento de la iniciativa social.
- El fenómeno creciente de la inseguridad ciudadana que afecta muy particularmente a las personas mayores más vulnerables, por su situación de soledad o aislamiento social.
- Los desequilibrios interterritoriales todavía existentes en el Estado de Autonomías (la red de centros y servicios es de desarrollo distinto, las dificultades de atención son también de diversa complejidad, especialmente en lo que se refiere a Comunidades Autónomas con población mayor muy dispersa y/o en el ámbito rural).
- Otro fenómeno, en cierto modo novedoso, por la importancia que está tomando es el de las migraciones (es necesario realizar estudios e investigaciones sobre la situación de los mayores residentes en España, procedentes de otros países).

SISTEMAS PUBLICOS DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y DEPENDENCIA

PRINCIPIOS, CRITERIOS, ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACTUACION, OBJETIVOS.

PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES:1991

(Plan de Acción para personas mayores 2003-2007)

Dignidad

Las personas mayores deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales. Deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Independencia

Las personas mayores tienen derecho a poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible; a tener la posibilidad de vivir en entornos seguros; a tener acceso a programas educativos y de formación adecuados; a poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales; a tener ingresos y apoyo de sus familias que garanticen su autosuficiencia.

Autorrealización

Las personas mayores deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial; deberán tener acceso a los recursos educativos, espirituales y recreativos de la sociedad, para poder desarrollar su proyecto de vida.

Participación

Las personas mayores deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes; poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de realizar acciones de

voluntariado en puestos apropiados a sus intereses y capacidades; poder formar movimientos o asociaciones de personas mayores.

Cuidados

Las personas mayores deberán poder disponer de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad; tener acceso a servicios de atención de la salud, que los ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad; tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado; tener acceso a medios apropiados de atención institucional o que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en su entorno humano y seguro; poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en Residencias o Instituciones, con pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a participar en el funcionamiento del Centro y a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

DEFINICIONES DE DEPENDENCIA

Consejo de Europa. Recomendación (98) 9, 18/09/1998

La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado. La dependencia económica no está contemplada en esta recomendación.

Carta de Servicios de Residencias para Personas Mayores en Castilla-La Mancha, 2006

Se entiende por dependencia el estado en el que se encuentran algunas personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la asistencia de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (diciembre 2006)

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

OTROS ESTADOS Y PROCESOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA

(Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia)

Autonomía

Capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.

Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Comprende las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Cuidados no profesionales

Se refiere a la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

Cuidados profesionales

Son los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

PRESTACION DE ATENCION SOCIO SANITARIA

Prestaciones del Sstema Nacional de Salud

(Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud)

PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

1. La atención socio sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención socio sanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

(Ley 8/2000, de 30 de noviembre, Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha)

1.- La Atención Socio sanitaria es aquella que integra los cuidados sanitarios con los recursos sociales de forma continuada y coordinada, a fin de conseguir en quienes la reciben una percepción subjetiva completa de salud y una inserción real en el entorno familiar y social.

2.- El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha dispondrá de los recursos necesarios para prestar asistencia en aquellos casos necesitados de atención específica socio-sanitaria. A tal efecto se coordinarán todos los servicios sanitarios y sociales de titularidad pública con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos. Para facilitar dicha coordinación se crearán comisiones socio-sanitarias en el ámbito

provincial y regional con participación de la Administración de la Junta de Comunidades, de las Diputaciones y de los Ayuntamientos.

3.- El Consejo de Gobierno aprobará un Plan Regional de Atención Socio-sanitaria, a propuesta de las Consejerías competentes en materia de sanidad y de bienestar social.

(...)

En el desarrollo de sus funciones el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

3.- La atención sociosanitaria en colaboración con los servicios sociales.

SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Servicio público de la Comunidad Autónoma

Conjunto de actuaciones que tiendan a la prevención, eliminación y tratamiento de las causas que conducen a la marginación e inadaptación sociales, al tiempo que favorecer y garantizar el pleno y libre desarrollo de la persona y de los grupos sociales dentro de la sociedad, promoviendo su participación en la vida ciudadana.

Principios

Planificación
Descentralización
Prevención
Integración
Solidaridad
Universalidad, igualdad y globalidad
Responsabilidad pública
Participación Ciudadana

PLANIFICACIÓN

La Junta de Comunidades planificará la creación de recursos y de Servicios Sociales de modo que se garantice una mejor utilización de distribución de los mismos.

DESCENTRALIZACIÓN

La prestación de los Servicios Sociales, cuando su naturaleza lo permita, responderá a criterios de máxima descentralización, siendo el municipio su principal gestor y atendiendo a la sectorización territorial como el eslabón base en la planificación de los mismos.

PREVENCIÓN

Será objetivo prioritario de los Servicios Sociales, la prevención y eliminación de las causas que conducen a situaciones de marginación o inadaptación social.

INTEGRACIÓN

Los Servicios Sociales tenderán al mantenimiento de los ciudadanos en su entorno social, familiar y cultural, procurando su reinserción y utilizando los recursos comunitarios para satisfacer sus necesidades sociales.

SOLIDARIDAD

Los poderes públicos dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha fomentarán la solidaridad como valor inspirador de las relaciones entre las personas y los grupos sociales, en orden a superar las condiciones que dan lugar a situaciones de marginación o desigualdad.

UNIVERSALIDAD, IGUALDAD Y GLOBALIDAD

Las actuaciones en Servicios Sociales y Bienestar Social irán dirigidas a todos los ciudadanos sin discriminación alguna, debiendo atenderse las necesidades sociales de forma integral y no parcializada.

RESPONSABILIDAD PÚBLICA

Los poderes públicos en el territorio de Castilla-La Mancha y en el ámbito de sus respectivas competencias, asumirán la responsabilidad de proveer los recursos humanos, técnicos y financieros que permitan la promoción y el eficaz funcionamiento de los Servicios Sociales públicos.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Los poderes públicos en el ámbito regional fomentarán la participación democrática de los ciudadanos en la promoción y control de los Servicios Sociales.

Criterios de funcionamiento

(Decreto 287/2004, de 28-12-2004, de Estructura funcional del sistema público de servicios sociales)

b) Delimitar el Sistema Público de Servicios sociales y determinar, de acuerdo con el criterio de máxima descentralización, la coordinación, la gestión y la financiación.

c) Orientar el sistema a prevenir la exclusión social, a promover la calidad y eficaz funcionamiento de los servicios y a garantizar la prestación social de atención personal, de información, orientación e intervención técnica de forma integral a todos los ciudadanos y ciudadanas, especialmente, a las personas, familias y grupos que, por razón de dificultades de desarrollo y de integración en la sociedad, falta de autonomía personal, discapacidad física, psíquica o sensorial, edad u otras circunstancias, requieren una atención especial.

INSTRUMENTOS PARA LA SOLIDARIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha)

Finalidad

-Promover en Castilla-La Mancha la igualdad de oportunidades de los ciudadanos en situación de desventaja social a través de medidas de acción positiva que faciliten el desarrollo personal y la plena participación de todos los ciudadanos en la sociedad en condiciones de igualdad.

-Facilitar a aquellos ciudadanos castellano-manchegos que no tengan atendidas sus necesidades básicas un mínimo de recursos, comprometiéndose éstos para ello a participar en las actividades definidas como necesarias para su inserción personal, social y laboral.

-Garantizar el ejercicio de la tutela de menores y adultos incapacitados para velar por sus derechos.

Criterios de actuación

(para promover el principio de igualdad de oportunidades de los colectivos sociales)

a) La igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos sociales, promoviendo el desarrollo integral de las personas y colectivos sociales más desfavorecidos y garantizando el respeto a su identidad diferencial, mediante planes integrales y actuaciones de acción positiva.

b) Favorecer y facilitar la atención de las necesidades básicas y el ejercicio de los derechos sociales a aquellos ciudadanos que por causas ajenas a su voluntad sufren procesos de marginación o exclusión social.

c) Facilitar las actuaciones integrales en favor de las personas, familias y colectivos ante sus necesidades sociales, desde la globalidad y la eficacia, todo ello a través de la coordinación entre las Instituciones públicas y privadas.

d) Prevenir la marginación y la exclusión social.

e) Potenciar la implicación social por medio del desarrollo de medidas de responsabilidad pública y social que promuevan la solidaridad entre las instituciones y los ciudadanos y de éstos entre sí.

Planificación

MEDIDAS DE ACCION POSITIVA

Dirigidas a facilitar la igualdad de oportunidades de los ciudadanos de Castilla-La Mancha.

Podrán desarrollarse a través de Planes Integrales.

PLANES INTEGRALES

Articularán el conjunto de medidas a desarrollar por las Administraciones competentes desde la corresponsabilidad con la iniciativa social.

Tendrán carácter interdepartamental y contendrán los principios orientadores de política social, la priorización de necesidades y objetivos, las actuaciones a desarrollar, así como los mecanismos de coordinación entre las distintas Administraciones y colaboración de éstas con la sociedad civil.

Podrán contemplar los órganos de participación, que con carácter consultivo y asesor, se consideren más adecuados.

PROGRAMA DE SUBVENCIONES

Para apoyar las medidas de acción positiva, dirigidas a promover la integración familiar, la autonomía personal y funcional, la atención especializada en Centros, así como la atención en alojamientos alternativos de menores, mayores y personas con discapacidad.

Estas subvenciones tendrán carácter complementario y subsidiario de cualquier otra prestación establecida por la Administración Pública con la misma finalidad, dejando de percibirse cuando los beneficiarios, obtuvieran prestaciones semejantes a las previstas por esta Ley.

DE LA SOLIDARIDAD CON LAS PERSONAS MAYORES

(Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha)

Principios rectores de la política en favor de las personas mayores

- 1.º El derecho a una calidad de vida digna durante la vejez.
- 2.º Abordar la intervención con las personas mayores de una forma integral, considerando una visión multidisciplinar y multisectorial de sus necesidades.
- 3.º Coordinación efectiva y real entre las diferentes Administraciones, especialmente de la Sanitaria y la de Servicios Sociales, que responda al planteamiento multisectorial considerado.
- 4.º Contemplar la política de atención a los mayores basada en los principios de normalización e integración.
- 5.º Envejecer en casa como objetivo fundamental en la política de convivencia de las personas mayores.
- 6.º Promoción de la participación activa de las personas mayores en la vida de su comunidad, y especialmente en la defensa de sus derechos y gestión de los recursos propios.
- 7.º Garantizar la protección jurídica de nuestros mayores incapacitados.

Programas Específicos

- a) De protección social de la persona mayor.
- b) De alojamiento y convivencia de las personas mayores.
- c) De integración social y participación.

PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Medidas:

- a) Actividades que promuevan la atención a las personas mayores a través de la red básica de servicios sociales y del sistema de prestaciones.
- b) Medidas que faciliten la accesibilidad al medio social a los mayores, así como su movilidad en él.

APOYO AL ALOJAMIENTO Y CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES

Medidas:

a) Medidas destinadas a promover la permanencia en su domicilio habitual de las personas mayores, mediante el fomento de su autonomía personal y de la mejora en las condiciones de habitabilidad de su vivienda.

b) Apoyo a las familias que habitualmente conviven con sus mayores, a través de programas de asesoramiento y formación, así como programas de alojamiento temporal.

c) Desarrollo de un sistema complementario de servicios de apoyo a las personas mayores que permanecen en sus domicilios, fomentando los centros de día, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia y las estancias temporales en centros de atención especializada.

d) Articulación de una red de alojamiento alternativo para aquellas personas que lo necesiten, mediante viviendas tuteladas o residencias, orientadas principalmente a personas con grave deterioro físico o psíquico.

PROMOCIÓN DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Medidas:

a) Actuaciones dirigidas a impulsar la consideración de la jubilación como etapa activa en la que los mayores permanecen integrados en su comunidad participando en el desarrollo de actividades de carácter social, formativo y cultural.

b) Apoyo al asociacionismo de las personas mayores para aumentar su capacidad de autogestión, de resolución de problemas y de defensa de sus derechos.

c) Impulso de la participación de los mayores en la comunidad y en los órganos de representación social.

d) Incentivación de las actividades de formación permanente del mayor.

e) Fomento de la corresponsabilidad a través de iniciativas en beneficio de su comunidad.

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE ENTIDADES, CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha)

Derechos

1. A acceder a los mismos y recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
2. A un trato digno tanto por parte del personal de la Entidad, Centro o Servicio, como de los otros usuarios.
3. Al secreto profesional de los datos de su historia socio-sanitaria.
4. A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas (podrá ser objeto de limitaciones en virtud de resolución administrativa o judicial).
5. A una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas.
6. A la máxima intimidad en función de las condiciones estructurales de las Entidades, Centros y Servicios.
7. A que se les facilite el acceso a la atención social, sanitaria, educativa, cultural y, en general, a la atención de todas las necesidades personales que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo psíquico-físico.
8. A participar en las actividades de los Centros y Servicios, y colaborar en el desarrollo de las mismas.
9. A elevar por escrito a los órganos de participación o dirección de las Entidades, Centros y Servicios, propuestas relativas a las mejoras de los servicios.
10. A participar en la gestión y planificación de las actividades de los Centros y Servicios de titularidad pública y privada, tal como reglamentariamente se determine.
11. A conocer en todo momento el precio de los servicios que recibe, y a que les sean comunicadas con la antelación suficiente las variaciones de aquél o las modificaciones esenciales en la prestación del servicio.

12. A cesar en la utilización de los Servicios o en la permanencia en el Centro por voluntad propia (podrá ser objeto de limitaciones en virtud de resolución administrativa o judicial).

13. Derecho de queja ejercido mediante hojas de reclamación que estarán a disposición de los usuarios y de sus representantes legales.

Deberes

1. Respetar las convicciones políticas, morales y religiosas del resto de los usuarios, así como del personal que presta servicios.

2. Conocer y cumplir las normas determinadas en las condiciones generales de utilización de la Entidad, Centro o Servicio.

3. Respetar el buen uso de las instalaciones y medios de la Entidad, Centro o Servicio y colaborar en su mantenimiento.

4. Poner en conocimiento de los órganos de representación o de la dirección de la Entidad, Centro o Servicio las anomalías o irregularidades que se observen en el mismo.

PLAN DE ATENCION A LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA-LA MANCHA 1998-2002

(Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha 1998-2002)

Criterios de Actuación

FINALIDAD FUNDAMENTAL DEL PLAN

Abordar los problemas de las personas mayores de forma integral, considerando todos los aspectos que inciden en su situación para atender las necesidades básicas que se puedan producir en cada fase o momento de la vida.

OTRAS METAS

Desarrollar nuevas formas de intervención social y de coordinación sociosanitaria para dar respuesta a las nuevas necesidades y demandas de las personas mayores.

Fomentar su mayor autonomía y protagonismo social, superando cualquier carácter reduccionista o paternalista que pudiera darse en los diferentes niveles de atención.

CRITERIOS FUNDAMENTALES

1.Enfoque integral para atender las necesidades de las personas mayores, lo que implica una actuación operativa de carácter interdisciplinar.

2.Coordinación efectiva y eficaz entre las Administraciones y entre sus diferentes niveles, especialmente de la sanitaria y la de servicios sociales, que responda a un planteamiento sistémico de carácter intersectorial.

3.Colaboración con la iniciativa social, ya sea a través de ONG, entidades no lucrativas, asociaciones de mayores o voluntariado; así como mediante el desarrollo de medidas de cooperación o concertación con la iniciativa privada que realiza su actividad en este sector.

4.Racionalización en la utilización de los recursos disponibles, buscando el máximo nivel de eficiencia y la adecuación de las actuaciones a las necesidades reales y específicas de las personas mayores; así como garantizar la atención a las necesidades básicas y la calidad en la prestación de los servicios.

5.Favorecer el máximo nivel de integración y normalización, facilitando en la medida de lo posible los procesos de envejecimiento en su entorno social habitual. Promover el asociacionismo, la participación activa y las iniciativas para la realización de actividades organizadas por las personas mayores.

PLAN ESTATAL DE ATENCION A MAYORES 2003-2007

Principios

Los principios en los que se inspira el presente Plan son seis. Cinco de ellos atañen directamente a los destinatarios del Plan, las personas mayores. Y uno, está más próximo a las estrategias del Plan, legitimando su propia razón de ser.

Los principios son:

- Dignidad.
- Independencia.
- Autorrealización.
- Participación.
- Cuidados asistenciales

Los principios de “dignidad”, “independencia”, “autorrealización”, “participación” y “cuidados asistenciales”, son los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores. El 16 de diciembre de 1991, la Asamblea General de

Naciones Unidas adoptó la Resolución 46/91 que incluye los Principios de Naciones Unidas en favor de las Personas Mayores para dar más vida a los años que se han agregado a la vida. Se exhortó a los Gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible. De hecho, el Plan Gerontológico, publicado en 1992, se inspiró en estos principios como dejó claro en su Introducción. Este Plan de Acción continúa, igualmente, inspirándose en los mismos principios.

Y otro que atañe a las estrategias del Plan:

- Cooperación.

Teniendo en cuenta la realidad política del Estado de las Autonomías y del traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas, se pretende, a través de ciertos mecanismos y técnicas de relación interterritorial, compatibilizar satisfactoriamente las exigencias de cada una de las Administraciones implicadas, sin menoscabo del ejercicio de sus respectivas competencias.

SISTEMA SANITARIO

SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha)

Principios

La ordenación y las actuaciones del Sistema Sanitario en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha responden a los siguientes principios informadores:

- a) Universalización de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo.
- b) Equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales en la prestación de los servicios sanitarios.
- c) Igualdad efectiva de acceso a los servicios sanitarios, para todos los ciudadanos de la Comunidad Autónoma.
- d) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
- e) Calidad de los servicios y prestaciones.
- f) Humanización de los servicios y máximo respeto a la dignidad de los ciudadanos.
- g) Concepción integral e integrada del sistema sanitario en Castilla-La Mancha, haciendo especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- h) Adecuación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de salud de la población.
- i) Descentralización, desconcentración, coordinación y responsabilidad en la gestión.
- j) Eficacia, efectividad, eficiencia y flexibilidad de la organización sanitaria.
- k) Responsabilidad y participación del colectivo de profesionales en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.

l) Promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante una adecuada educación para la salud en Castilla-La Mancha y una correcta información sobre los recursos y servicios sanitarios existentes.

m) Evaluación continua de las actuaciones y estructuras que configuran el Sistema Sanitario.

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha)

Derechos

El Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha garantiza a las personas incluidas en el ámbito de esta Ley la titularidad y disfrute de los siguientes derechos:

a) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

b) A la información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.

c) A recibir información suficiente, comprensible y adecuada cuando haya riesgo para la salud pública, incluyendo si fuera preciso la información epidemiológica necesaria en relación con los problemas de salud.

d) A recibir en términos comprensibles información adecuada, continuada, verbal y escrita sobre su proceso, tanto la persona enferma como, en su caso, sus familiares o personas allegadas, si aquella fuese menor de edad, estuviese inconsciente o incapacitada mentalmente, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

e) A ser informadas del uso, en su caso, en proyectos docentes o de investigación, de los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se les apliquen, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud, según los conocimientos científicos y técnicos actualizados. En estos casos, será imprescindible la previa autorización por escrito de la persona enferma y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del correspondiente centro sanitario teniendo en cuenta la normativa aplicable en materia de investigación y ética.

f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en centros sanitarios públicos y privados.

g) A que se les extiendan los informes o certificaciones acreditativas de su estado de salud, cuando se exija mediante una disposición legal o reglamentaria, sin coste adicional alguno por la utilización de medios diagnósticos, de reconocimientos y por la redacción de dichos informes, salvo en aquellas actuaciones que así lo determine la normativa específica.

h) A que exista constancia por escrito, o en soporte técnico adecuado que permita su lectura, de todo su proceso.

i) A recibir, la persona enferma, o en su caso, la familia o persona allegada, el informe del alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o interconsulta en Atención Especializada. Igualmente tendrá derecho a acceder a su historia clínica y a que se le facilite copia de los documentos, informes o datos que en ella obren sin perjuicio de terceros.

j) A la asistencia sanitaria individual y personal por parte del profesional sanitario que se le asigne, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial, salvo necesidad de sustituciones reglamentarias del personal.

k) A la libre elección entre las opciones que le presente la persona con responsabilidad sanitaria de su caso, siendo preciso el previo consentimiento informado y escrito de la persona enferma para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

1. Cuando de la no intervención se derive un riesgo para la salud pública. En estos casos deberán comunicarse a la autoridad judicial, en el plazo de 24 horas, las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias.

2. Cuando la persona enferma no esté capacitada para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares, personas allegadas o representante legal.

3. La opinión del menor será tomada en consideración, en función de su edad y su grado de madurez, de acuerdo con lo establecido en el Código Civil. Cuando exista disparidad de criterios entre quienes actúen como representantes legales del menor y la institución sanitaria, la autorización última se someterá a la autoridad judicial.

4. Salvo lo dispuesto por las leyes en casos especiales, sólo podrá intervenir a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

5. Cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento y no sea posible obtener un consentimiento adecuado.

6. Cuando haya manifestado su deseo de no recibir información, en cuyo caso deberá respetarse su voluntad sin perjuicio de obtenerse el consentimiento correspondiente.

En cualquier momento y siempre que sea posible, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

l) A negarse al tratamiento excepto en los casos señalados en los puntos 1, 2 y 3 del apartado anterior del presente artículo. Para ello deberá solicitar y firmar el alta voluntaria. De no hacerlo así, corresponderá dar el alta a la Dirección del Centro, a propuesta del médico que esté al cargo del caso. No obstante, tendrá derecho a permanecer cuando existan otros tratamientos alternativos y la persona enferma manifieste el deseo de recibirlos.

m) A participar en las actividades sanitarias a través de los cauces previstos en esta Ley y en cuantas disposiciones la desarrollen.

n) A la formulación de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito, en los plazos que reglamentariamente se establezcan, sin perjuicio de las reclamaciones que correspondan con arreglo a la Ley.

o) A la libre elección del profesional sanitario, servicio y centro, en la forma que reglamentariamente se establezca.

p) A una segunda opinión médica en los términos que reglamentariamente se determinen, que fortalezca la básica relación médico-paciente y complemente las posibilidades de la atención.

q) A la atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, de conformidad con lo previsto sobre prestaciones en esta Ley.

r) A una asistencia dirigida a facilitar la recuperación más completa posible de las funciones biológicas, psicológicas y sociales.

s) A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, de acuerdo con los criterios básicos de uso racional, en los términos que reglamentariamente se establezcan.

t) Las personas pertenecientes a grupos específicos de riesgo tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios específicos.

u) Quienes padezcan una enfermedad mental, además de los derechos señalados en los epígrafes precedentes, tendrán específicamente los siguientes:

En los internamientos voluntarios, cuando se pierda la plenitud de facultades durante el internamiento, la dirección del Centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial para la continuación del internamiento.

En los internamientos forzosos, el derecho a que se revise periódicamente la necesidad del internamiento.

Los enfermos mentales menores de edad internamiento en centros o unidades infanto-juveniles.

v) A disponer en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de una carta de derechos y deberes por la que ha de regirse la relación con aquellos.

Los derechos contemplados en los apartados a), b), c), d), e), f), h), i), j), k), l), n), r), t), u) y v), serán garantizados también en la asistencia sanitaria privada.

La ciudadanía, al amparo de esta Ley, tendrá derecho al disfrute de un medio ambiente favorable a la salud. Las Administraciones Públicas adoptarán las medidas necesarias para ello de conformidad con la normativa vigente.

Deberes

Las personas incluidas en el ámbito de esta Ley tienen los siguientes deberes respecto a las instituciones y organismos del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha:

1.- Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.

2.- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de los Centros del Sistema Sanitario.

3.- Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos, servicios y prestaciones ofrecidos por el sistema sanitario.

4.- Firmar el documento de alta voluntaria en los casos en que no se acepte el tratamiento. No obstante, el hecho de no aceptar el tratamiento dispuesto no determinará el alta cuando existan otros tratamientos alternativos y la persona enferma desee recibirlos, si bien tal situación deberá quedar debidamente documentada después de la información correspondiente.

5.- Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro sanitario y al personal que en él preste sus servicios.

6.- Cooperar con las Autoridades Sanitarias en la prevención de enfermedades.

OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES EN CASTILLA-LA MANCHA

(Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010, Capítulo VI)

6.5. OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN EL DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

La demencia y el deterioro cognitivo afectan predominantemente al sector de la población de personas mayores de 65 años, siendo un típico ejemplo de una enfermedad representativa edad-dependiente. Por ello los planes de actuación deben contemplar tanto las características de la enfermedad como las características de la población geriátrica sobre la que de una forma predominante se asientan. Se trata, por tanto, de establecer un plan de atención a los enfermos con demencia o deterioro cognitivo y no a la enfermedad de demencia.

En el proceso de envejecimiento se producen cambios que afectan a las funciones cognitivas en relación con la edad y provocados por un complejo y variado grupo de enfermedades, tanto de carácter específico, neurológico o psiquiátrico como motivadas por el consumo de fármacos o bien por otras enfermedades sistémicas.

Por otro lado está la evolución del estado cognitivo en función del envejecimiento fisiológico que presenta una gran variabilidad. Por ello, cualquier plan de acción dirigido a la demencia debe contar con un planteamiento multidisciplinar, con diferentes profesionales implicados, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc. Además el nivel de Atención Primaria tiene un papel clave en la atención de este tipo de pacientes desde un abordaje que garantice la continuidad en el proceso asistencial.

La presencia de deterioro cognitivo y/o demencia presenta importantes consecuencias que afectan a diferentes círculos de la vida individual y familiar del enfermo. El deterioro funcional, la necesidad de asistencia sanitaria, la afectación y sobrecarga del grupo familiar y de cuidadores, la repercusión económica, la necesidad de recursos sociales y de apoyo se ven claramente afectados por la presencia de la enfermedad. Además, se plantean problemas éticos y legales de considerable importancia. Todos estos factores influyen de una forma decisiva en la calidad de vida de estos ciudadanos y sus familias.

La necesidad de intervención para la disminución de estos problemas se convierte por tanto en una prioridad inmediata. Se trata de detectar precozmente la enfermedad, disminuir y atenuar los síntomas tributarios del tratamiento, mejorar la convivencia de la familia y cuidadores, aumentar la supervivencia y evitar la institucionalización y conseguir mediante estas acciones mantener una calidad de vida adecuada para estos enfermos.

Líneas de acción:

El sistema de atención debe responder a una serie de líneas y actuaciones básicas. En primer lugar, el diagnóstico precoz del paciente, con un informe adecuado a la familia y al paciente de su enfermedad, evolución y consecuencias con las alternativas terapéuticas disponibles.

Deben identificarse los factores desencadenantes, enfermedades asociadas, toma de fármacos, aspectos sociales, etc. Se debe iniciar un tratamiento precoz incorporando medidas farmacológicas y no farmacológicas. Debe plantearse los problemas sociales asociados y el manejo en el ámbito de la comunidad. Finalmente, deben introducirse en la valoración los problemas legales. Un punto fundamental es el análisis del entorno familiar para poder planificar adecuadamente las actuaciones en este tipo de enfermos.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

(Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, diciembre 2006)

Derechos

1. Las personas en situación de dependencia tendrán derecho a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.

2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

a) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

b) A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.

c) A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización de la persona en situación de dependencia o quien la represente.

d) A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos.

e) A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.

f) A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

g) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.

h) Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.

i) Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.

j) A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo.

3. Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para fomentar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.

Obligaciones

Las personas en situación de dependencia y, en su caso, familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las Administraciones competentes, para la valoración de su grado y nivel de dependencia; a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, y a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas; o a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente.

RECURSOS DE ATENCION COMUNITARIA A MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA

CENTROS Y SERVICIOS

RECURSOS DE ATENCION A LA DEPENDENCIA

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia: Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

Premisa general

Necesidad de superar los antiguos planteamientos dicotómicos (sanitario-social/ residencial-comunitario) para ofrecer un modelo de atención que integre los servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas mayores y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario, como un mundo aparte.

Conceptualización de los servicios

Bajo la misma denominación, nos encontramos con una oferta muy diferente. Este no es un problema exclusivamente español. Cuando la UE publicó el informe «La protección social de las personas mayores dependientes en 15 países de la UE y Noruega » (Pacolet, 1999) reseñaba, como ejemplo de diversidad, que habían identificado ocho sistemas de servicios residenciales y 22 modalidades de servicios de proximidad.

Desde 1999, el Observatorio de Personas Mayores viene recopilando datos sobre servicios sociales con el objetivo de elaborar, de forma sistemática, un conjunto de indicadores sobre la red de servicios dirigidos a personas mayores en España.

CENTROS DE DIA: SERVICIO INTERMEDIO

Tienen esa denominación por tratarse de un nivel que se sitúa, dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas. Algunos también se conocen como programas de respiro familiar.

Se trata de diversos recursos o servicios formales de atención cuyo objetivo fundamental es influir positivamente sobre algunas de las dimensiones que originan el estrés del cuidador/a con el fin de modular o eliminar los efectos negativos del cuidado. Pero el hecho de que éste sea su fin esencial no debe hacer olvidar la necesidad de intervenir también adecuadamente con la persona mayor que utiliza el servicio.

También los servicios sociales clásicos (Servicio de ayuda a domicilio, Teleasistencia, Residencias), si se orientan hacia la complementariedad con el apoyo informal y no hacia su sustitución, cumplen perfectamente esta función de respiro y apoyo a las personas que cuidan a personas mayores con problemas de dependencia.

Este servicio intermedio consiste en ofrecer la oportunidad de que las personas mayores en situación de fragilidad o de dependencia que viven en su casa puedan acudir durante el día a centros sociales, alojamientos o Residencias y beneficiarse de los servicios que ofrezca el centro (cafetería, peluquería, gimnasio, baño, actividades ocupacionales, socioculturales, etc.) Tienen, como todo servicio de este tipo, un doble objetivo: atender a la persona mayor y ofrecer descanso a la familia cuidadora.

Es importante diferenciar este tipo de recurso (las estancias de día) del Centro de Día. Porque el Centro de Día se concibe, como se verá más adelante, como servicio terapéutico especializado, mientras que las estancias de día no hacen este tipo de intervenciones.

Por tanto, el servicio de estancias de día no exige contar con un equipo de profesionales específico, sino que se aprovechan los del centro que acoge a este tipo de personas. Existen dos tipos de destinatarios para este servicio:

a) **Personas sin deterioro cognitivo**, aunque tengan disminuida su capacidad funcional, por problemas de movilidad reducida, fundamentalmente.

b) **Personas con deterioro cognitivo y disminución de su capacidad funcional**, que restrinja sus posibilidades de participación y de desarrollar interacciones sociales.

El equipo técnico multiprofesional responsable de los programas de intervención de cada centro atenderá las necesidades de atención de las personas usuarios del servicio de estancias de día y elaborará los planes de intervención individualizados de cada caso.

La periodicidad de este servicio, en cuanto a días y horarios de atención, debe establecerse con flexibilidad y atendiendo a las necesidades específicas de cada caso, según las valoraciones previas efectuadas, sobre todo, en cuanto atañe a las necesidades de los/as cuidadores/as. En cuanto a su duración, pueden establecerse períodos determinados, según intereses de la persona mayor y de su familia, o ser indefinidos.

El objetivo fundamental de los programas de estancias de día se dirige al apoyo de las familias cuidadora de personas mayores, ofreciéndoles tiempo libre para hacer posible la conciliación entre la vida familiar y profesional. Pero no menos importante es conseguir que las personas en situación de fragilidad o leve dependencia, además de beneficiarse de programas rehabilitadores, puedan mantener una red de relaciones personales que le ayuden a mantener su autonomía personal y en definitiva a envejecer más satisfactoriamente. A raíz de la difusión del programa de estancias diurnas que se recomendaba en el Plan Gerontológico, en muchas Residencias se puso en marcha este servicio con características muy desiguales. En algunas se continúan ofreciendo como tal (estancias diurnas), mientras que en otras se ha evolucionado hacia un recurso más especializado: los Centros de Día.

Actualmente no podemos ofrecer datos de cobertura del servicio de estancias de día, tal y como se ha conceptualizado aquí, que sólo está funcionando en Álava, Asturias y en algunos centros de Madrid. En cuanto a los centros sociales de personas mayores, en muchos de ellos se presta este servicio de una manera informal, quizá no suficientemente conceptualizado y estructurado, pero cumpliendo un importante papel de apoyo a las personas frágiles y a sus cuidadores.

Estas iniciativas multiplicarían su eficacia si desarrollasen algunos servicios complementarios, como por ejemplo:

- La implantación de un servicio de transporte en la zona de influencia del centro correspondiente que recogiese a personas mayores frágiles, que pudiéndose beneficiar de los programas del centro, tienen serias dificultades para desplazarse.
- El refuerzo de la colaboración de organizaciones de voluntariado, colaborando en múltiples tareas de apoyo a estas personas frágiles o en situación de dependencia.

La organización de actividades rehabilitadoras dirigidas a estas personas, que favorezcan su recuperación o el mantenimiento de su grado de independencia funcional.

LOS CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

«Centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia» (Rodríguez, P., 2004).

a) *Centro gerontológico terapéutico.* Se trata de un recurso dirigido a la atención especializada de las personas mayores. Por tanto, la intervención debe estar a cargo de profesionales con formación acorde a las terapias que se apliquen, que conforman un equipo multidisciplinar, que actúa de manera interdisciplinar.

b) *De apoyo a la familia.* Los Centros de Día, como ya se ha dicho, cumplen una función esencial de apoyo a las familias, pues, mientras la persona mayor se encuentra en este recurso, la familia puede descansar de su atención y cuidados. Pero para reforzar este apoyo a las familias desde el Centro de Día debe ofrecerse un conjunto de programas dirigidos directamente a ellas, como los que se han mencionado anteriormente.

c) *Atención ambulatoria.* Es decir, las personas que son atendidas en este recurso viven en su casa y van cada día que esté indicado al centro, para después regresar a su domicilio. En eso consiste su especificidad y por eso se conoce como «recurso intermedio».

d) *La atención que se presta a las personas en situación de dependencia es integral.* El equipo de profesionales elabora y dirige un plan integral individualizado para cada persona mayor, deducido de la valoración realizada.

Funciones parecidas, especialmente de apoyo familiar, cumplen los *Centros de Noche*, prácticamente inexistentes en nuestro país. Constituye este un recurso que resulta indicado para dos tipos de función:

- Para personas con demencia o enfermedades mentales que en el curso de su enfermedad padecen procesos de agitación y otros trastornos de conducta durante la noche. El centro de atención nocturna, además de regular la intervención farmacológica y terapéutica con las personas enfermas, facilita el descanso de sus cuidadores (Sancho, T.).
- Personas que viven solas en núcleos aislados o que sus domicilios no reúnen condiciones idóneas para pernoctar. El centro nocturno les ofrece más seguridad y confortabilidad que permanecer en su casa.

Objetivos

El objetivo general del Centro de Día es mejorar la calidad de vida tanto de la familia cuidadora como de la persona mayor, a través de una intervención dirigida, por una parte a proporcionar una atención integral a la persona mayor dependiente y, por otra, a ofrecer el necesario apoyo a la familia para posibilitar una permanencia adecuada de la persona mayor en su entorno habitual.

Los objetivos específicos sobre los que debe girar la intervención a realizar en un Centro de Día pueden ser agrupados en torno a los dos protagonistas básicos de la intervención: la persona mayor dependiente y la familia cuidadora.

Objetivos dirigidos a la persona mayor en situación de dependencia:

- Recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia funcional y de autonomía personal.

- Mejorar o mantener el estado de salud y prevenir la aparición de enfermedades o agravamientos de las mismas, mediante el desarrollo de programas sanitarios.
- Frenar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
- Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado.
- Incrementar el número y la calidad de las interacciones sociales, mediante el ofrecimiento de un entorno que favorezca las relaciones y facilite la participación en actividades sociales gratificantes.
- Evitar o retrasar institucionalizaciones no deseadas o desaconsejables.

Objetivos dirigidos a la familia cuidadora:

- Proporcionar tiempo libre y descanso.
- Ofrecer orientación y asesoramiento.
- Dotar de conocimientos, habilidades y estrategias de afrontamiento que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados que dispensa a la persona mayor.
- Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés así como mejorar el estado psicofísico de los cuidadores.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados.
- Favorecer la colaboración de la familia con el Centro.

Usuarios/as

Los Centros de Día, tal como han sido definidos, están dirigidos a personas mayores en situaciones de dependencia –física y/o psíquica– que cuenten con un apoyo social suficiente para permitir su permanencia en el medio habitual, sin que sea excluyente el hecho de vivir solo/a.

Los Centros de Día para personas mayores dependientes deben ser capaces de acoger a usuarios de diferente tipo de dependencia y grado de severidad del deterioro. Han de evitarse, por tanto, prácticas que se realizan a veces de una selección negativa hacia quienes tienen niveles importantes de dependencia, pues estas personas, aunque no puedan aprovechar algunos de los programas terapéuticos del Centro de Día, pueden beneficiarse de otros.

Por otra parte, hay que pensar en la importante vertiente de apoyo familiar que tiene el Centro de Día, y las personas con grados importantes de dependencia pueden ser las que más carga de trabajo y fuente de estrés signifique para las personas cuidadoras.

Modalidades asistenciales

Existen varias modalidades posibles de asistencia, las cuales deben establecerse en cada lugar teniendo en cuenta tanto los motivos fundamentales como los objetivos prioritarios que persiga el uso del recurso –el del apoyo familiar o la intervención terapéutica al usuario–, así como las propias posibilidades organizativas del Centro.

Los usuario/as acceden al Centro, según valoración del caso y consenso con el usuario/a y familia, bien durante un periodo de tiempo establecido previamente al ingreso o bien sin determinación del mismo. Las modalidades asistenciales habituales son las dos siguientes:

a) *Asistencia continua*. Los usuario/as acuden al centro diariamente y durante la totalidad del horario de atención. Esta modalidad asistencial se reserva a los usuario/as cuyo motivo de ingreso es prioritariamente el del apoyo a los cuidadore/as, cuando la valoración social haya detectado una situación de sobrecarga familiar muy importante.

b) *Asistencia parcial*. En esta modalidad asistencial los usuario/as acudirán al Centro existiendo flexibilidad tanto en la frecuencia de la asistencia como en el horario. Dicha asistencia se establecerá en el Centro, consensuándose con el usuario/a y las familias, en función de la valoración efectuada por el Equipo Interdisciplinar encargado de la misma –valorando tanto la situación familiar como las necesidades terapéuticas del usuario/a y las posibilidades organizativas de cada Centro.

Es importante que en la indicación de este recurso se tengan en cuenta cuestiones relacionadas con la eficacia y la eficiencia de los diferentes recursos de la red de servicios sociales.

Debe, a este respecto, verificarse si, cuando el apoyo a los cuidadores/as informales es el elemento fundamental en la valoración, es el Centro de Día el recurso adecuado. Porque, como se ha indicado, este servicio, en sentido estricto, es altamente especializado y debiera reservarse para quienes, además de ofrecer apoyos a la familia, van a beneficiarse de los programas terapéuticos que se prestan en él.

Existen, por otra parte, como se ha visto, otros programas de «respiro» o apoyo familiar, que pueden ser más indicados que el Centro de Día si la necesidad fundamental valorada es la de sobrecarga de los cuidadores/as.

En cuanto a la asistencia temporal y en horario restringido, es una posibilidad que se aprovecha para realizar, por ejemplo, programas específicos para:

- Personas con deterioros cognitivos leves.
- Programas de entrenamiento de la memoria.
- Sesiones rehabilitadoras.
- Entrenamiento y recuperación funcional para las AVDs.
- Servicios de baño, podología, etc.

Los Centros deben contar con un Plan General de Intervención (PGI) en el que deben enmarcarse tanto los diferentes servicios como los programas específicos de intervención. El PGI, en este tipo de recurso, debe contemplar tres áreas básicas: la persona mayor dependiente, la familia cuidadora y el propio centro.

Antes de cerrar este apartado de modalidades asistenciales, es importante señalar que, siempre que sea posible, se diseñarán *Centros de Día específicos para personas con demencias*. Sobre todo en los contextos urbanos, donde haya varios centros de día, es muy conveniente hacer esta separación.

Servicios del Centro

Desde el enfoque de atención integral que se ha insistido deben mantener los Centros de Día para personas mayores dependientes, los servicios que se ofrecen en él han de ir dirigidos a cubrir sus necesidades personales básicas, terapéuticas y sociales.

Se consideran *servicios básicos* los siguientes:

- Transporte accesible.
- Manutención.
- Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVD).

Se consideran *servicios terapéuticos* los siguientes:

- Atención social.
- Atención psicológica.
- Terapia ocupacional.
- Cuidados de salud.

Además, algunos Centros, en función de sus características de ubicación y organizativas, disponen de otros *servicios complementarios*:

- Peluquería.
- Podología.
- Cafetería.
- Servicio de atención de fin de semana o de ampliación de horarios.
- Otros.

Programas de intervención

En los Centros de Día se desarrollan programas de intervención – fundamentalmente de carácter psicosocial– mediante los que se garantiza una atención especializada que dé respuesta a las necesidades de los usuarios/as –mayores y familias cuidadoras- sin descuidar otros aspectos de gran relevancia en la intervención, como es sus características ambientales, tanto en su dimensión física como social.

En estos Centros se suelen desarrollar los siguientes programas de intervención:

- **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

- Terapias funcionales (gerontogimnasia, rehabilitación funcional, entrenamiento de las AVDs, psicomotricidad).

- Terapias cognitivas (orientación a la realidad, psicoestimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva específica).

- Terapias psicoafectivas (grupos terapéuticos, terapias de reminiscencia).

- Terapias socializadoras (ergoterapia, musicoterapia, ludoterapia, grupos de habilidades sociales y de comunicación, grupos de conversación o tertulias).

- **PROGRAMAS SANITARIOS**

- Alimentación y nutrición.

- Aseo e higiene.

- Control de esfínteres.

- Prevención de caídas.

- Atención básica de enfermería.

- **PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS (Información, formación, asesoramiento, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda...).**

- **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN AMBIENTAL.**

- **PROGRAMA DE COLABORADORES.**

- **PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA DE CUIDADORES PROFESIONALES.**

Recursos del Centro de Día

El Equipo Multidisciplinar de un Centro del tipo que se ha descrito suele estar compuesto de los siguientes profesionales: Auxiliares de enfermería o gerocultores, Enfermero/a, Médico/a, Psicólogo/a, Fisioterapeuta (si se incluye

la rehabilitación física entre los programas de intervención), Terapeuta Ocupacional y Trabajador/a social.

La exigencia de contar con este conjunto tan amplio de profesionales se deriva de la especialización que hemos incorporado en la conceptualización de este recurso, así como del requisito de calidad en las intervenciones.

Pero en muchas ocasiones estos profesionales no están adscritos únicamente al Centro de Día, sino que valoran casos, orientan, forman, planifican, realizan el seguimiento, evalúan los programas y participan en las reuniones del Equipo, desde cualquier otro recurso asistencial del que dependan (Centro de Salud, Centro de Servicios Sociales, Residencia de personas mayores...).

De manera especial afecta esto a los profesionales sanitarios –médico/a, enfermero/a y, si procede, fisioterapeuta–, que pueden estar adscritos a un Centro de Salud de primaria o a otro recurso especializado. Por lo que se refiere al resto del equipo (psicólogo/a, terapeuta ocupacional, trabajador/a social), pueden atender al Centro de Día durante una parte de su jornada y a otro recurso asistencial (Residencia, por ej.) el resto del tiempo.

Con independencia de las funciones asignadas a cada miembro del Equipo, desde el Centro de Día, lo mismo que desde las Residencias, se posibilitará, a través del desarrollo del programa de colaboradores sociales, contar con recursos humanos complementarios para apoyar labores relacionadas con el apoyo psicosocial. Entre estos colaboradores pueden existir: familiares, voluntariado y alumno/as en prácticas.

En cuanto a los recursos materiales, la dotación se realiza en cada Centro en función de la adecuación necesaria y los recursos ya disponibles.

No obstante hay que tener en cuenta tres tipos de dotación material: la adecuación o adaptación arquitectónica y física del Centro, el equipamiento y el material terapéutico.

CONSIDERACIONES DE CARÁCTER GENERAL

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia: Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

1. La implantación de un sistema de atención a la dependencia sólido y sostenible exige que los programas y recursos disponibles, tanto en el marco de este nuevo sistema como en los ámbitos de los servicios sociales y de los sanitarios generales, contemplen la prevención como aspecto irrenunciable en cualquiera de ellos. Evitar la aparición de situaciones de dependencia y mantener el máximo grado de autonomía cuando éstas han aparecido, debe constituir uno de los principios consustanciales de nuestro modelo de protección a la dependencia.

2. Los programas y servicios para personas en situación de dependencia deben estar diseñados con un enfoque rehabilitador. Esto quiere decir que todos los recursos y programas de atención a la dependencia deben asumir como principio el criterio de reversibilidad y recuperación en cualquiera de las vertientes y posibilidades de las personas objeto de atención, aun en el caso de que éstas sean residuales.

3. El diseño del Sistema Nacional de la Dependencia debe realizarse teniendo en cuenta las preferencias de sus potenciales beneficiarios y de sus cuidadores/as de permanecer en su domicilio y en su entorno habitual siempre que sea posible. Por tanto, los servicios de proximidad y la atención domiciliaria deben ser focalizados y priorizados por el Sistema, mucho más teniendo en cuenta que es preciso corregir el desequilibrio que actualmente existe con un peso excesivo de las Residencias en el conjunto de servicios.

4. La participación de las personas con dependencias y sus cuidadores/as familiares debe quedar garantizada y ser considerada un derecho irrenunciable, tanto para determinar el plan de cuidados a desarrollar, como para la elección del tipo de recursos que van a utilizar. Del mismo modo, deben participar en los programas de intervención que les afectan, porque, además, ello fomenta la autonomía de las personas y la prevención de la dependencia.

5. El modelo de atención a la dependencia debe integrar todo su catálogo de programas y servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que el sistema pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas mayores y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario. Es indispensable que los postulados de integralidad y flexibilidad, consustanciales a los principios gerontológicos, sean asumidos en toda la oferta de recursos del Sistema.

6. Se ha de elaborar un catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia en el que los diferentes programas y servicios que lo compongan sean clara e inequívocamente conceptualizados.

7. El Sistema Nacional de Atención a la Dependencia debe establecer un mecanismo unificado de acceso a los servicios, en el que se garantice para todo el Estado, vivan donde vivan las personas, el principio constitucional de igualdad. En los criterios homogéneos de valoración deben primarse las situaciones de dependencia por encima de cualquier otra.

8. La sectorización geográfica y la elaboración de mapas de atención sociosanitaria, donde no los hubiere, es un criterio esencial para la provisión integral de servicios. Es necesario superar y corregir las históricas diferencias en el establecimiento y delimitación de áreas sociales y sanitarias de actuación que impiden la intervención coordinada y el desarrollo de canales estables y fluidos de comunicación y coordinación entre los dos sistemas.

9. En el ámbito de la coordinación es urgente el establecimiento de un modelo estable que garantice la continuidad en los cuidados, tanto dentro del propio sistema de servicios sociales (SAD, Centros de Día, Residencias) como con el sistema sanitario. La elaboración de protocolos consensuados de evaluación y derivación es indispensable en este proceso.

10. El mantenimiento del apoyo informal pasa por garantizar servicios de soporte que minimicen el riesgo de claudicación de los allegados que se ocupan del cuidado de una persona en situación de dependencia. Por ello, el desarrollo e implantación del Sistema Nacional de la Dependencia debe contemplar en todo momento su carácter de complementariedad con el sistema de apoyo informal. Ello implica la necesidad de elaborar planes de cuidados con la participación de la familia cuidadora, buscando que las intervenciones y servicios complementen y no eliminen o sustituyan el inestimable papel que desempeñan los cuidadores/as familiares.

11. La puesta en marcha de un modelo de atención a la dependencia eficaz y de calidad requiere un esfuerzo especial de profesionalización del sector que implica el desarrollo de un plan de formación exhaustivo a todos los niveles profesionales. Especial atención deben merecer aquellas actividades profesionales que requieren menor cualificación y que generalmente son las que establecen el contacto cotidiano con las personas mayores.

12. Las ofertas de formación tendrán en cuenta de manera especial las necesidades que de ella tienen los/as cuidadores/as informales, a los que debe ofrecerse una variedad de ofertas formativas y de programas de intervención específicos para familias (grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda, asesoramiento....) mientras ejercen el cuidado.

13. Las personas que han tenido la experiencia de cuidar a personas en situación de dependencia de su familia han adquirido una gran experiencia, que debe ser aprovechada por el nuevo Sistema. Debe reconocerse esta experiencia, completarse la formación de estas personas (mujeres, en su inmensa mayoría) y fomentar y apoyar iniciativas de creación de pequeñas empresas de servicios, cooperativas, etc., para que puedan incorporarse a la actividad económica y laboral.

14. Debe ser focalizado de manera especial como destinatario de la formación el nutrido grupo de población inmigrante que se dedica en España a cuidar personas dependientes.

15. La diversidad en las características de los recursos y las diferencias interautonómicas en cualquier aspecto hacen indispensable que se establezcan estándares de calidad para cada uno de ellos que den lugar a un modelo consensuado de acreditación de centros y servicios, que serán los que puedan operar dentro del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia.

16. Deben explicitarse claramente en la norma que regule en nuevo Sistema los derechos y deberes de las personas destinatarias del mismo.

17. Los perfiles de todas las personas implicadas en los cuidados de larga duración (tanto las personas en situación de dependencia, como sus cuidadores/as, ya sean éstos familiares y profesionales) obligan a que el diseño del Sistema tenga en cuenta el enfoque de género en cualquiera de sus vertientes.

18. Asimismo la ubicación geográfica de un buen número de personas con dependencias en entornos rurales impone la necesidad de abordar el desarrollo de un modelo de atención que contemple las especificidades del medio rural.

19. Es indispensable la puesta en marcha de un Plan de información a toda la ciudadanía que haga realmente accesible el conocimiento de las prestaciones, así como de sus derechos y obligaciones en esta materia, atendiendo de manera especial a las personas de menores recursos de todo tipo (que son también quienes menos información reciben) y sin olvidar las especiales características de fragilidad de sus destinatarios a la hora de diseñar las informaciones a transmitir.

20. Se debe promover el desarrollo de experiencias innovadoras para la atención a la dependencia que aborden nuevas iniciativas tanto en el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión. La creación de redes de intercambio de experiencias con carácter interautonómico facilitará la generalización de buenas prácticas.

21. Coordinación, complementariedad, profesionalidad, interdisciplinariedad, flexibilidad e innovación, son conceptos claves en la práctica cotidiana de los servicios de proximidad. Aunque su puesta en práctica es sumamente compleja, constituye un de los retos más importantes de un correcto afrontamiento de las situaciones de dependencia.

22. Se ha de elaborar un sistema de información unificado para todo el Estado que garantice la disponibilidad de datos fiables y comparables y la transparencia en el Sistema de Atención a la Dependencia.

23. La investigación y la aplicación de sus resultados a la práctica de la planificación y la intervención en el ámbito de la atención a la dependencia

debe ser potenciada de manera significativa para evitar las limitaciones que, desde todos los puntos de vista, tiene hoy el sistema de servicios sociales.

24. Es necesario contar con más conocimiento sobre el fenómeno del envejecimiento de las personas con discapacidad, tanto en materia de investigación sobre sus propias necesidades como la de sus familias.

Del mismo modo, es necesario desarrollar una diversidad de programas y recursos dirigidos que tengan su fundamento en la evidencia científica.

CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS INTERMEDIOS

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia: Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

1. El Centro de Día debe tener carácter terapéutico, además de su papel de apoyo familiar. Dada la diversidad de perfiles de sus usuarios, la intensidad de su función terapéutica puede variar sensiblemente. Sin embargo, en todos los casos debe cumplir una función rehabilitadora, buscando siempre conseguir el máximo grado de autonomía de la persona.

2. Es necesario generalizar en los centros sociales y Residencias para mayores el servicio de estancias de día, con un objetivo fundamental de apoyo familiar y de mantenimiento del grado de autonomía de las personas.

3. Se debe incrementar el número de Centros de Día especializados, de carácter terapéutico y también de apoyo familiar, de tal forma que la combinación de servicios domiciliarios e intermedios garantice un modelo de atención que favorezca la permanencia en el entorno habitual.

4. Hay que desarrollar la atención diurna psicogeriátrica, bien con carácter monográfico en Centros de Día especializados para personas con demencia o a través de la creación de unidades psicogeriátricas en los Centros de Día.

5. El transporte accesible es uno de los servicios fundamentales del Centro. Su inexistencia, y la eficacia de su funcionamiento, son determinantes en el establecimiento del perfil de usuario y de la programación del Centro.

6. La flexibilidad debe presidir el funcionamiento de este servicio. Pero también los criterios rigurosos en la selección de usuarios en base a su grado de dependencia, a sus posibilidades terapéuticas y al apoyo familiar que proporciona.

7. Los servicios diurnos deben prestarse todos los días de la semana, incluidos festivos. La apertura continuada favorecerá la diversificación de servicios como respuesta a diferentes necesidades.

8. Se debe incluir en la planificación el desarrollo de Centros de Noche, bien en las mismas Residencias o en sistemas alternativos de alojamiento que se pueden ubicar en centros polivalentes de servicios.

9. Debe mejorar el grado de profesionalización de los centros, abandonando el concepto «guardería de mayores», tan extendido en la opinión pública.

10. El servicio de estancias temporales en Residencias debe incrementarse de tal forma que pueda cumplir su papel complementario a toda la gama de servicios citados, eliminándose su frecuente desvirtuación (utilizar este programa como anticipo del ingreso definitivo en Centros).

11. La estancia temporal en una Residencia debe conllevar en todos los casos un programa de intervención que contemple la adaptación de las personas mayores y de sus familias tanto en la entrada como en la salida de este recurso. El mantenimiento de habilidades potencialmente adquiridas en la estancia temporal deberán ser pautadas y explicadas suficientemente a los cuidadores/as informales.

Especial atención deben merecer las personas con deterioro cognitivo, intentando paliar al máximo las consecuencias negativas que pueden tener para ellas el cambio brusco de entorno.

CONCLUSIONES RELATIVAS A LOS SERVICIOS INTERMEDIOS

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia: Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

1. Contamos con muy escasa información sobre la disposición por las CCAA de servicios intermedios, mediante programas de estancias temporales en alojamientos y Residencias, pero conocemos que la extensión de este importante soporte para las familias cuidadoras es escaso y adolece de deficiencias, tanto en cuanto a su conceptualización se refiere como en lo que atañe a su utilización, pues en ocasiones se ofrece este servicio como paso previo a la estancia definitiva.

2. Apenas se realizan valoraciones ni intervenciones individualizadas de los casos a los usuarios/as de estancias temporales, ni tampoco suelen realizarse planes al alta con recomendaciones para seguir en casa, tanto por las propias personas mayores como por sus familias cuidadoras.

3. El Centro de Día es uno de los recursos más recientemente implantados en España, habiéndose desarrollado en la última década de manera bastante generalizada, si bien no alcanza las dimensiones que debería tener para responder a la demanda existente de este servicio.

6. También existe una diversidad importante en cuanto a los precios, lo que, de nuevo, sugiere que las prestaciones y programas que se ofrecen en los Centros de Día son diferentes en cada territorio. Pueden estarse mezclando y confundiendo terminológicamente lo que en este capítulo se ha conceptualizado como «estancias de día» con los «Centros de Día».

7. Existen muy pocas experiencias del programa de «estancias de día» y de «estancias de noche» en la información recogida de las CCAA.

NECESIDADES DE LAS FAMILIAS CUIDADORAS Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia (Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

La inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas en situación de dependencia que los necesitan son prestados por su familia y, dentro de ella, fundamentalmente por las mujeres.

“Cuidad a quienes cuidan”

- Hacer un justo reconocimiento de esta labor.
- Incorporar a la familia en el plan de cuidados
- Desarrollar programas específicos dirigidos directamente a la familia.

ÁREAS Y ACCIONES PARA INTERVENIR CON FAMILIAS

ÁREAS	ACCIONES
<i>Cognitiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Modificar ideas, creencias y atribuciones sobre el cuidado o la enfermedad. — Informar, formar y capacitar en habilidades de comunicación y resolución de problemas.
<i>Psicoafectiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Entrenar en habilidades de manejo y reducción de estrés. — Interpretación y expresión de emociones — Entrenamiento para manejo de problemas — Aumento de la autoestima y sentimientos de control. — Tratamientos en depresión y ansiedad.
<i>Relacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Potenciar las redes y el apoyo social.

	<ul style="list-style-type: none"> — Programas de estancias temporales (respiro). — Favorecer la calidad y la cantidad de las relaciones.
<i>Apoyo instrumental</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Apoyo en las actividades y tareas relacionadas con el cuidado. — Programas de atención domiciliaria, Centros de Día para complementar los cuidados.
<i>Tiempo libre</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Realización de actividades que aporten sensaciones positivas y gratificantes. — Favorecer climas lúdicos.
<i>Organizacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> — Entrenamiento en planificación de actividades y realización de tareas cotidianas.

Fuente: Yanguas, J. *et al.* (1998): *Intervención Psicosocial en Gerontología*. Cáritas Española.

OBJETIVOS

• Objetivo general:

- Reducir o modular la «carga» del cuidador/a detectada en la evaluación mediante el ofrecimiento de los apoyos adecuados y evitando, así, la claudicación.

• Objetivos específicos:

— Ofrecer información, orientación y asesoramiento relevante sobre cada caso individualizado, especialmente sobre recursos formales de apoyo para compartir los cuidados.

— Proporcionar conocimientos y habilidades para afrontar el cuidado en las mejores condiciones posibles.

— Dotar de estrategias para el auto cuidado, en especial para reducir el estrés (técnicas de relajación, organización del tiempo, relaciones sociales, aficiones...).

— Proporcionar estrategias para compartir el cuidado con otros miembros de la familia.

PROGRAMAS DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO

Muy útiles para las familias que, en muchas ocasiones, «se pierden» a la hora de buscar los apoyos (desconocen muchos de ellos, no saben cómo solicitarlo...) y organizar el plan de cuidados.

Suelen ser realizados por el/la trabajador/a social o profesional de la enfermería, según el recurso desde donde se actúe (unidades de trabajo social, centros de salud, ayuda a domicilio, centro de día, residencia, Asociaciones de afectados...).

Se dirigen a informar, orientar y asesorar a las familias sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados que precisan las personas mayores, según tipo de afecciones y grados de dependencia.

Pueden desarrollarse por un profesional en concreto o por el equipo de manera interdisciplinar, según el asunto de la consulta.

ENTIDADES, SERVICIOS Y CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES Y DE ATENCION A MAYORES

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha/ Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Entidad de servicios sociales

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha)

Aquella persona física o jurídica, de cualquier clase o naturaleza, dedicada a la prestación de dichos servicios.

Centros de servicios sociales

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha)

Cualquier tipo de inmueble destinado o que se vaya a destinar a la realización de actividades relativas a dichos servicios, estén o no autorizados.

Servicio de carácter social

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha)

El conjunto de recursos y técnicas dirigidos de forma organizada a los beneficiarios de cualquiera de los programas recogidos en los Títulos II y VII de la Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Servicios sociales especializados

(Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Son Servicios Especializados los que se organizan para colectivos o sectores específicos de la población con una atención dirigida al diagnóstico, tratamiento, apoyo y rehabilitación de los déficit sociales de las personas pertenecientes a dichos sectores.

Programa de “tercera edad”

(Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Evitando su marginación, promoviendo su integración y participación en la vida comunitaria y favoreciendo el mantenimiento en su medio familiar, social y cultural habituales.

Equipamiento “tercera edad”

(Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Centros de Día (...) en los que se potencien sus capacidades físicas, psíquicas y sociales al tiempo que se realicen actividades culturales y recreativas.

TIPOLOGIA DE CENTROS DE ATENCION A PERSONAS MAYORES

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

1. Residencias de mayores:
 - Minirresidencias: hasta 35 plazas.
 - Residencias de Tamaño Medio: entre 36 y 80 plazas.
 - Grandes Residencias: más de 80 plazas.
2. Viviendas de Mayores.
3. Centros de Día.
4. Otros Centros de atención a las personas mayores.

RESIDENCIAS DE MAYORES

Son Residencias de Mayores aquellos centros de carácter social o sociosanitario que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral a las personas mayores, en función de su grado de dependencia.

VIVIENDAS DE MAYORES

Las Viviendas de Mayores son centros de alojamiento y convivencia integrados en un entorno comunitario, destinados a un grupo pequeño de personas mayores con dificultades para permanecer en su vivienda habitual y con un grado de autonomía personal que les permita su integración en este recurso.

CENTROS DE DIA

Son Centros de Día aquellos establecimientos de carácter social en los que se facilita la estancia durante el día y la convivencia entre las personas mayores, con el objeto de propiciar la participación activa, la relación personal y la integración social, mediante la realización de actividades socioculturales, lúdicas y recreativas, estableciendo, en su caso, servicios básicos de información, orientación y atención social. Asimismo podrán ofrecer servicios asistenciales y de atención social que sirvan para favorecer la permanencia en su entorno familiar y social y mejorar su calidad de vida.

CENTROS DE DIA CON SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

Los Centros de Día donde se preste un Servicio de Estancias Diurnas, ofrecerán durante el día atención integral a las personas mayores que tienen una situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Asimismo proporcionarán a los familiares o cuidadores habituales de las mismas el apoyo y la orientación necesaria para facilitar su atención, promoviendo su autonomía y la permanencia en su ambiente familiar y social.

OTROS CENTROS DE ATENCION A LAS PERSONAS MAYORES

Son todos aquellos Centros de alojamiento, estancia, o convivencia destinados a las personas mayores que, por sus singulares características, no se encuentran incluidos en la tipología de Centros regulados en la Orden de condiciones mínimas.

SERVICIO DE CENTRO DE DÍA Y DE NOCHE

(Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia)

El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES

(Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha 1998-2002)

Basándose en los principios de normalización e integración, la Consejería de Bienestar Social ha articulado, mediante coordinación de programas de servicios sociales básicos y especializados, un sistema de centros y servicios sociales que tienden a mantener a las personas mayores en su medio habitual.

Los CENTROS DE MAYORES son establecimientos públicos a través de los que se facilita la estancia durante el día y la convivencia entre las personas mayores con el objeto de propiciar la participación activa, la relación personal y la integración social. Los centros de mayores también ofrecen servicios de información, orientación y atención social.

Un tipo de centros de mayores lo constituyen los CENTROS DE DIA, concebidos como establecimientos públicos donde se prestan servicios sociosanitarios y de apoyo familiar que ofrecen atención a las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores en situación de especial dependencia.

Servicios de Estancias Diurnas en Centros Gerontológicos

El SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS es un recurso que ofrece atención integral durante el día en un centro gerontológico a las personas mayores que padecen carencias psico-físicas o sociales, para mejorar o mantener su nivel de autonomía personal y favorecer la permanencia en su medio habitual.

Se configura como un recurso relativamente nuevo en nuestra Comunidad que se ha revelado como óptimo para resolver el conjunto de problemas que tienen que ver con las necesidades de las personas que, al final de su vida, se encuentran afectadas de cierta pérdida de autonomía que les pone en situación de dependencia proporcionando a esas personas no sólo los cuidados necesarios sino también la dignidad de una alternativa vital.

SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social por la que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en centros gerontológicos de la red pública de Castilla-La Mancha)

Recurso social que ofrece, durante el día, una atención integral a las personas mayores que tienen determinada situación de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida cotidiana o necesitan atención de carácter terapéutico, rehabilitador o psicosocial; con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal. Así mismo se pretende proporcionar a los familiares o cuidadores habituales de las mismas el apoyo y la orientación necesaria para facilitar su atención, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su ambiente familiar y social.

Se prestará en Centros o Residencias de Mayores que reúnan las condiciones adecuadas, así como en Centros de Estancias Diurnas creados para este fin.

SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social por la que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en centros gerontológicos de la red pública de Castilla-La Mancha)

Servicios y atenciones básicas

Programas personalizados de actividades y seguimiento de los mismos.

Terapia ocupacional para la prevención, el mantenimiento y la recuperación de las habilidades básicas para las actividades de la vida diaria.

Seguimiento de los tratamientos médicos prescritos y control de los parámetros vitales.

Cuidados y servicios de higiene personal.

Comida y atención a las necesidades nutricionales y dietéticas de los usuarios.

Realización de actividades participativas que favorezcan el ocio, las relaciones personales y el desarrollo sociocultural.

Información periódica a la familia o a los cuidadores habituales sobre la situación, evolución y adaptación del usuario; así como orientación sobre atenciones y cuidados que precisa.

Propiciar la colaboración familiar o la de sus cuidadores habituales para desarrollar en su medio habitual atenciones de apoyo o actividades complementarias.

Servicio de transporte adaptado para el traslado domiciliario de los usuarios que lo precisen.

Otros servicios y atenciones especializadas y complementarias

Fisioterapia

Atención psicológica, médica, sanitaria, etc.

Cualquier servicio considerado necesario para la atención adecuada de los usuarios

Unidades de atención especializada

En SEDs con condiciones necesarias

Atención de mayores con deterioros cognitivos importantes (demencias tipo alzheimer y otras patologías)

Servicios de estancias diurnas especializados

Atención exclusiva o mayoritaria a mayores con deterioros cognitivos importantes (demencias tipo alzheimer y otras patologías)

Equipo técnico de intervención y seguimiento

COMPOSICIÓN

En cada SED con, al menos:

COORDINADOR: Cualquier miembro del Equipo o director del Centro o Residencia.

TERAPEUTA OCUPACIONAL

TRABAJADOR/A SOCIAL

GEROCULTOR O AUXILIAR DE CLINICA

OTROS PROFESIONALES DEL EQUIPO: Si intervienen en la prestación de los servicios (Animadores socioculturales, psicólogos, fisioterapeutas, ATS, médicos,etc.)

FUNCIONES

Evaluación de los casos.

Programación de las actividades.

Trabajo individual y grupal con los usuarios.

Seguimiento de la evaluación de los usuarios.

Relaciones de los usuarios con familiares o cuidadores habituales.

Elaboración informes sobre aptitud solicitantes (a demanda órgano competente)

Información sobre actividad y funcionamiento del SED (a DPBS)

SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

En residencia de mayores

Si en la Residencia se presta un Servicio de Estancias Diurnas deberá contar con personal específico y despacho para estos profesionales.

Se deberá contar como mínimo con el siguiente personal específico para el mismo:

-Terapeuta ocupacional por cada 25 usuarios o fracción. En función de la tipología de los mismos, parte de su jornada podrá ser desempeñada por 1 fisioterapeuta.

-Auxiliar de enfermería/gerocultor por cada 12 usuarios o fracción. Cuando el Servicio de Estancias Diurnas se destine a la atención de personas con demencia, se exigirá 1 auxiliar por cada 10 usuarios o fracción.

En centros de día

Los Centros de Día en los que se preste un Servicio de Estancias Diurnas deberán contar con un director con acreditada cualificación profesional y, al menos, titulación universitaria de grado medio o, en su defecto, experiencia de, al menos, tres años en funciones similares de gestión y dirección de Centros destinados a personas mayores. Igualmente deberán contar con los

profesionales con la titulación adecuada para el Desarrollo de los programas y actividades que se realicen en el mismo.

Como mínimo el Centro contará con el siguiente personal de atención directa:

-Terapeuta ocupacional por cada 20 usuarios o fracción. En función de la tipología de los usuarios, parte de su jornada podrá ser desempeñada por un fisioterapeuta.

-Auxiliar de geriatría/gerocultor por cada 10 usuarios o fracción. Cuando el Servicio de Estancias Diurnas se destine específicamente a la atención de personas con demencia, se exigirá 1 auxiliar por cada 8 usuarios o fracción.

CENTROS DE DIA

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

Contarán con un director o responsable y con el personal necesario para el funcionamiento del centro, así como de los profesionales adecuados para el desarrollo de los programas y actividades que se realicen en el mismo.

PROCEDIMIENTO DE ACCESO AL SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

(Ley 10/2001 de 22/11/2001 de adecuación de procedimientos administrativos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha)

Plazo maximo de resolucion y notificacion

2 meses

SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social por la que se regula el regimen juridico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en centros gerontologicos de la red publica de Castilla-La Mancha)

Personas usuarias

Personas mayores que tengan una situación de dependencia personal que pueda ser atendida en el SED, siempre que carezcan durante el día de la asistencia adecuada y del apoyo familiar o social necesario, o precisen la

atención terapéutica, rehabilitadora o psicosocial que ofrece el servicio solicitado.

Requisitos de acceso

- Ser mayor de 60 años.
- Estar empadronado y residir en Castilla-La Mancha
- Residir en un área de influencia no superior a 10 km de distancia de la localidad donde se presta el SED (solicitud de transporte).
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa ni trastornos de conducta que puedan perturbar gravemente la convivencia en el centro.
- Tener reducida su autonomía para las actividades de la vida diaria, siempre que su situación de dependencia pueda ser atendida adecuadamente por el SED solicitado.
- Carecer durante el día de los apoyos familiares o sociales necesarios o precisar atención terapéutica rehabilitadora o psicosocial.
- Alcanzar la puntuación mínima establecida (aplicación baremo)
- Diagnóstico por especialista acreditado (solicitud para Unidades o SED especializado para demencias tipo alzheimer u otras patologías).

EXENCION DE ALGUNO DE LOS REQUISITOS

Si razones de índole social debidamente acreditadas y apreciadas por la DPBS.

Solicitudes

En modelo oficial, aprobado por DGAPMD
Firmadas por solicitante/representante legal
En DPCBS, cualquier otra dependencia CBS y registros Ley 30/1992

Especificación de:

Centro/Residencia del SED
Solicitud de transporte adaptado

Documentación justificativa

- Fotocopia compulsada DNI solicitante/ representante legal (acreditación documental)
- Informe médico sobre el grado de salud del interesado. Informe especialista y diagnóstico (casos demencia)
- Informe social sobre la situación sociofamiliar, económica y de la vivienda.
- Certificados residencia y empadronamiento solicitante
- Fotocopia compulsada declaración IRPF último ejercicio o certificado negativo de no haberse presentado y declaraciones complementarias.
- Certificado actual de haberes o rentas de cualquier naturaleza percibidas por solicitante y su cónyuge o persona con análoga relación de convivencia (pensión, prestaciones, subsidios, rendimientos de activos financieros)
- Otra documentación requerida por CBS para acreditar valoración.

Valoración

1. Comprobación cumplimiento requisitos solicitantes.

Informe (motivado y no vinculante) del Equipo Técnico de Intervención y Seguimiento sobre situación dependencia y aptitud solicitante ser atendido adecuadamente en SED.

2. Aplicación baremo

Por DPBS:

Coincidencia puntuaciones
Atención a fecha presentación solicitudes

En 1 mes desde completamiento documentación

Lista de reserva

Por DPBS

Para cada SED

Con solicitantes que cumplan requisitos

Orden según puntuación obtenida

Adjudicación vacantes por riguroso orden

Resolución

Por DPBS

En 5 días tras fin plazo para valoración

Denegación: Indicación causa

Inclusión en la Lista Reserva: Puntuación total y desglose por cada variable

Adjudicación plazas (indicación):

- Fecha inicio SED

- Concesión/denegación servicio transporte

- Tiempo permanencia determinado por evolución (según informes Equipo Técnico de Intervención y Seguimiento, valorados y ratificados por DPBS)

Fin plazo sin resolución: Desestimación

Recurso de alzada

Acceso al Servicio

En fecha de Resolución (salvo impedimento por causa mayor debidamente acreditada y apreciada por órgano competente)

Información a usuarios/as, familiares o cuidadores habituales

Por responsables SED

- Objeto SED

- Derechos y obligaciones

- Compromisos en documento (posible)
Modelo autorizado por DPBS

Régimen económico

Servicio público no gratuito

Abono por usuario/a (liquidación de estancias) de cantidad establecida en normativa vigente sobre precios públicos.

SED con servicio transporte

Aumento aportación usuario/a hasta un máximo del 10% adicional al porcentaje aplicado sobre la base del cálculo para determinar su cuantía (según normativa vigente sobre precios públicos)

Finalización del Servicio

Causas:

1. Renuncia voluntaria persona interesada
2. Fallecimiento
3. Ingreso en centro residencial
4. Incumplimiento obligaciones usuarios o de sus familiares o cuidadores habituales
5. No adaptarse al funcionamiento del servicio
6. Variaciones en estado de salud o situación sociofamiliar presentando situación de dependencia no atendible por SED
7. Finalizar o modificarse circunstancias motivadoras de ingreso
8. Ausencia prolongada por más de 30 días consecutivos o falta injustificada de asistencia al SED durante más de 45 días al año.

Mediante Resolución Delegado Provincial

Señalando causas motivadoras

Previa audiencia interesado

BAREMO DE INGRESO EN SED

(Resolución de 27-11-1998 de la Dirección General de Servicios Sociales de aprobación del baremo para la valoración de las solicitudes de plazas del servicio de estancias diurnas en centros gerontológico de la red pública de Castilla-La Mancha así como el modelo oficial de solicitud)

Instrumento técnico y jurídico que aplicará el órgano administrativo competente para valorar las solicitudes que previamente cumplan los requisitos establecidos.

Mediante la aplicación de las diversas variables que integran el baremo, los interesados obtendrán una puntuación, en función de la situación en que se encuentren, que los situará en el lugar que les corresponda dentro de la lista de reserva de plazas.

SED: Variables para la valoración de expedientes

variables	%	puntos maximo
SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR	35	70
Situación de convivencia		30
Atención familiar o social		40
SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FÍSICA Y/O PSÍQUICA	25	50
VIVIENDA	13	26
SITUACIÓN ECONÓMICA	13	26
EDAD	5	10
OTRAS CIRCUNSTANCIAS	9	18
TOTAL	100	200

Valoración

DEPENDENCIA FÍSICA Y/O PSÍQUICA
SITUACIÓN ECONOMICA
EDAD

Coincidente con lo establecido para las mismas variables en el baremo para la valoración de solicitudes y adjudicación de plazas en los centros residenciales de mayores de la red pública de Castilla-La Mancha (Orden 21-02-1997).

SITUACION SOCIOFAMILIAR

Se valorarán la situación de convivencia y la carencia de apoyos familiares o sociales que concurren en el interesado y que dificultan la atención permanente y continuada en el domicilio habitual.