

Colaboración Público-Privada en la Protección a la Dependencia

Colaboración Público-Privada en la Protección a la Dependencia

Autores:

M^a Teresa López López (dir)

Gayle Allard (dir)

Nuria Badenes Pla

Alfonso Utrilla de la Hoz

Amy Cheng

"PwC, el IE y el Centro PwC/ie no se identifican necesariamente con las ideas, opiniones y juicios expresados por los autores que son de su exclusiva responsabilidad"

COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA PROTECCIÓN A LA DEPENDENCIA

Autores:
M^a Teresa López López (dir.)
Nuria Badenes Pla
Alfonso Utrilla de la Hoz

Instituto de Empresa, Madrid

Título: Colaboración público-privada en la protección a la dependencia

Autores: M^a Teresa López López (directora), Nuria Badenes Pla y Alfonso Utrilla de la Hoz

Edita: Centro PwC & IE del Sector Público

Madrid, octubre de 2009

Depósito Legal: M-

Diseño portada, maquetación e impresión: Realizaciones Hera, S.L.

Prólogo

La protección a las personas que se encuentran en una situación de dependencia es un problema creciente que tienen que afrontar las sociedades avanzadas que están siendo testigos de un proceso continuo de envejecimiento de su población. El incremento de la esperanza de vida como consecuencia de los avances en los campos de la sanidad y la salud en general unidos a las caídas en las tasas de natalidad han dado como resultado una población cada vez más envejecida y por lo tanto, con una mayor dependencia de los demás para poder desarrollar su vida.

Es evidente que ni desde la perspectiva de la financiación de los servicios que requieren las personas en situación de dependencia, ni desde el punto de vista de la oferta de servicios que se necesitan para atenderla, el sector público puede hacerse cargo de todo. El debate sobre la financiación de los servicios necesarios para los dependientes: residencias, centros de día, atención domiciliaria, etc. es una cuestión abierta en la que unos se han mostrado partidarios de un seguro obligatorio para todos los individuos, sea en forma de un cotización adicional dentro del sistema de protección social, o sea un seguro fuera del sistema. Otros se han mostrado abiertamente a favor de una cobertura total por los sistemas públicos mediante una financiación por impuestos y finalmente, muchos se han mostrado partidarios de que la persona que necesita la asistencia contribuya a una parte de la financiación del servicio y que el sistema público de protección asuma otra. Desde la perspectiva de la provisión del servicio, parece existir también un consenso en que la iniciativa privada tiene mucho que aportar, como de hecho ya lo está haciendo, en prestar servicios de atención domiciliaria o en construir y gestionar residencias y centros de día y de noche.

Las posibilidades de la colaboración público privada en España están sujetas al marco normativo general que ofrece la ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, pero sobre todo, a la legislación que producen las Comunidades Autónomas titulares, y responsables fundamentales de estas competencias.

El presente informe ofrece en una primera parte un exhaustivo análisis de las condiciones de acceso a la prestación de los diversos servicios previstos en la normativa por parte de la iniciativa privada en cada Comunidad Autónoma. Además de constituir una base de información muy valiosa, evidencia con claridad los problemas de falta de homogeneidad en la regulación. Ello puede no ser demasiado importante para aquellos servicios que tienen un marcado carácter local pero puede serlo para el desarrollo de estrategias empresariales que requieran un ámbito más general.

La segunda parte nos ofrece un riguroso estudio del coste que puede suponer las horas dedicadas a la atención de los dependientes en sus domicilios si su coste, como pretende la ley, se hace explícito. Por otro lado, se ofrece un modelo para ilustrar los efectos del copago teniendo en cuenta el grado de dependencia y el nivel de renta de la persona asistida.

Por último, la tercera parte nos ilustra acerca de las diferentes vías en las que puede instrumentarse la participación público privada en España a partir de la experiencia anglosajona, pionera en estas fórmulas de colaboración, y de nuestro marco para la dependencia.

No quiero terminar este breve prólogo sin dejar constancia de mi agradecimiento a los autores. El trabajo ha sido coordinado por las Doctoras María Teresa López, de la Universidad

Complutense y Gayle Allard, titular de la cátedra económico-financiera del Centro PwC & IE del Sector Público. Ha contado también con la participación de los doctores Francisco Utrilla y Nuria Badenes de la Universidad Complutense así como con la colaboración de Amy Cheng, investigadora del IE Business School. A todos ellos gracias por su esfuerzo y a los lectores mis deseos de que este esfuerzo les resulte de utilidad.

Julio Gómez-Pomar Rodríguez
Director del Centro PricewaterhouseCoopers & IE del Sector Público

III PARTE	175
PROPUESTAS PARA EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN PÚBLICA-PRIVADA EN LA INSTRUMENTACIÓN DE LA LEY DE DEPENDENCIA.....	177
1. CAMBIOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS. NUEVAS NECESIDADES QUE EXIGEN NUEVAS FÓRMULAS DE COLABORACIÓN.....	177
2. PARTICIPACIÓN PÚBLICO-PRIVADA PARA ATENDER A LA DEPENDENCIA.....	180
2.1 <i>Conceptos previos. Ventajas de una mayor colaboración pública-privada.....</i>	180
2.2 <i>Análisis de dos servicios básicos: ayuda a domicilio y servicios residenciales.....</i>	183
A. RESIDENCIAS PARA ANCIANOS.....	184
A.1 <i>Las residencias para Ancianos en el Reino Unido.....</i>	184
A.2 <i>Las residencias para Ancianos en los Estados Unidos.....</i>	186
A.3 <i>Las residencias para Ancianos en España.....</i>	192
B. SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD).....	196
B.1 <i>Ayuda a Domicilio en el Reino Unido.....</i>	197
B.2 <i>Ayuda a Domicilio en los Estados Unidos.....</i>	201
B.3 <i>Ayuda a Domicilio en España.....</i>	206
3. NUEVAS PROPUESTAS PARA UNA MAYOR COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA EN LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.....	211
BIBLIOGRAFÍA.....	214
NOTAS.....	218

**La ley de dependencia en España.
Marco normativo y desarrollo
en las Comunidades Autónomas.**

1

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia representa asumir en términos legales el reto de atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia da respuesta a numerosas propuestas y decisiones de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa o la Unión Europea. En este último caso, la Unión Europea decidió en 2002 tres criterios básicos para orientar las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten.

La Constitución española ya recoge en sus artículos 49 y 50 referencias explícitas a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Hasta la actualidad, sus necesidades han sido atendidas, fundamentalmente, desde los ámbitos autonómico y local, y en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, en el que participa también la Administración General del Estado y dentro del ámbito estatal, los Planes de Acción para las Personas con Discapacidad y para Personas Mayores. Por otra parte, el sistema de Seguridad Social ha venido asumiendo algunos elementos de atención, tanto en la asistencia a personas mayores como en situaciones vinculadas a la discapacidad: gran invalidez, complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez y de la prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, asimismo, las prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y rehabilitación a personas con discapacidad y de asistencia a las personas mayores.

La participación activa de las entidades del tercer sector de acción social ha sido una característica desde hace años en la atención a las personas en situación de dependencia, apoyando el esfuerzo de las familias y las corporaciones locales en este ámbito. La propia Ley las define como organizaciones de carácter privado surgidas de la iniciativa ciudadana o social, bajo diferentes modalidades que responden a criterios de solidaridad, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sociales. Estas entidades constituyen además una importante malla social que previene los riesgos de exclusión de las personas afectadas.

La necesidad de garantizar a todos los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia en la población española ha conducido al Estado a intervenir en este ámbito a través de una regulación básica, configurando una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social.

A través de la Ley 39/2006 se regulan las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas. El SAAD tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección y, a tal efecto, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad

y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario.

Administrativamente el SAAD se organiza en tres niveles. La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Como segundo nivel se establece un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios. Finalmente, la norma contempla la posibilidad de que las Comunidades Autónomas desarrollen, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

El SAAD requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas, por lo que la coordinación y cooperación con las Comunidades Autónomas constituye un elemento fundamental para su configuración y desarrollo. Por ello, la Ley establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En su seno deben desarrollarse, a través del acuerdo entre las administraciones, las funciones de acordar un marco de cooperación interadministrativa, la intensidad de los servicios del catálogo, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios o el baremo para el reconocimiento de la situación de dependencia, aspectos esenciales que permiten el posterior despliegue del Sistema a través de los correspondientes convenios con las Comunidades Autónomas.

Entre los principios inspiradores de la nueva normativa se hace explícitamente compatible el carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia y la participación del tercer sector. Además de resaltar en los servicios y prestaciones la necesaria cooperación interadministrativa, se destaca la integración de las prestaciones establecidas en esta Ley en las redes de servicios sociales de las Comunidades Autónomas, en el ámbito de las competencias que tienen asumidas, y el reconocimiento y garantía de su oferta mediante centros y servicios públicos o privados concertados.

2. MARCO NORMATIVO ESTATAL DE CONFIGURACIÓN DEL CATÁLOGO DE SERVICIOS

El Sistema se configura así como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados, sin que suponga una alteración en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica. Su principal activo y novedad es que el sistema así configurado sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia; optimiza los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

Al Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema le corresponde, entre otras funciones, la de establecer los criterios para determinar la intensidad de protección de los servicios previstos. Por su parte, corresponde a las Comunidades Autónomas planificar, ordenar, coordinar y dirigir, en el ámbito de su territorio, los servicios de promoción de la auto-

nomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia y crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad.

Las prestaciones de atención a la dependencia se canalizan a través de servicios y prestaciones económicas. Los servicios, destinados a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados. De no ser posible la atención mediante alguno de estos servicios, se realizará a través de una prestación económica vinculada destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto, debiendo ser prestado por una entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.

La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante. Hasta que la red de servicios esté totalmente implantada, las personas en situación de dependencia que no puedan acceder a los servicios por aplicación del régimen de prioridad, tendrán derecho a la prestación económica señalada.

El Catálogo de servicios comprende los siguientes servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia:

a) Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal.

Tienen por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y rehabilitación, dirigidos a personas mayores y con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

b) Servicio de Teleasistencia.

Facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

c) Servicio de Ayuda a domicilio:

Este servicio lo constituye un conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función. Pueden ser servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros o bien servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria: atención de las necesidades del hogar y cuidados personales.

d) Servicio de Centro de Día y de Noche:

Ofrece una atención integral durante el período 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, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

Las modalidades de este servicio son:

- Centro de Día para mayores.
- Centro de Día para menores de 65 años.
- Centro de Día de atención especializada.
- Centro de Noche.

e) Servicio de Atención Residencial:

Desde un enfoque biopsicosocial, ofrece servicios continuados de carácter personal y sanitario. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. La prestación puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales. La Ley 39/2006 señala específicamente que el servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados en dos modalidades.

- Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
- Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

La red de centros estará formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, Entidades Locales, centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados. Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector.

Por su parte, los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente.

En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales del sistema público establecerán un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente.

Es competencia del Consejo Territorial la fijación de criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado. Asimismo, sin perjuicio de las competencias de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, el Consejo Territorial acordará:

- a) Criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.
- b) Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.
- c) Guías de buenas prácticas.
- d) Cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

Así, se establecerán estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo de prestaciones. De forma específica, los centros residenciales para personas en situación de dependencia habrán de disponer de un reglamento de régimen interior, que regule su organización y funcionamiento, que incluya un sistema de gestión de calidad y que establezca la participación de los usuarios, en la forma que determine la Administración competente. Se atenderá, de manera específica, a la calidad en el empleo así como a promover la profesionalidad y potenciar la formación en aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La prestación económica vinculada al servicio, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y la prestación económica de asistencia personalizada quedan integradas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas. Con tal fin, las entidades y organismos que gestionen dichas prestaciones vendrán obligados a suministrar los datos que, referentes a las que se hubiesen concedido, se establezcan.

El Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, establece los criterios generales para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006. En este Real Decreto se desarrollan sólo los servicios y prestaciones económicas correspondientes a los Grados II y III de dependencia severa y gran dependencia.

Se entiende por servicios asistenciales los que ha de recibir la persona dependiente para su atención y cuidado personal en la realización de las actividades de la vida diaria, así como los que tienen como finalidad la promoción de su autonomía personal. El transporte adaptado deberá garantizarse cuando por las condiciones de movilidad de la persona sea necesario para la asistencia al centro de día o de noche.

Los servicios de prevención se incluyen en los programas de Teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de atención residencial. Los Planes de Prevención elaborados por las correspondientes Comunidades Autónomas determinarán las intensidades de los servicios de prevención en su correspondiente ámbito territorial.

Los servicios de promoción de la autonomía personal incluyen actividades de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de rehabilitación, terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad. La intensidad de este servicio se adecuará a las necesidades personales de promoción de la autonomía, a la infraestructura de los recursos existentes y a las normas que se establezcan por las correspondientes Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia.

El servicio de Teleasistencia se prestará para las personas en situación de dependencia conforme a lo establecido en el programa individual de atención, en las condiciones establecidas por cada Comunidad Autónoma.

Para determinar la intensidad del servicio de Ayuda a domicilio se utiliza el término horas de atención. La hora, en este contexto, se refiere al módulo asistencial de carácter unitario, cuyo contenido prestacional se traduce en una intervención de atención personal al beneficiario. La intensidad del servicio estará en función del programa individual de atención y se determinará en número de horas mensuales de servicios asistenciales, mediante intervalos según grado y nivel de dependencia.

La intensidad del servicio de Centro de Día o de Noche estará en función de los servicios del centro que precisa la persona con dependencia, de acuerdo con su programa individual de atención. Las Comunidades Autónomas determinarán los servicios y programas y otras actividades de los centros para cada grado y nivel de dependencia.

La intensidad del servicio de Atención Residencial estará en función de los servicios del centro que precisa la persona con dependencia, de acuerdo con su programa individual de atención. Por su parte, el servicio de estancias temporales en centro residencial estará en función de la disponibilidad de plazas del Sistema en cada Comunidad Autónoma y del número de personas atendidas mediante cuidados en el entorno familiar. Este servicio de Atención Residencial permanente será incompatible con el de Teleasistencia, con la de Ayuda a Domicilio y con el Centro de Noche. En los demás servicios se estará a lo dispuesto en la normativa de las Comunidades Autónomas.

La Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Son objeto de acreditación los centros, servicios y entidades privadas, sean concertadas o no. La acreditación de los centros, servicios y entidades privadas concertadas es requisito para que formen parte de la red de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia. La competencia para acreditar corresponde a las Comunidades Autónomas en su ámbito competencial, si bien se encomienda al Consejo Territorial la fijación de criterios comunes. Estos han de ser entendidos como mínimos, debiendo las respectivas administraciones en su ámbito competencial realizar la legislación, reglamentación y ejecución que proceda.

Las Comunidades Autónomas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, acreditarán a los centros y servicios concertados para que formen parte de la red del Sistema, y a los centros y servicios no concertados para que puedan prestar atención a personas en situación de dependencia y éstas puedan percibir la prestación económica vinculada. Asimismo, se acreditarán las entidades privadas para cada uno de los centros y servicios previstos en el catálogo de la Ley. La acreditación sólo tendrá efectos en el ámbito territorial de la Administración que acredite.

Para la acreditación se establecerán requisitos y estándares de calidad en cada uno de los ámbitos que a continuación se relacionan, teniendo en cuenta el número de plazas, la intensidad en la prestación, la tipología de recursos y los servicios que deben ofrecer.

- a) Recursos materiales y equipamientos que garanticen la prestación del servicio adaptada a las necesidades de las personas en situación de dependencia, intensidades, seguridad y accesibilidad.
- b) Recursos humanos que irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servi-

cio, tanto en número de profesionales, como en su formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo.

Para las categorías profesionales que no se correspondan con titulaciones universitarias, se fijarán los perfiles profesionales más acordes con las funciones que deban realizar y que estén basados en la cualificación acreditada a través de los correspondientes Títulos de Formación Profesional, Certificados de Profesionalidad o vías equivalentes. En cualquier caso se requerirá, al menos, que el personal que se relaciona a continuación, cuente con la titulación que se especifica:

- a) Los Directores y Directoras de los Centros deberán contar con titulación universitaria y haber realizado formación complementaria en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de Centros Residenciales, u otras áreas de conocimiento relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia, salvo en los puestos ya ocupados, en los que el Director o Directora tendrá como mínimo 3 años de experiencia en el sector y contará con la formación complementaria anteriormente reseñada.
- b) Los Cuidadores y Cuidadoras, Gerocultores y Gerocultoras o categorías profesionales similares deberán acreditar la cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales.

Los requisitos relativos a las cualificaciones profesionales anteriormente señaladas serán exigibles progresivamente, en unos determinados porcentajes sobre los totales de las respectivas categorías profesionales de las correspondientes plantillas. Estos porcentajes podrán reducirse en un 50% cuando se acredite la no existencia de demandantes de empleo en la zona que reúnan los requisitos de cualificación profesional anteriormente reseñados. Esta posibilidad de reducción no será aplicable a partir de 2015, siempre que se haya desarrollado el sistema de acreditación de la experiencia profesional. La Entidad prestadora de los servicios, con la participación de la Representación Legal de los Trabajadores, deberá elaborar y desarrollar planes de formación para el conjunto de sus trabajadores. La formación impartida deberá ser adecuada a los puestos de trabajo desempeñados para facilitar la homologación o el acceso a las cualificaciones estipuladas en este acuerdo.

El número de profesionales se adecuará a la tipología, intensidad de la prestación de cada recurso del Sistema y a los servicios que prestan. Para las distintas tipologías de centros previstos en el catálogo, las ratios totales se adecuarán a la media entre las ratios medias y máximas que actualmente se exigen por las Comunidades Autónomas que tienen regulación en esta materia para los centros concertados, con exclusión de los valores extremos de las ratios establecidas. En su cálculo se incluirá todo el personal que trabaje habitualmente en el Centro, con independencia de su forma de contratación.

Se requerirá que los centros, servicios y entidades, en su caso, dispongan al menos de la siguiente documentación e información referida tanto a la propia organización como a los usuarios y trabajadores:

- a) Reglamento de Régimen Interior que incluya los derechos y deberes de los usuarios y su participación, en su caso.
- b) Plan de Gestión de Calidad, que incluya el mapa de procesos, procedimientos y protocolos de actuación, referidos al usuario y familia, a los servicios, a los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados.

- c) Carta de servicios que recoja las prestaciones que ofrece y los compromisos con las personas en situación de dependencia y sus familiares, en su caso.
- d) Documentación referida al usuario, que recoja objetivos, plan de trabajo interdisciplinar e intervenciones, así como la evaluación de los resultados en cuanto a mejora de su calidad de vida.
- e) Documentación referida al propio centro, servicio o entidad.
- f) Plan de emergencia.
- g) Documentación referida a los profesionales.
- h) Protocolos de actuación si no van incluidos en el plan de gestión de calidad.
- i) Información a remitir a los órganos competentes, procedimientos y periodicidad en la remisión.
- j) Información, en formato accesible, a suministrar a la persona en situación de dependencia y/o a sus familiares o tutores en lenguaje comprensible.
- k) Información referida a las condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad del centro o servicio.

Las normas y procedimientos de acreditación habrán de incluir necesariamente estipulaciones que obliguen a las entidades titulares de los centros o servicios a garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad y en situación de dependencia, tanto de los edificios y dependencias, como de los entornos propios del Centro de trabajo, los procesos y los procedimientos donde o por medio de los cuales se preste o se accede al servicio. En este sentido, se prestará especial atención a la accesibilidad para los distintos tipos de discapacidad. Asimismo, incluirán indicaciones, cuando proceda, de las medidas que favorezcan los aspectos sociales y medioambientales, de acuerdo a la legislación vigente en materia de contratos del sector público.

Dado que la calidad en la prestación de los servicios está ligada a la calidad en el empleo de los profesionales que la llevan a cabo, se incluyen determinados requisitos y estándares de calidad en el empleo para la acreditación de centros, servicios y entidades. En todo caso el Consejo Territorial, acordará aquellos indicadores de calidad en el empleo que serán tenidos en cuenta para la acreditación de centros, servicios y entidades (y entre los que figurarán, entre otros, los de estabilidad en el empleo, formación, prevención de riesgos laborales, adaptación de puestos de trabajo para discapacidad, etc.). Las Administraciones competentes establecerán las exigencias en la contratación de los servicios que permitan dar cumplimiento a los objetivos que se fijen para la calidad en el empleo.

Como planteamiento estratégico, y teniendo en cuenta las diferencias actualmente existentes entre las distintas Comunidades Autónomas, los requisitos y estándares de calidad exigidos deberán converger mejorando progresivamente el derecho reconocido a las personas en situación de dependencia a acceder en condiciones de igualdad al catálogo de servicios previstos en la Ley 39 con independencia del lugar del territorio del Estado donde residan. En el plazo de un año, el Consejo Territorial fijará los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado para cada uno de los centros y servicios del Sistema que servirán de referencia para los acuerdos posteriores de convergencia.

Siendo la persona en situación de dependencia la que hace uso de los recursos contemplados en la Ley, las exigencias mínimas de calidad han de garantizarse con independencia de la titularidad de los mismos. En consecuencia, los centros y servicios públicos habrán de cumplir, al menos, los mismos requisitos y estándares de calidad que se exijan para su acreditación a los centros y servicios privados.

Las normas de acreditación administrativa que se aprueben contemplarán un calendario de adecuación a las mismas de los actuales centros, servicios y entidades, en un plazo máximo de tres años con aplicación progresiva y escalonada de los objetivos específicos. Estas normas serán exigibles, en todo caso, a los nuevos centros desde el comienzo de su actividad. Por otra parte, estas normas podrán incorporar la exigencia de algún sistema de certificación, evaluación externa, auditoría de calidad, modelo de calidad, compromiso de plan de mejora, etc.

3. OFERTA REGIONAL DE SERVICIOS PARA LA DEPENDENCIA. REQUISITOS PARA LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA.

La aplicación de la Ley 39/2006 parte de una realidad de prestaciones actualmente existente desarrolladas por las Comunidades Autónomas. Estas mantienen una oferta diferente regulada por las normas regionales que, en términos de colaboración público-privada, contienen aspectos relacionados con los criterios de autorización, acreditación y servicios mínimos exigidos y se manifiestan por la evaluación de los requisitos materiales, recursos humanos y documentación exigible.

La autorización puede ser definida como el acto de la Administración Pública por el que se determina que un centro de atención para personas mayores o discapacitadas cumple las condiciones necesarias para garantizar una asistencia adecuada a los usuarios y beneficiarios. El procedimiento comúnmente ordinario en la mayoría de las Comunidades Autónomas incluye: la autorización por la Administración de Servicios Sociales, Licencia Municipal, Inscripción en el Registro de Servicios Sociales, Visado previo e Inspección.

La acreditación se define como el acto por el que la Administración Pública garantiza que los servicios y centros de servicios sociales a quienes se otorga reúnen o superan los mínimos de calidad exigidos reglamentariamente. Dichos requisitos mínimos son exigidos por la Administración Pública para establecer conciertos con entidades prestatarias de estos servicios. Como definición paralela y equivalente, se entiende la homologación como el acto por el que la Administración declara que una entidad, un servicio o centro de titularidad privada es idóneo para desempeñar sus funciones como parte del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, atendiendo en todo caso a criterios de calidad, eficacia y coste, tanto económico como social.

Con carácter general, los requisitos básicos exigidos en todo proceso de acreditación consisten en condiciones materiales, recursos humanos y documentación. La acreditación normalmente se realiza para un servicio determinado y no de la empresa en general.

Los servicios mínimos exigidos hacen referencia a las prestaciones y/o atenciones mínimas reguladas en la normativa vigente, que deben proporcionarse a los usuarios en función de sus necesidades o nivel de dependencia. Entre los servicios más frecuentes se encuentran la manutención, ayuda en actividades de la vida diaria, estimulación de las capacidades funcionales y atención sanitaria.

Los requisitos materiales hacen referencia a las condiciones mínimas arquitectónico-funcionales, reguladas por cada Comunidad Autónoma, que cada servicio debe reunir de acuerdo con sus características propias, tanto en la existencia de espacios específicos dedicados a diversas actividades y distintas funciones, como en las dimensiones concretas de éstos, con la finalidad de garantizar unos mínimos de calidad para los usuarios. En general, las normas reguladoras de los requisitos materiales tienden a estandarizarse a través de normas técnicas.

En materia de recursos humanos se determina el personal adecuado exigido, tanto en número como en perfil, regulado por las Comunidades Autónomas, del que cada centro debe disponer en relación con las características propias de cada servicio. Estas condiciones mínimas se plasman en indicadores tan comunes como ratios de personal, jornadas laborales o perfiles profesionales.

Por su parte, la documentación forma parte del proceso de acreditación y es necesaria para la puesta en marcha, funcionamiento, evaluación y seguimiento de cualquier centro de servicios sociales de titularidad pública o privada. Entre la documentación más común se encuentra el reglamento de régimen interior, régimen de contratos, póliza de seguros, libro de registro de los usuarios y expediente individual.

Dentro del catálogo de prestaciones se pueden distinguir distintos tipos de actuaciones objeto de regulación autonómica con características diferenciales. Así, se identifican seis tipos:

- a) Ayudas técnicas para facilitar productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con dependencia, fabricados especialmente o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.
- b) Las ayudas económicas canalizadas a través de cualquier tipo de soporte para situaciones de dependencia. Presentan diferencias en su definición por Comunidades Autónomas, siendo las más usuales los programas de ayudas de atención social a personas con disminución que tienen por objeto facilitar la prestación de los servicios y ayudas económicas necesarias para el desarrollo de la autonomía personal de personas con disminución física, psíquica o sensorial con medidas compensatorias con el fin de mejorar su calidad de vida y fomentar su integración social; o bien, ayudas económicas como prestación individualizada, única y no periódica a personas afectadas de una minusvalía física, psíquica o sensorial, que precisen determinados servicios, adquisición de instrumentos o ayudas especializadas.
- c) Ayudas específicas para el cuidado de personas mayores dependientes que presentan básicamente dos modalidades. En primer lugar, las prestaciones económicas para cuidadores de personas mayores dependientes, definidas como un sistema de prestaciones económicas de carácter público, destinadas a personas que se ocupen dentro de la familia del cuidado de las personas mayores dependientes que forman parte de su unidad familiar de convivencia. En segundo lugar, los programas de acogimiento familiar, consistentes en ofrecer una alternativa al ingreso en un servicio residencial, a las personas dependientes que no pueden desenvolverse de forma autónoma en su domicilio y que carecen de un medio familiar que les apoye, brindándoles la posibilidad de integrarse en una nueva familia y un nuevo domicilio donde se garantice la atención de sus necesidades de alojamiento y alimentación, así como de sus necesidades de compañía y apoyo para determinadas actividades de la vida diaria.

d) Ayudas para la accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas, dirigidas a facilitar la accesibilidad a personas con algún tipo de impedimento o limitación de movimiento a los espacios públicos y privados mediante la adaptación del entorno.

e) Ayudas a la movilidad, que tienen por finalidad apoyar a las personas que presentan alguna deficiencia física que dificulta gravemente su movilidad, en las actividades ordinarias en su entorno comunitario, por medio de un servicio personal de acompañamiento ocasional o periódico.

Los servicios analizados, de acuerdo con la información contenida en el informe “Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidad de servicios” de la Fundación SAR, editado en 2007 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales son los de:

- a) Teleasistencia
- b) Servicio de Ayuda a Domicilio
- c) Servicio de Centro de Día y de Noche
- d) Servicio de Centro Residencia

Todas las Comunidades Autónomas desarrollan sistemas de colaboración público-privado a través de gestión indirecta de determinados servicios y suscripción de conciertos. En general, los servicios de teleasistencia y ayuda a domicilio son gestionados a través de los Ayuntamientos con distinto grado de participación de las autoridades provinciales e insulares. En algunos casos, los servicios de teleasistencia se integran como una prestación técnica más de los servicios de ayuda a domicilio. En ambas prestaciones la casuística en la regulación de la colaboración con el sector privado es muy elevada, ya que la normativa básica respecto a características técnicas y criterios de adjudicación se realiza a nivel local.

En los Centros de día y residenciales la regulación regional respecto a requisitos, características técnicas y de recursos humanos, así como las exigencias de servicios mínimos para la participación del sector privado configura un marco normativo diverso que, en sus características generales, se detalla a continuación.

3.1. ANDALUCÍA.

3.1.1. Teleasistencia. El Servicio Andaluz de Teleasistencia es un sistema de atención personalizada basado en las nuevas tecnologías de la comunicación, que permite a sus usuarios mantener el contacto verbal a través de la línea telefónica, durante veinticuatro horas todos los días del año, con un centro receptor atendido por personal especialmente cualificado para ello.

La autorización administrativa previa tiene como objeto comprobar la adecuación del proyecto presentado a las condiciones mínimas materiales según las necesidades sociales que pretende satisfacer. La definitiva se obtiene al justificar los documentos precisos para garantizar el cumplimiento de los requisitos mínimos exigibles.

Las condiciones de calidad, materiales y funcionales que se exijan para la acreditación de centros y servicios se determinan reglamentariamente, atendiendo primordialmente a los siguientes aspectos:

- a) Condiciones físicas y arquitectónicas.
- b) Recursos humanos, organización del personal.
- c) Atención ofrecida e índice de las prestaciones.
- d) Sistema de participación.
- e) Sistema de contabilidad.
- f) Sistema de información a la Dirección General u organismo autónomo que corresponda.
- g) Su encuadramiento dentro del Plan Regional de SS.

Los servicios y centros de Servicios Sociales de las entidades públicas o privadas que pretendan concertar con la Administración de la Junta de Andalucía deberán previamente la concertación, ser acreditadas en el nivel de calidad exigido. La acreditación se otorgará por un período máximo de cuatro años y estará condicionada al cumplimiento de los requisitos exigidos. La acreditación llevará consigo, además de las obligaciones de carácter general, el cumplimiento de:

- a) Remitir anualmente una memoria de entidades del centro.
- b) Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal en sus aspectos cuantitativos y cualitativos.
- c) Remitir balance económico del ejercicio anterior y los presupuestos del centro para cada año en curso, dentro de los 15 días siguientes a su aprobación.

El desarrollo del Servicio Andaluz de Teleasistencia es asumido por la fundación Andaluza de Servicios Sociales, como entidad colaboradora de la Consejería de Asuntos Sociales, actuando según las normas de derecho privado.

Servicios mínimos exigidos básicos:

- a) Atención directa, promoviendo la movilización de los recursos necesarios ante situaciones de emergencia.
- b) Contacto periódico con los usuarios del servicio, aportándoles confianza, seguridad y compañía.
- c) Seguimiento personal de cada usuario, que garantice una mejor prestación del servicio.

3.1.2. Servicio de Ayuda a Domicilio, definido como prestación de carácter complementario y transitorio realizada preferentemente en el domicilio personal o familiar, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, una serie de atenciones preventivas, formativas, asistenciales y rehabilitadoras a individuos y familias con dificultades para permanecer en su medio habitual.

La acreditación garantiza que los servicios y centros de servicios sociales a quienes se otorga reúnen los mínimos de calidad exigidos reglamentariamente. La acreditación se otorgará por un período máximo de cuatro años. Además de las obligaciones de carácter general, se exige el cumplimiento de:

- a) Remitir anualmente una memoria de entidades del centro
- b) Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal en sus aspectos

cuantitativos y cualitativos

c) Remitir balance económico del ejercicio anterior y los presupuestos del centro para cada año en curso, dentro de los 15 días siguientes a su aprobación.

Las condiciones de calidad, materiales y funcionales que se exijan para la acreditación de centros y servicios contendrán información sobre los siguientes aspectos:

- a) Condiciones físicas y arquitectónicas.
- b) Recursos humanos, organización del personal
- c) Atención ofrecida e índice de las prestaciones.
- d) Sistema de participación; sistema de contabilidad; y sistema de información a la Dirección General u Organismo Autónomo que corresponda.
- e) Su encuadramiento dentro del Plan Regional de SS.

La prestación del servicio corresponde a las Corporaciones locales, que asumirán la titularidad del servicio, que podrán gestionar de forma directa o indirecta. En cualquiera de las dos modalidades, el personal que preste el servicio deberá ser propio de la corporación Local, a excepción del Auxiliar de Ayuda a Domicilio, que podrá serlo o no.

Profesionalmente, el perfil del director requiere formación de trabajador social. Sus funciones son: recibir la demanda, realizar el estudio y valorar la situación presentada y diseñar un proyecto de intervención adecuado. Asimismo, son los responsables de la supervisión, seguimiento y evaluación del servicio. El personal de atención debe ser trabajadores sociales, auxiliares de ayuda a domicilio, psicólogo (si es necesario) y educador/a.

Los servicios mínimos exigidos básicos son:

- a) Actuaciones de carácter doméstico, personal, educativo y sociocomunitarias.
- b) Ayudas técnicas y adaptativas del hogar.

3.1.3. Servicio de Centro de Día y de Noche. Se configuran como centros de promoción de bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales a otros sectores de la población.

Los servicios de estancia diurna dirigidos a personas mayores y con discapacidad se definen como el conjunto de actuaciones que, prestándose durante parte del día, están dirigidas a una atención integral mediante servicios de manutención, ayuda a las actividades de la vida diaria, terapia ocupacional, acompañamiento y otros, que mejoren o mantengan el nivel de autonomía personal de los usuarios. Por su parte, las unidades de estancia diurna para personas mayores son centros destinados a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica. Su objetivo es mejorar o mantener el nivel de autonomía personal de los usuarios y apoyar a las familias o cuidadores que afrontan la tarea de atenderlos. Las unidades de día para personas con discapacidad se definen como centros de día configurados como establecimientos destinados a la atención, en régimen de media pensión, de personas con una discapacidad tan grave que dependan de otras para las actividades de la vida cotidiana y no puedan ser atendidos por su unidad familiar durante el día. En el caso de personas con dis-

capacidad psíquica, tendrán una deficiencia mental grave (profunda, severa o media con graves alteraciones de comportamientos y/o plurideficiencias). En el caso de personas con discapacidad física y personas con parálisis cerebral, deberán carecer de posibilidades reales de formación reglada o de recuperación profesional.

Los servicios y centros de Servicios Sociales de las entidades públicas o privadas que pretendan concertar con la Administración de la Junta de Andalucía deberán, previamente la concertación, ser acreditadas en el nivel de calidad exigido. La acreditación se otorgará también por un período máximo de cuatro años y estará condicionada al cumplimiento de los requisitos exigidos. Las condiciones de calidad, materiales y funcionales exigibles están relacionadas con los siguientes aspectos:

- a) Condiciones físicas y arquitectónicas.
- b) Recursos humanos, organización del personal.
- c) Atención ofrecida e índice de las prestaciones.
- d) Sistema de participación; sistema de contabilidad; y sistema de información a la Dirección General u organismo autónomo que corresponda.
- e) Su encuadramiento dentro del Plan Regional de Servicios Sociales.

En particular, se verificará:

- a) Registro de usuarios.
- b) Expediente individual.
- c) Obligaciones contractuales.
- d) Reglamento de régimen interior.
- e) Recursos humanos.
- f) Condiciones higiénico-sanitarias.
- g) Alimentación.
- h) Programación y memoria anual de actividades.
- i) Conservación del centro.
- j) Iluminación y ventilación naturales.
- k) Plan de evacuación y emergencia implantado.
- l) Protección y seguridad
- m) Autorizaciones administrativas.
- n) Póliza de seguros.
- o) Libro de sugerencias y reclamaciones.
- p) Régimen contable.

En los centros de día para mayores se exigirá una programación anual de las actividades generales del centro que estará expuesta en el tablón de anuncios para general conocimiento.

to del personal del centro, de los usuarios y sus familiares o cuidadores. De otra parte, cada usuario contará con un expediente individual que, además de los datos personales y familiares, la historia sanitaria y psicosocial, la fecha de admisión e informes diversos, deberá contener un programa individual de actuación para cada una de las distintas áreas de intervención (física, psicológica y sociofamiliar) adaptado a sus necesidades y periódicamente evaluado. En los centros de día para personas discapacitadas los usuarios contarán con programación detallada individual donde queden definidos los objetivos a alcanzar, la metodología a seguir y evaluación, quedando recogida por escrito en su expediente individual.

Los requisitos materiales y de personal exigibles para las unidades de día para personas mayores y con discapacidad son los siguientes:

Requisitos materiales:

- Aseo obligatorio: 1 cada 10 usuarios.
- Dimensiones:
 - Comedor: 1.5 m2 mínimo por persona, nunca inferior a 12 m2.
 - Sala de estar: 2 m2 mínimo por persona, nunca inferior a 12 m2.
 - Sala de actividades: 1 m2 por plaza.
- Al menos una sala contará con una superficie mínima de 20 metros y el resto de las salas no podrán ser inferiores a 12 m2. Si el centro es de más de 30 plazas, mínimo 2 salas.

Personal mínimo exigido:

- Perfil director: Director/responsable, debidamente acreditado por la entidad titular, con titulación de grado medio como mínimo o experiencia constatada en puesto similar de tres años. Puede ser compartido con el de la residencia.
- Otros profesionales de atención:
 - Para residencias de 8 a 19 personas: 1 cuidador.
 - Para residencias de 20 personas: 1 cuidador y un responsable técnico.
- Personal de servicios: El resto del personal hasta completar la ratio será psicopedagógico y de oficio.

Ratio mínima de personal de atención directa:

- Para los módulos de 8 a 19: 0.25.
- Para los módulos de 20 usuarios: 0.35.

En las unidades de día para personas gravemente afectadas con discapacidad física y/o parálisis cerebral los requisitos son iguales a las unidades de día para discapacidad pero han de ser de mínimo 20 usuarios y los siguientes ratios:

Profesionales sanitarios:

- 1 fisioterapeuta.

Otros profesionales de atención:

- 1 responsable técnico.
- Monitores. Ratio 0,10.
- Cuidadores. Ratio 0,20.

El resto del personal hasta completar la ratio será psicopedagógico y de oficio.

Ratio mínima de personal de atención directa: 0.45.

Los servicios mínimos exigidos básicos son los siguientes:

En centro de día para personas mayores:

- | | | |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| - Actividades sociales | - Autoayuda | - Culturales |
| - Recreativas | - Deportivas | - Musicales |
| - Artesanales | - Turísticas | - Servicio de comedor |
| - Servicio de orientación jurídica | - Aulas de informática | |

Además, para unidades de atención diurna para personas mayores:

- Manutención.
- Atención a la salud (valoración de discapacidades, seguimiento de la evolución, prevención de nuevos problemas, curas de soporte, seguimiento de tratamientos prescritos por médico de cabecera o especialistas).
- Atención básica (ayuda en las actividades de la vida cotidiana).
- Estimulación de las capacidades funcionales según las condiciones bio-psico-sociales de cada usuario (terapia ocupacional, fisioterapia, psicopedagogía...).
- Asistencia social.
- Soporte familiar.
- Dinamización sociocultural que estimule las capacidades creativas y de relación, tanto de usuarios como de sus cuidadores.

Para ello, contarán con un mínimo de tres áreas diferenciadas de atención: Convivencia, actividades y reposo.

En centro de día para personas discapacitadas, estará garantizado su funcionamiento durante once meses al año y un mínimo de 39 horas semanales y cinco días a la semana.

Los usuarios contarán con programación detallada individual donde queden definidos los objetivos a alcanzar, la metodología a seguir y evaluación, quedando recogida por escrito en su expediente individual. Deberán tener garantizados los servicios de comedor y transporte, adecuados a sus características, con medios propios o concertados y la atención médico-sanitaria y psicosocial con medios propios, concertados o del sistema público.

3.1.4. Centros residenciales para personas mayores. Son centros de alojamiento y convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor una atención integral. Las plazas residenciales se clasifican en válidos, asistidos y gravemente afectados, según el grado de dependencia y atención que precise la persona mayor. Por su parte, los centros residenciales para personas con discapacidad pueden ser:

- a) Residencias para personas gravemente afectadas. Centros residenciales configurados como recursos de atención integral, destinados a atender, en régimen de internado, a personas con una discapacidad tan grave que precisen de la ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria y no puedan ser asistidos en su medio familiar.
- b) Residencias de adultos. Centros residenciales configurados como recursos de atención integral, destinados al acogimiento y convivencia, temporal o permanente, en régimen de internado, de personas con discapacidad que disfrutan de cierta autonomía personal, y que, por razones familiares, formativas o laborales- ocupacionales, tengan dificultad para la vida familiar normalizada y la integración social.
- c) Respiro familiar para mayores y discapacitados. Conjunto de actuaciones que se prestarán, en régimen residencial, en períodos que oscilen entre 24 horas y un mes, con carácter prorrogable, por motivos de descanso, enfermedad u hospitalización, emergencias y otras circunstancias análogas.

En estos casos, la autorización administrativa tiene como objeto comprobar la adecuación del proyecto presentado a las condiciones mínimas materiales según las necesidades sociales que pretende satisfacer. Por su parte, la acreditación garantiza que los servicios y

centros de servicios sociales a quienes se otorga reúnen los mínimos de calidad exigidos. Igualmente, la acreditación se otorgará por un período máximo de cuatro años y estará condicionada al cumplimiento de los requisitos señalados para la misma. La acreditación llevará consigo, además de las obligaciones de carácter general, el cumplimiento de:

- a) Remitir anualmente una memoria de entidades del centro.
- b) Comunicar anualmente las variaciones en las plantillas de personal en sus aspectos cuantitativos y cualitativos.
- c) Remitir balance económico del ejercicio anterior y los presupuestos del centro para cada año en curso, dentro de los 15 días siguientes a su aprobación.

Las condiciones de calidad, materiales y funcionales que se exijan para la acreditación de centros y servicios se determinarán reglamentariamente, atendiendo primordialmente a los siguientes aspectos:

- a) Condiciones físicas y arquitectónicas.
- b) Recursos humanos, organización del personal.
- c) Atención ofrecida e índice de las prestaciones.
- d) Sistema de participación.
- e) Sistema de contabilidad.
- f) Sistema de información a la Dirección General u organismo autónomo que corresponda.
- g) Su encuadramiento dentro del Plan Regional de SS.

En las residencias de mayores se requiere que incluya una valoración individualizada del estado de salud de cada usuario al ingreso del centro, una programación de la intervención individualizada y la evaluación y seguimiento de cada caso. En las residencias para gravemente afectados cada usuario contará con un programa individual de rehabilitación y desarrollo personal, estimulación sensitivo-motriz, psicomotricidad, comunicación, actividades de vida diaria, terapia ocupacional en la medida de sus necesidades, que se incluirá en su expediente individual. En las residencias de adultos cada usuario contará con un programa detallado de hábitos de vida diaria, desenvolvimiento en el medio, tareas a desarrollar y compartir en la residencia, haciendo constar objetivos, métodos y técnicas a emplear para alcanzarlas, así como sistemas de evaluación.

Los requisitos materiales en el caso de residencias para mayores son los siguientes:

Dormitorio:

- Capacidad máxima: Cuatro personas por dormitorio, procurándose que sean dobles o individuales.
- Dimensiones: Se determinarán por tener que respetar un espacio libre a un lado de la cama de 70 cm, un espacio de paso a los pies de la cama y frente al ropero también de 70 cm, y una superficie mínima de 5 m² por cama.
- En caso de usuarios en silla de ruedas, el espacio frente al ropero se ampliará hasta 120 cm. En todo caso, los dormitorios no serán inferiores a 6 m²
- Cada usuario dispondrá de una cama no inferior a 80 cm por 180 cm.

Aseo:

- Aseo obligatorio: En todos los centros existirán, como mínimo, dos aseos de uso común, con inodo-

ro y lavabo. Altura de 2 metros como mínimo.

- Baño geriátrico: Existirá un baño geriátrico por cada 20 residentes asistidos o fracción y uno por cada 30 residentes válidos o fracción procurando situar al menos uno en cada planta del centro. Si es placa de ducha ha de ser de 7 m².

- En el caso de que dicho baño geriátrico esté compuesto por inodoro, lavabo y bañera, se requerirá una superficie aproximada de 12 m², debiendo estar situada la bañera en el centro de la habitación o con al menos tres de sus lados libres.

- Se dispondrá un baño por cada habitación o como máximo estará compartido por dos dormitorios, disponiendo de ducha o sumidero sifónico en el suelo antideslizante, inodoro y lavabo.

Dimensiones de otros espacios:

- Comedor: Entre 1,5 y 12 m²/plaza en las residencias con capacidad igual o superior a 20 plazas.

- Sala de estar: Entre 2 y 12 m².

- Sala de curas/ enfermería: Los centros residenciales con capacidad de 50 a 100 plazas deberán contar con una unidad diferenciada de enfermería con un mínimo de dos habitaciones individuales o una doble, no contabilizables como plazas del centro.

- En los centros residenciales con capacidad igual o superior a 100 plazas, la enfermería estará integrada, cuando menos, por una habitación doble y dos individuales, no contabilizables como plazas del centro. Tanto en este caso como en el anterior, la enfermería contará con un aseo anexo a la misma suficientemente amplio como para permitir la maniobrabilidad del usuario y del cuidador

- Sala de actividades: forma parte de la sala de estar.

- Sala funcional: El hueco libre de paso de las puertas será de 80 cm como mínimo. Altura mínima de los techos 2,5 m.

- Sala de rehabilitación: Formará parte de la zona de atención especializada definida como un conjunto de salas con mín. 1 m² por plaza, al menos una de ellas será de mín. 20 m² y el resto no podrán ser inferiores a 12 m². Podrán ser compartidas con los centros de día.

- Sala de terapia ocupacional: Formará parte de la zona de atención especializada: zona de salas con mínimo de 1 m² por plaza, al menos una de ellas será de mín. 20 m² y el resto no podrán ser inferiores a 12 m². Podrán ser compartidas con los centros de día

- Sala de velatorio: Los centros residenciales con capacidad igual o superior a 50 plazas contarán con una sala diferenciada y de uso exclusivo para velatorios.

- Sala de visitas: 1 habitación por cada 50 plazas con superficie mínima de 12 m².

- Ascensores: Las residencias que no estén en planta baja contarán con un ascensor con accionamiento manual en caso de emergencia. En el supuesto de centros residenciales para personas asistidas, dicho ascensor debe ser capaz, como mínimo, de transportar una camilla y dos personas.

En las residencias para discapacitados los requisitos son los siguientes:

Residencia para gravemente afectados: Mínima, 15 usuarios; máxima, 50 usuarios contando con unidad de día. Este número podrá incrementarse siempre que se cuente con una estructura modular.
Residencia de adultos: Mínimo 11 – máximo 30.

Dimensiones del dormitorio:

- Gravemente afectados: 6 m² mín. por persona, 8 m² si precisan de silla de ruedas.

- Habrá al menos tres dormitorios individuales para personas que precisen permanecer aisladas (enfermedad, conducta, etc.) en el caso de residencias para 30 usuarios.

Aseo obligatorio

- Gravemente afectados:

- 1 inodoro cada 6 usuarios o fracción.

- 1 lavabo cada 6 usuarios o fracción.

- 1 ducha o baño adaptado cada 8-10 usuarios o fracción.

Gravemente afectados:

- Sala para tratamiento rehabilitador: Mínimo 15 m².

- Sala de tratamiento individual: con un mínimo de 10 m².

Personal mínimo exigido en residencias para mayores:

Perfil director: Preferentemente trabajador social, diplomado universitario en Enfermería (DUE), psicólogo, psicopedagogo o médico, siempre con, al menos, titulación de grado medio, salvo en los supuestos de puestos ya ocupados, en los que el director tendrá como

mínimo tres años de experiencia en el sector de la gerontología.

Personal mínimo para residencias de personas válidas: Ratio total: 0,25 personal/usuarios. En esta ratio se incluirá:

- Un director.
- Personal de atención directa con una ratio de 0,167 personal / usuarios, compuesto por: Auxiliares de clínica o similar con una ratio de 0,125
- El resto del personal de atención directa (médico, DUE, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta) con una ratio de 0,042
- El resto del personal hasta cumplir la ratio de 0,35 será de personal de atención directa, administración y de servicios.

Personal mínimo para residencias de personas asistidas: Ratio total: 0,35 personal/usuario (5). En esta ratio se incluirá:

- Un director.
- Personal de atención directa con una ratio de 0,3 personal / usuarios, compuesto por:
 - DUE, con una ratio de 0,04.
 - Auxiliares de clínica o similar con una ratio de 0,2.
- El resto del personal de atención directa (médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta) con una ratio de 0,064
- El resto del personal hasta cumplir la ratio de 0,50 será de personal de atención directa, administración y de servicios.

Personal para plazas de personas mayores con graves y continuados trastornos de conducta: Ratio total: 1 personal/usuario. En esta ratio se incluirá:

- Un director.
- Médico psiquiatra o neuropsiquiatra.
- Psicólogo.
- DUE.
- Cuidadores con titulación de auxiliar de clínica o similar. Ratio 0,2.
- El resto de personal hasta cumplir la ratio de 1 será de personal de atención directa, administración y de servicio.

En residencias para discapacitados:

Perfil director: Preferentemente trabajador social, diplomado universitario en Enfermería (DUE), psicólogo, psicopedagogo o médico, siempre con, al menos, titulación de grado medio, salvo en los supuestos de puestos ya ocupados, en los que el director tendrá como mínimo tres años de experiencia en el sector de la gerontología.

Personal mínimo para residencias de gravemente afectados: Plantilla tipo de residencia para personas con discapacidad psíquica. La ratio será 0,35. Cumplirán los siguientes requisitos:

- Un director.
- Ratio cuidador-usuario 0,6-0,8.
- Un DUE a media jornada a partir de 15 usuarios.
- El resto del personal hasta completar la ratio será personal de apoyo psicopedagógico y/o de oficio.

Personal mínimo para residencias de personas con discapacidad física y parálisis cerebral, gravemente afectada, la ratio será de 1,01. Cumplirán los siguientes requisitos:

- Un director.
- Ratio monitor / usuario 0,06.
- Ratio cuidador / usuario 0,7.
- Un fisioterapeuta.
- Un DUE a media jornada a partir de 15 usuarios.
- Deberá incluir el personal especializado que garantice la atención adecuada.
- El resto del personal hasta completar la ratio será personal de apoyo psicopedagógico y/o de oficio.

Personal mínimo para residencias de adultos: La ratio será de 0,37.

Para residencias entre 11 y 16 usuarios:

- Podrán compartir director con centro ocupacional.
- Ratio cuidador / usuario 0,2.
- El resto del personal hasta completar la ratio será de personal de oficio.

A partir de 16 usuarios:

- Director propio.
- Ratio cuidador / usuario 0,2.
- El resto de personal hasta completar la ratio será de personal de oficio y/o apoyo psicopedagógico.

Los servicios mínimos exigidos son los siguientes. En centros de atención especializada a personas mayores:

- Atención a la salud, entendida ésta en sus componentes biológico, psicológico y social
- Estimulación de las capacidades bio-psico-sociales, en base a las pautas establecidas en la programación individualizada (actividades de rehabilitación y estimulación física, cognitiva, relacional...).
- Ayuda en el desarrollo de las actividades de la vida diaria (aseo personal, ayuda en la alimentación, movilidad y la realización de todas aquellas actividades que no puedan realizar por sí mismos).
- Asistencia social.
- Dinamización sociocultural.
- Manutención, alojamiento y lavandería.

En centros de atención especializada a personas con discapacidad se distingue entre los aplicables a las residencias para gravemente afectados:

- Estará garantizado su funcionamiento todos los días del año y las 24 horas del día.
- Los usuarios de estos centros deberán tener garantizados los servicios de alojamiento, manutención, higiene personal y todas aquellas actividades que no puedan realizar por sí mismos, así como la atención médico-sanitaria, psicosocial con medios propios, concertados o públicos del sistema.

Y las residencias de adultos:

- Ocio y tiempo libre, con utilización preferente de recursos comunitarios.
- Los usuarios de estos centros deberán tener garantizado los servicios de alojamiento, manutención, higiene personal y todas aquellas actividades que no puedan realizar por sí mismos, así como la atención médico-sanitaria, psicosocial con medios propios, concertados o públicos del sistema.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regula el registro de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales.
- Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía. Decreto 102/2000, de 15 de marzo, de modificación del decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro y acreditación de los servicios sociales de Andalucía.

- Orden de 30 de agosto de 1996, modificada por las órdenes de 17 de octubre de 1996, de 5 de abril de 2000, de 19 de febrero de 2002 y de 21 de febrero de 2005; que regula la concertación de plazas con centros residenciales de atención especializada para el sector de Personas Mayores.
- Orden de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad.
- Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores.
- Resolución de 6 de abril de 2000, del Instituto Andaluz de Servicios Sociales, de modificación parcial de la de 1 de octubre de 1996, por la que se aprueba el modelo tipo de convenio de colaboración y los modelos tipo de pliegos de condiciones para la concertación de plazas en centros de atención especializada para el sector de personas con discapacidad.
- Orden de 28 de julio de 2000, conjunta de las Consejerías de la Presidencia y de Asuntos Sociales, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y se aprueba el modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas.
- Orden de 6 de mayo de 2002, por la que se regula el acceso y el funcionamiento de los programas de estancia diurna y respiro familiar.
- Orden de 21 de octubre de 2004, por la que se aprueba los modelos de solicitudes de ingreso y traslado de centros residenciales de personas mayores, con plazas sostenidas con Fondos Públicos de la Administración de la Junta de Andalucía.
- Orden de 20 de abril de 2006, por la que se establecen las tarifas y se regula la aportación de las personas usuarias que regirán en los Centros y de día de atención a personas con discapacidad concertados y conveniados con la Consejería.
- Orden de 10 de enero de 2007, por la que se modifica la de 10 de enero de 2002, por la que se regula el Servicio Andaluz de Telasistencia.
- Acuerdo de 6 de febrero de 2007, del Consejo de Gobierno, por el que se actualiza la cuantía de los precios públicos que regirán en los centros residenciales y de día de atención a personas con discapacidad dependientes de la Administración de la Junta de Andalucía.
- Orden de 7 de marzo por la que se modifica la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.
- Orden de 5 de julio de 2007 por la que se regula el procedimiento para la evaluación externa de la calidad en los centros de atención a personas con discapacidad propios, concertados y conveniados con la CIBS.
- Orden de 31 de octubre de 2007, por la que se modifica la de 30 de agosto de 1996, por la que se regula la concertación de plazas con centros de atención especializada para los sectores de personas mayores y personas discapacitadas.
- Resolución de 22 de enero de 2008, de la Dirección General de Personas con Discapacidad, por la que se actualiza el coste de las plazas concertadas y conveniadas con centros para personas con discapacidad (BOJA nº29, de 11 de febrero de 2008).
- Decreto 396/2008, de 24 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Inspección de Servicios Sociales de la Junta de Andalucía (BOJA nº134, de 7 de junio de 2008).
- Orden de 28 de julio de 2008, por la que se aprueba el Plan General de Inspección de las Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía para el año 2008.
- Orden de 6 de abril de 2009, por la que se modifica la de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía, y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

3.2. ARAGÓN.

3.2.1. Teleasistencia. Consiste en la prestación de un servicio que a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico ubicado en un centro de atención que permite a los usuarios desde su domicilio ponerse en contacto con el centro de atención durante las veinticuatro horas del día y los trescientos sesenta y cinco días del año y ser atendidos por personal específicamente preparado para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, bien por sí mismo o movilizándolo otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la región. Va destinado a las personas mayores de 60 años, o que siendo menores, tengan una disminución física o sensorial, o sean personas de riesgo debido a su estado de salud.

La colaboración privada se realiza a nivel municipal a través de la preceptiva licencia municipal y la autorización previa para creación, construcción, ampliación, adaptación, apertura al público, modificación, traslado, cambio de titularidad y cierre. La realización del programa se efectúa mediante un convenio de cooperación suscrito entre el IMSERSO y la FEMP. La prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, según lo establecido en las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, por acuerdo entre las partes firmantes del Convenio Específico de Cooperación. El coste del servicio será financiado por el IMSERSO, con una aportación máxima del 65%, y por la entidad local y los usuarios con el 35% restante.

Los servicios mínimos exigidos son la atención personalizada y continua a través del teléfono y el seguimiento social.

3.2.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Consiste en la prestación continua de una serie de atenciones y/o cuidados de carácter personal, doméstico y psicosocial a los individuos y/o unidades de convivencia en su domicilio cuando se hallan en situaciones en las que no sea posible la realización de sus actividades habituales, o en situaciones de conflicto psicofamiliar para algunos de sus miembros

En la oferta concertada se requiere autorización previa para la creación, construcción, ampliación, adaptación, apertura al público, modificación, traslado, cambio de titularidad y cierre y también licencia municipal.

La documentación exigida requiere:

- a) Acreditación personal y profesional de todo el personal sanitario del centro o servicio sanitario, mediante la presentación del documento nacional de identidad o pasaporte, titulación académica y certificado del colegio profesional correspondiente, de su capacidad legal para ejercer la profesión.
- b) Documento de acreditación del personal no sanitario del centro o servicio sanitario, mediante la presentación del documento nacional de identidad o pasaporte.
- c) Justificación de la relación laboral entre el personal trabajador y el titular del centro, mediante la presentación de contratos laborales, de prestación de servicios, de alquiler de despacho, u otros que pudieran darse.
- d) Nombramiento del responsable sanitario del centro o servicio sanitario y, en su caso, relación de la estructura y personas responsables de los servicios sanitarios existentes.
- e) Certificación firmada por técnico competente y visada por el colegio profesional correspondiente, del cumplimiento de toda la normativa vigente que afecte al centro, en materia de instalaciones y seguridad. En el caso de centros o servicios de titularidad de las Administraciones Públicas, el visado podrá ser realizado por el órgano supervisor correspondiente.
- f) Sistema establecido para garantizar la confidencialidad de los datos de carácter personal contenidos en la documentación clínica del centro o servicio sanitario.
- g) Documentación acreditativa del pago de las tasas correspondientes.

También precisa:

- a) Informe de distribución financiero.

- b) Cifra de negocios global.
- c) Histórico de servicios prestados con anterioridad.
- d) Medidas de calidad.
- e) Memoria de actividades.

Profesionalmente no se establece ningún perfil para el director y el personal sanitario, aunque sí para el personal de atención. Así, en Huesca: personal voluntario, personal técnico (trabajadores sociales, educadores, psicólogos), y auxiliares de ayuda a domicilio (dedicados a la atención doméstica, personal y preventiva). En Zaragoza: auxiliares de ayuda a domicilio y trabajadores sociales.

El tiempo de atención por usuario varía por localidades. Así, por ejemplo, en Zaragoza se establece un máximo y mínimo diario de 2 horas. En Huesca: a) En los casos de atención doméstica, mínimo 2 horas semanales y máximo 6 horas semanales. b) En los casos de atención mixta (doméstica y personal), mínimo 2 horas semanales y máximo 12 horas semanales. c) Como máximo se prestarán 2 horas diarias de lunes a domingo, salvo en aquellos casos que por sus circunstancias y de forma excepcional requieran más tiempo de servicio. Sólo se prestará en domingos y festivos los casos de atención personal o que, siendo mixtos, requieran atención personal. El horario en el que se prestará el SAD lo determinará la Fundación Municipal de Servicios Sociales basándose en criterios de adecuación de las tareas a realizar. Además, en los casos en que el anciano conviva con familia válida para las AVD, sólo se prestará para atención personal (higiene personal) y en ningún caso se realizarán tareas domésticas.

Los servicios básicos se detallan de forma pormenorizada:

Tareas domésticas o de atención en el hogar, que consisten en realizar, con la ayuda de la persona, si puede hacerlo, tareas como las siguientes:

-Limpieza de vivienda (barrer, fregar el suelo, limpiar muebles, puertas, ventanas...); Fregado de vajilla; Lavado, repaso y planchado de ropa; Hacer las camas; Realización de compras domésticas a cuenta del usuario/a; Determinación de menús, conjuntamente con el usuario/a; Apoyo a la organización y orden domésticos; Reparación menor de utensilios domésticos y de uso personal que se presenten de manera imprevista y que el usuario/a, por sus limitaciones, no pueda arreglar siempre y cuando no precise de un especialista; Otras labores propias de la vida cotidiana para las que el usuario/a se vea incapacitado.

Tareas de atención personal: consisten en ayudar a la persona, estimulándola para que realice todo aquello que pueda por sí misma, en las siguientes AVD:

- Levantarse; Asearse; Bañarse/ducharse; Deambular por la casa; Vestirse; Calzarse; Peinarse; Afeitarse/maquillarse; Comer; Subir y bajar escaleras.

Tareas de cuidados especiales, a realizar con las personas que sufren graves dependencias e incluye las siguientes:

- Aseo personal, incluyendo cambio de ropa, lavado de cabello y todo aquello que requiera la higiene habitual de personas inmovilizadas e incontinentes; Cambio de bolsas, colectores y pañales; Ayuda y apoyo a la movilización en casa a fin de prevenir la formación de escaras o úlceras; Transferencias (de la cama a la silla, de la silla al WC, etc.); Ayuda para la ingestión de medicamentos (incluyendo insulina), quedando totalmente prohibida la realización de curas que requieran la intervención de especialistas en enfermería, así como la administración de medicamentos por vía intravenosa o similares); Ayuda para comer y/o alimentación especial.

Tareas de índole preventivo y de ayuda en la vida social y relacional:

- Detección de cambios situacionales y observación de relaciones familiares y sociales; Potenciar valores positivos para superación de situaciones de crisis; Entrenamiento en habilidades domésticas, higiénicas y de organización y economía doméstica; Supervisar la toma de medicamentos prescritos; Pasear; Salir de compras junto con la persona atendida; Ayudar a la persona a la realización de gestiones; Acompañamiento a consultas médicas, hogar o club, etc; Ayudarle en el despacho de su correspondencia personal, estimularle para que realice llamadas o visitas a sus allegados, amistades y familiares; Ayudarle a llevar las cuentas; Hablar y dialogar con la persona atendida.

3.2.3. Servicio de Centro de Día. Centro especializado de servicios sociales, destinado a ofrecer una atención diurna a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diferentes grados de dependencia, promoviendo en lo posible su autonomía, la permanencia en su entorno habitual y proporcionando un apoyo familiar. En el caso de los servicios especializados de acogimiento diurno para personas con discapacidad su objetivo es prestar una atención individual, habilitación personal y social, rehabilitación y convivencia a quienes por sus características no puedan permanecer en su hogar durante todo el día.

Los servicios concertados requerirán autorización previa para la creación, construcción, ampliación, adaptación, apertura al público, modificación, traslado, cambio de titularidad y cierre, así como contar con licencia municipal y el cumplimiento de las condiciones mínimas materiales. La inspección, control y evaluación de las Administraciones Públicas competentes se llevará a cabo tras un año de apertura.

La documentación necesaria hace referencia a los siguientes requisitos:

- a) Reglamento de régimen interior que incluya: Derechos y deberes del usuario; sistema de recogidas de sugerencias y resolución de quejas; sistema de admisiones; sistema de cobro del precio de servicio
- b) Libro de registro de los usuarios que contenga: Número de orden; Fecha de alta; Nombres y apellidos; Tarifa; Fecha de baja y su causa.
- c) Ficha sociosanitaria de cada usuario.
- d) Disponer en cartelera la acreditación al Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos.
- e) Disponer en cartelera precios y tarifas, así como hojas de reclamación.
- f) Disponer de una póliza de seguro por daños a los usuarios y al inmueble.

Los centros que quieran realizar concierto deben reunir los siguientes requisitos: estar inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos de Acción Social; disponer de autorización de funcionamiento o tener dicha autorización en trámite; disponer del mínimo de personal de atención directa de acuerdo a la tipología del centro; disponer de servicios de manutención, alojamiento y enfermería. La persona o entidad por su parte debe ser propietario del centro o tener derecho de uso y usufructo del mismo (y contar con autorización del propietario). En el caso de personas físicas no propietarias este derecho no puede ser inferior a cinco años. Y además el titular no puede haber sido condenado a penas graves ni haber rescindido un concierto de idéntica naturaleza con el mismo titular durante los últimos cinco años. La resolución sobre la acreditación depende del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Instruido el expediente y una vez fiscalizado de conformidad por la Intervención Delegada, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales propondrá al Departamento que eleve a la consideración del Gobierno de Aragón la aprobación de la celebración del correspondiente concierto con la entidad o centro a que se refiera el expediente, debiendo especificarse la cuantía del mismo, sector de población a que se dirige y número de plazas que se conciertan.

Los requisitos materiales prefijados son escasos y hacen referencia a los siguientes aspectos:

Dimensiones:

- Comedor: 2,50 m2 por plaza. Si todos los usuarios del centro son minusválidos debe ser de 3,60 m2 por plaza.
- Sala de estar: 1,8 m2 por plaza.
- Ascensor: Sí, cuando haya más de una planta.

Respecto al personal la normativa señala las siguientes características:

En los Centros de día para mayores, el director, bajo la dependencia orgánica y funcional de la Dirección Provincial del IASS, ejercerá las siguientes funciones:

- a) Ostentar la representación del IASS dentro del hogar.
- b) Aplicar el conjunto de disposiciones reguladoras del funcionamiento del hogar.
- c) Prestar asesoramiento y apoyo, dentro del ámbito de sus facultades, a los órganos de participación por medio de los recursos personales y técnicos del hogar
- d) Impulsar, organizar y coordinar las tareas en orden a la consecución de los fines del hogar.
- e) Desempeñar la jefatura de personal del hogar.

Los profesionales sanitarios serán auxiliares o fisioterapeutas en caso de disponer de dicha unidad. Para el personal de servicios se establecen los siguientes ratios:

- Ratio mínima de plantilla total:** 40 horas semanales de fisioterapeuta durante cinco días de la semana.
- Ratio mínima de personal sanitario:** Auxiliar, uno cada 10 plazas asistidas. Esta proporción será de uno por cada 5 plazas en los Centros de día para personas con discapacidad

Los servicios mínimos exigidos incluyen:

- a) Servicio de comedor.
- b) Asistencia higiénico-sanitaria
- c) Transporte.
- d) Tratamiento de rehabilitación.
- e) Realización actividades de ocio y tiempo libre.
- f) Servicio de terapia ocupacional –externo al centro–.

3.2.4. Centros residenciales para personas mayores. Servicio para personas mayores de 65 años que necesiten una atención continuada por su grado de dependencia y situación social. En ellas se recibe asistencia integral según las necesidades de cada persona: alojamiento y manutención, atención médica, enfermería, rehabilitación, ocio y actividades formativas. Existen tres tipos: válidos, asistidos y mixtos. En las residencias para disminuidos se atiende a personas afectadas de minusvalía física o psíquica, que por sus especiales características necesitan una atención personal para realizar las actividades de la vida diaria, tendiendo a proporcionar el máximo de autonomía funcional posible. Hay tres clases: Centros Residenciales para discapacitados psíquicos medios y ligeros, Centros Residenciales para discapacitados psíquicos gravemente afectados y Residencias para personas con discapacidad física.

Los criterios de autorización para centros concertados son los mismos que para los Centros de día.

Los requisitos materiales para las Residencias de ancianos son los siguientes:

Dormitorio:

- Capacidad máxima por dormitorio: 6.
- Dimensiones: Paso mínimo libre 0,80 metros. Para las residencias de plazas asistidas el paso mínimo libre debe garantizar la movilidad de una silla de ruedas.

Aseo obligatorio: Sí.

Dimensiones de otros espacios:

- Sala de estar: 1,8 m2 por persona, cuando integra comedor o cuando algunos residentes presenten minusvalías será de 2,50 m2 por persona.
- En las Residencias de discapacitados: 3,60 m2 por persona
- Sala rehabilitación: 16 m2 mínimo.
- Sala terapia ocupacional: 16 m2 mínimo.

Ascensor: Sí, cuando haya más de una planta.

Cocina: Sí.

Otros: Lavandería, sala de mantenimiento, mortuorio.

El perfil de los recursos humanos es el siguiente:

Profesionales sanitarios: Auxiliar, médico a partir de 100 personas, ATS/DUE, fisioterapeuta sólo si cuentan con dicha unidad.

Otros profesionales de atención: Terapeuta ocupacional, uno a partir de 80 personas.

Personal de servicios: Ratio mínima de plantilla total:

- Plazas de válidos: 0,25.
- Plazas asistidas: 0,35.
- Mixtas: 0,30.

Personal sanitario: Ratio mínima de personal sanitario:

- Plazas de válidos: Auxiliar uno cada 20 plazas.
- Plazas asistidas: ATS/DUE uno cada 30 plazas, Auxiliar uno cada 5 plazas.

En las Residencias de discapacitados los ratios son los siguientes.

Grave discapacidad psíquica.

Profesionales sanitarios: Un médico a partir de 100 plazas, ATS/DUE, Auxiliar.

Personal de servicios:

- Ratio mínima de plantilla total: Plazas de asistidos: 0,50.
- Ratio mínima de personal sanitario: Un médico a partir de 100 plazas, ATS/DUE uno cada 30 plazas, Auxiliar uno cada 4 plazas.

Discapacidad psíquica severa, media y ligera

Profesionales sanitarios: ATS/DUE, Auxiliar.

Personal de servicios:

- Ratio mínima de plantilla total: Plazas de asistidos: 0,50.
- Ratio mínima de personal sanitario: ATS/DUE uno cada 30 plazas, Auxiliar uno cada 5 plazas.

Discapacidad física, gravemente afectados

Profesionales sanitarios: Auxiliar, ATS/DUE.

Personal de servicios:

- Ratio mínima de plantilla total: Plazas de asistidos: 0,50.
- Ratio mínima de personal sanitario: ATS/DUE uno cada 30 plazas, Auxiliar uno cada 3 plazas.

Los servicios mínimos exigidos son los siguientes:

Residencias mayores

- Alojamiento: cama y habitación individual o compartida; el lavado, planchado y repaso, tanto de la ropa personal, como la de cama y baño. Facilita a los usuarios su aseo personal.
- Manutención: comprende tanto el suministro de una dieta equilibrada, adaptada a las necesidades individuales, como las ayudas personales y técnicas necesarias para la adecuada ingesta por usuarios con limitaciones.

- Atención médica: prevención, diagnóstico y tratamiento especializado para personas mayores.
- Servicio de terapia ocupacional –externo al centro–.
- Servicio de médico y de enfermería: seguimiento de tratamientos, vacunaciones, controles periódicos -externo al centro-.
- Rehabilitación: recuperación de funciones perdidas o disminuidas por traumatismo o enfermedad.
- Actividades de ocio, formativas y culturales.
- Apoyo a la familia.
- Realización de trámites en caso de defunción y enterramiento.

Residencias de discapacitados

Grave discapacidad psíquica

- Alojamiento y manutención: Habitaciones y zonas de convivencia, menús adaptados a las necesidades de cada persona, mantenimiento de la ropa personal, ropa de cama, mesa y aseo.
- Atención psicológica: comprende actuaciones de orientación y tratamiento, dirigidas a potenciar al máximo el uso de las capacidades.
- Atención médica: atención preventiva, diagnóstico y tratamiento –externa al centro–.
- Enfermería.
- Rehabilitación y fisioterapia: la finalidad es que las personas con discapacidad adquieran el máximo nivel de desarrollo personal y de integración en la vida social a través de logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional –externo al centro–.
- Actividades deportivas, de ocio y tiempo libre.
- Asistencia higiénica y enfermería.
- Alojamiento: habitación, zonas de convivencia, manutención con menús médicamente adaptados a las necesidades de cada persona, mantenimiento de la ropa personal, ropa de cama, mesa y aseo.
- Tratamientos de rehabilitación y de terapia ocupacional acordes con las necesidades del usuario
- Realización de actividades de ocio y tiempo libre adecuadas a los destinatarios de las mismas.
- Desarrollo de la comunicación y relaciones personales, que favorezcan la participación de los usuarios en la vida comunitaria.
- Apoyo a las familias de los usuarios facilitando la información, orientación e instrucciones necesarias en relación con el usuario y el funcionamiento del centro.

Discapacidad psíquica severa, media y ligera

- Alojamiento y manutención: Habitaciones y zonas de convivencia, menús adaptados a las necesidades de cada persona, mantenimiento de la ropa personal, ropa de cama, mesa y aseo.
- Atención psicológica: comprende actuaciones de orientación y tratamiento, dirigidas a potenciar al máximo el uso de las capacidades.
- Enfermería.
- Actividades deportivas, de ocio y tiempo libre.
- Servicio de fisioterapia –externo al centro–.
- Servicio de terapia ocupacional –externo al centro–.

Discapacidad física, gravemente afectados

- Alojamiento y manutención: Habitaciones y zonas de convivencia, menús adaptados a las necesidades de cada persona, mantenimiento de la ropa personal, ropa de cama, mesa y aseo.
- Atención psicológica: comprende actuaciones de orientación y tratamiento, dirigidas a potenciar al máximo el uso de las capacidades.
- Atención médica: atención preventiva, diagnóstico y tratamiento –externa al centro–.
- Enfermería.
- Actividades deportivas, de ocio y tiempo libre.
- Servicio de fisioterapia –externo al centro–.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Orden de 30 de enero de 1987, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se aprueba el Reglamento de funcionamiento interno en los Clubs, Residencias de Ancianos y Comedores dependientes de la Diputación General de Aragón.
- Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.
- Orden de 19 de marzo de 1998, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se regula la acción concertada del Instituto Aragonés de Servicios Sociales en materia de reserva y ocupación de plazas.

- Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas, en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la Red del Gobierno de Aragón.
- Orden de 1 de marzo de 2004, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Hogares de Personas Mayores del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Orden de 13 de mayo de 2005, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se modifica parcialmente la Orden de 19 de marzo de 1998, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, por la que se regula la acción concertada del Instituto Aragonés de Servicios Sociales en materia de reserva y ocupación de plazas.
- Decreto 5/2007 de 16 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se distribuyen las competencias en materia de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia entre los diferentes órganos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Decreto 55/2007 de 17 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre habilitación normativa para el desarrollo reglamentario de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Orden de 15 de mayo de 2007 del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Decreto 90/2007 de 8 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Decreto 113/2000, de 13 de junio, por el que se aprueban los Estatutos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Decreto 259/2007 de 23 de octubre, del Gobierno de Aragón, sobre habilitación normativa para el desarrollo reglamentario de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Orden de 7 de noviembre de 2007 del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Orden de 6 de febrero de 2008 del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se establecen los costes máximos de las plazas concertadas por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Orden de 20 de febrero de 2009 del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se establecen los costes de las plazas concertadas por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

3.3. ASTURIAS.

3.3.1. Teleasistencia. Servicio que a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio del usuario, permite a éstos, con sólo accionar el dispositivo que llevan constantemente puesto, entrar en contacto verbal con un centro atendido por personal especializado, durante 24 horas del día y los 365 días del año.

Como se ha señalado, la prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, según lo establecido en las Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria, por acuerdo entre las partes firmantes del Convenio Específico de Cooperación. El coste del servicio será financiado por el IMSERSO, con una aportación máxima del 65%, y por la entidad local y los usuarios con el 35% restante. Los destinatarios son los mayores de 65 años cumplidos, por enfermedad, minusvalía o edad avanzada.

La oferta privada concertada requerirá:

- a) Dotar e instalar en el domicilio de los usuarios los elementos del sistema: terminal y unidad de control remoto.
- b) Familiarizar a los usuarios con el uso del equipo individual.
- c) Apoyo inmediato al usuario cuando solicite ayuda ante una situación imprevista o de

emergencia.

- d) Movilización de recursos sociales, sanitarios, etc. Adecuados a cada situación de emergencia.
- e) Seguimiento permanente de usuarios y sistema.
- f) Mantenimiento del sistema y sus instalaciones.
- g) Transmisión a los responsables de los servicios sociales municipales de las incidencias y necesidades detectadas a través del sistema y que requieran intervención.

3.3.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Prestación básica de Servicios Sociales que proporciona una serie de atenciones o cuidados de carácter personal y doméstico a personas o familias que carecen de la suficiente autonomía física y/o psíquica para continuar viviendo en su medio habitual.

La oferta privada concertada requiere en este caso:

- a) Autorización por la Administración de servicios sociales (previa y de puesta en funcionamiento).
- b) Inscripción en el Registro.
- c) Visado del preceptivo reglamento de régimen interior por la Administración de servicios sociales e inspección.

Tendrán preferencia en la adjudicación de los contratos las asociaciones, entidades e instituciones sin ánimo de lucro. En el supuesto de contratación privada de la gestión del servicio el Ayuntamiento conservará las funciones relativas a inspección, coordinación, seguimiento, supervisión, vigilancia y evaluación.

Con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios sociales, centros y servicios de titularidad privada que desarrollen sus actividades en el ámbito del Principado de Asturias, requerirán de autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones que respecto a su estructura y régimen inicial puedan establecerse. Reglamentariamente se determinan las condiciones de autorización, registro y acreditación de los centros y servicios al objeto de garantizar la calidad en la prestación de los servicios. Entre ellas destacan:

- a) Condiciones de emplazamiento y edificación.
- b) Condiciones materiales y de equipamiento exigibles.
- c) Número mínimo de efectivos del personal asistencial.
- d) Exigencia de titulación para los profesionales.
- e) Requisitos funcionales, tales como los referidos, entre otros, a planes generales de intervención, desarrollo de programas y metodología y procedimientos de trabajo.

Los centros de atención de servicios sociales que hayan obtenido la correspondiente autorización, deberán inscribirse en el Registro de centros de atención de servicios sociales adscrito a la Consejería competente en materia de servicios sociales. También se inscribirá en dicho Registro la acreditación de los centros de atención de servicios sociales que cumplan los requisitos reglamentariamente establecidos para tal fin.

Los convenios podrán tener carácter plurianual a fin de garantizar un marco estable que favorezca la mejor prestación de los servicios o programas. Finalizado dicho plazo podrán ser renovados, sin perjuicio de su posible extinción por causa de incumplimiento o cualesquiera otras causas que se fijen reglamentariamente o en el propio convenio.

A título de ejemplo, en Oviedo, los recursos humanos exigidos son:

Perfil director:

- Trabajador social, realiza la recepción del caso, estudio de solicitudes, designación de prestación, seguimientos, control y tratamiento de los casos.

Profesionales sanitarios:

- Personal de atención: Auxiliar de ayuda a domicilio, personal del centro de atención. Además podrán intervenir educador y psicólogo.

Tiempo de atención por usuario:

- Duración mínima 1 hora, duración máxima 3 horas/día por usuario en días laborales y festivos.

Las prestaciones básicas incluyen:

- a) Apoyo personal; psicosocial; sociocomunitario; y doméstico.
- b) De apoyo a la familia o cuidadores informales.
- c) De apoyo técnicos en la vivienda, teleasistencia y telealarma.

Se consideran actuaciones de apoyo doméstico:

- Las relacionadas con la alimentación de la persona usuaria, tales como: Apoyo en preparación de alimentos en el hogar; servicio de comida a domicilio; compra de alimentos;
- Las relacionadas con el vestido de la persona usuaria, tales como: Apoyo en lavado de ropa en el domicilio y fuera del mismo; repaso de ropa; ordenación de ropa; planchado de ropa en el domicilio o fuera del mismo; y compra de ropa.
- Las relacionadas con el mantenimiento de la vivienda, tales como: Limpieza de la vivienda; pequeñas reparaciones.

Se consideran actuaciones de apoyo personal en actividades básicas de la vida diaria:

- El aseo e higiene personal.
- La ayuda en el vestir y comer.
- El control de alimentación de la persona usuaria.
- El seguimiento del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud.
- El apoyo para la movilidad dentro del hogar.
- Las actividades de ocio dentro del domicilio.
- El servicio de vela.

Se consideran actuaciones de apoyo psicosocial:

- a) El apoyo y fomento de la autoestima.
- b) La organización económica y familiar.
- c) La planificación de la higiene familiar.
- d) La formación en hábitos de convivencia en la familia y en el entorno.
- e) El apoyo a la integración y socialización.

Son actuaciones de apoyo sociocomunitario:

- a) El acompañamiento fuera del hogar para la ayuda a gestiones de carácter personal.
- b) El acompañamiento para la participación en actividades culturales, de ocio o tiempo libre.

Son actuaciones de apoyo a la familia:

- a) El apoyo domiciliario temporal para respiro familiar en situaciones de sobrecarga.
- b) La formación y el asesoramiento para los cuidadores, grupos psicoeducativos y grupos de autoayuda.
- c) La formación específica sobre aspectos de los cuidados.
- d) El apoyo técnico y de supervisión.

Explícitamente quedan excluidos los siguientes servicios:

- a) Vigilancia nocturna o más allá del horario estipulado.
- b) Vigilancia y apoyo en hospitales.
- c) Tareas de carácter sanitario: poner inyecciones, tomar tensiones, colocar o quitar sondas, tratamientos de úlceras o escaras, suministrar medicación que implique especialización por quien la suministra
- d) Realizar ejercicios de rehabilitación.

3.3.3. Servicio de Centro de Día y de Noche. Establecimiento gerontológico, socioterapéutico y de apoyo a la familia que durante el día preste una atención individualizada a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual. También incluye a los Centros ocupacionales o de apoyo a la integración, como recurso especializado de atención y formación, dirigido a personas adultas con discapacidad, cuyo objetivo es favorecer la integración sociolaboral y la promoción del desarrollo personal de dichas personas. Se podrán desarrollar igualmente programas de centros de día para personas con graves discapacidades que requieran mayores necesidades de apoyo.

La oferta de servicios requiere:

- a) Autorización por la Administración de servicios sociales (previa y de puesta en funcionamiento)
- b) Inscripción en el Registro de Establecimientos Residenciales para Ancianos.
- c) Visado del preceptivo reglamento de régimen interior por la Administración de servicios sociales.
- d) Plan general de intervención. En dicho plan deberán figurar como mínimo: Las actuaciones profesionales; Los recursos humanos asignados incluyendo la titulación correspondiente; El horario de prestación de servicios de los diferentes profesionales responsables de los servicios y programas.
- e) En cada centro existirá un libro o registro de incidencias donde deberán reflejarse tanto diariamente, como en cada turno de trabajo las que se hubieran producido.
- f) En cada centro se dispondrá por escrito de protocolos de actuación ante situaciones específicas, normalmente situaciones de urgencia, concretándose el procedimiento a seguir ante las mismas.
- g) Ficha personal de los usuarios.
- h) Régimen de precios.
- i) Reglamento de régimen interior que deberá recoger como mínimo: Los derechos y deberes de las personas usuarias; las normas de funcionamiento interno del centro; los procedimientos de quejas, reclamaciones y sugerencias de las personas usuarias y, en su caso, de sus familiares
- j) Los centros de atención de servicios sociales deberán disponer de una póliza de seguro de responsabilidad civil.

Los establecimientos residenciales para ancianos legalmente autorizados pueden ser acreditados para su concertación con la Administración de los servicios sociales del Principado siempre que reúnan las condiciones y requisitos que, con carácter general, se determinan para el funcionamiento interno de las residencias. Las condiciones organizativo-funcionales son aquellas relativas a personal, dirección y organigrama del centro, plan general de intervención, coste de servicios, reglamento de régimen interior, metodología y procedimientos de trabajo, régimen de visitas y sistemas de participación. Las condiciones materiales refieren al emplazamiento y edificación del centro, instalaciones y servicios, dependencias y adecuación ambiental. A la acreditación, acto por el cual la Administración certifica que un centro de atención de titularidad privada previamente autorizado reúne condiciones especiales de calidad en la prestación del servicio, se accede al satisfacer los requisitos en aspectos relacionados a la atención ofrecida y el grado de calidad de los servicios prestados y derivados de una mejora manifiesta en las condiciones mínimas exigidas tanto en la dimensión física, como en el aspecto organizativo-funcional. Puede ser solicitada por el titular o representante legal del centro, transcurridos seis meses desde la puesta en funcionamiento del centro. El consejero competente es el responsable de decidir de otorgar o denegar la acreditación que se otorga por un período de cuatro años y su renovación puede solicitarse con una antelación mínima de dos meses respecto a la terminación de su vigencia.

Los centros acreditados deberán remitir anualmente a la Consejería de Servicios Sociales una memoria de actividades y comunicar en cuanto se produzca cualquier variación de las circunstancias existentes en el momento de obtención de la acreditación.

Las características técnicas de la oferta requieren, para los Centro de Día:

Aseo obligatorio: al menos dos.
Baño geriátrico: al menos uno.
Dimensiones:
- Comedor: 2 m² por usuario. Puede ser un espacio propio o compartido con otras unidades o recursos.
- Sala de estar: 10 m² mínimo.
- Sala de actividades: 4 m² por usuario. Diferenciado como mínimo en tres estancias.
Ascensor: cuando exista más de una planta.
Cocina: puede ser independiente o compartida.
En Centros ocupacionales o de apoyo a la integración:
- Aseo obligatorio: uno cada 15 usuarios.
- Unidades de atención temprana
- Dimensiones sala de actividades: 80 m² mínimo dividido en función de las actividades.

El perfil de recursos humanos incluye las siguientes características:

Centro de Día
-El director debe acreditar mínimo 100 horas de formación en gerontología en centro oficial.
- Profesionales sanitarios: Con titulación oficial acorde a la función, no específica.
- Otros profesionales de atención: Con titulación oficial acorde a la función, no específica.
- Ratio mínima de personal sanitario: 1/10 usuarios o fracción.

Centro ocupacional o de apoyo a la integración
- Perfil director: Titulación grado medio o superior y contar con formación específica en el ámbito de la discapacidad.
- Otros profesionales de atención: Educador o monitor de taller, auxiliar educador.
- Personal de servicios: Ratio mínima de plantilla total: Un educador o monitor de taller / 15 usuarios o fracción, un auxiliar educador/ 7 usuarios o fracción.

Unidad de atención temprana
- Perfil director: Director o coordinador responsable del funcionamiento del centro, con titulación media o superior relacionado con los ámbitos social, educativo o sanitario.
- Otros profesionales de atención: Psicólogo, fisioterapeuta, logopeda y alguno de los siguientes profesionales: psicomotricista, estimulador, maestro especial.

Los servicios mínimos exigidos son los siguientes:

Centros de Día

- a) Manutención.
- b) Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria.

Centros ocupacionales o de apoyo a la integración

- a) Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria. Aplicar programas de orientación y formación prelaboral, salvo cuando las personas sean gravemente afectadas.
- b) Aplicar programas ocupacionales
- c) Aplicar programas de promoción de la autonomía y la salud.
- d) Aplicar programas de mejora de las habilidades sociales y fomento de la capacidad de autogobierno dirigidos a potenciar el desarrollo social.

3.3.4. Centros residenciales. En estos centros de alojamiento y convivencia, las condiciones de calidad de la oferta son las siguientes:

Medios materiales:

- Capacidad máxima por dormitorio: Mayores, tres personas; discapacitados, dos.
- Dimensiones Dormitorio: Mayores y discapacitados: 10 m² superficie mínima en individuales, 14 m² en dobles y 18 m² en triples.
- Dimensiones comedor: Para mayores y discapacitados 2 m² por usuario.
- Dimensiones sala de estar: Para mayores y discapacitados 2 m² por usuario, 15 m² superficie mínima.
- Dimensiones sala de curas/enfermería: 9 m² superficie mínima.
- Dimensiones sala de actividades: Para mayores y discapacitados 2 m² por usuario, 15 m² superficie mínima.
- Aseo obligatorio: en residencias de mayores y discapacitados uno cada 5 usuarios en zona de habitaciones. En zonas comunes al menos dos aseos
- Baño geriátrico: en residencias de mayores que atiendan al menos una persona con grave problema de movilidad, un baño geriátrico de 10 m² superficie mínima.
- Ascensor: cuando exista más de una planta. En el caso de residencias para personas mayores con capacidad superior a 60 personas y con más de una planta debe tener mínimo dos ascensores.
- Dimensión sala terapia ocupacional: en residencias de mayores con más de 25 plazas, una sala rehabilitación u ocupacional, 0,5 m² por usuario, 15 m² superficie mínima.
- Cocina: cuando se ofrezca servicio de comida y alimentación. Superficie mínima 0,50 m² por usuario y 12 m² mínimo total. Con 50 m² se cumple el requisito para cualquier volumen de ocupación.

Medios humanos:

- En residencias de mayores o discapacitados con más de 25 plazas el director debe tener titulación de grado medio o superior y contar con formación específica en el ámbito de la gerontología o en el ámbito de la discapacidad de acuerdo al tipo de centro. Con 25 o menos plazas el director debe acreditar un número mínimo de 100 horas de formación en gerontología o discapacitado en centro oficial.
- Profesionales sanitarios: Auxiliar en enfermería, gerocultor en mayores.
- Otros profesionales de atención: Auxiliar en residencias asistidas, en mayores. Un educador con titulación en residencias de discapacitados.

Personal de servicios:

- Ratio mínima de personal sanitario: 0,30/usuario tanto en residencias de mayores o discapacitados.

Los servicios mínimos exigidos en la prestación del servicio son:

- Alojamiento.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Ley 7/1991 de 5 de abril, de asistencia y protección al anciano, modificada por Ley 2/1998, de 26 de noviembre, Ley 18/1999, de 31 de diciembre, Ley 6/2003, de 30 de diciembre y Ley 5/2005, de 16 de diciembre.
- Decreto 82/1992 de 10 de diciembre, que regula el régimen de acceso a los establecimientos residenciales para ancianos dependientes de la Administración del Principado de Asturias y a plazas concertadas con otros establecimientos.
- Decreto 26/1997 de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de Régimen Interno de los Hogares-Centros de Día para personas mayores
- Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos.
- Decreto 8/1999 de 25 de febrero, por el que se regulan los órganos de representación y participación de los residentes en los establecimientos residenciales para ancianos
- Decreto 17/1999, de 25 de marzo, por el que se aprueba el estatuto básico de los establecimientos residenciales para ancianos
- Decreto 29/2000, de 6 de abril, por el que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los centros de día para personas mayores dependientes.
- Decreto 42/2000, de 18 de mayo, por el que se regula la ayuda a domicilio.
- Decreto 49/2001, de 26 de abril, por el que se regula la organización y funcionamiento de los servicios sociales de la Administración de los servicios sociales de la Administración del Principado de Asturias.
- Decreto 79/2002 de 13 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de autorización, registro, acreditación e inspección de centros de atención de servicios sociales.
- Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales, modificada por Ley 6/2003, de 30 de diciembre.
- Decreto 108/2005 de 27 de octubre, por el que se aprueba el Mapa Asturiano de Servicios Sociales.
- Resolución de 17 de abril de 2007, de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social, por la que se aprueban, con carácter provisional, los modelos de documentación para los expedientes de reconocimiento de la situación de dependencia
- Decreto 68/2007, de 14 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
- Resolución de 9 de julio de 2007, de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social, por la que se aprueba el modelo de solicitud para el reconocimiento de la situación de dependencia
- Resolución de 7 de agosto de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se determinan los componentes de los órganos de valoración de la situación de dependencia a que se refiere la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia
- Resolución de 8 de agosto de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueban el modelo normalizado de dictamen-propuesta sobre el grado y nivel de dependencia de la persona valorada con arreglo a lo previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y el modelo normalizado de la correspondiente resolución
- Resolución de 26 de septiembre de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se dictan instrucciones para el diseño, elaboración y aprobación del Programa Individualizado de Atención a que se refiere la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Resolución de 7 de noviembre de 2007, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan provisionalmente los criterios para la determinación en el Principado de Asturias de las prestaciones económicas a las personas beneficiarias que tengan reconocida la condición de persona en situación de dependencia

3.4. BALEARES.

La Comunidad tiene en estos momentos en tramitación la nueva ley de servicios sociales aprobada por Consejo de Gobierno el 31 de octubre pasado, donde se regulan todas las prestaciones sociales y la colaboración con la iniciativa privada en la provisión de las mismas.

3.4.1. Teleasistencia. Más de 30 municipios de Baleares han establecido el servicio a través de la adhesión al convenio-marco suscrito entre el Instituto de Mayores y Servicios

Sociales (Imsero) y la FEMP el 20 de abril de 1993. Los servicios prestados incluyen:

- a) Apoyo inmediato a través de la línea telefónica a demandas de diversas órdenes; angustia, soledad, así como, accidentes domésticos, caídas, etc.
- b) Movilización de recursos ante situaciones de emergencia sanitaria, domiciliaria o social.
- c) Seguimiento permanente desde el Centro de Atención mediante llamadas telefónicas periódicas.
- d) Agenda, para recordar al usuario datos importantes sobre toma de medicación, realización de gestiones, etc.

Está integrada como prestación en el SAD.

3.4.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Definido como el conjunto de actuaciones dirigidas a facilitar el desarrollo o mantenimiento de la autonomía personal, prevenir o retardar el deterioro individual o social y promover condiciones favorables en las relaciones familiares y de convivencia, contribuyendo así a la integración y permanencia de las personas en su entorno habitual, mediante la adecuada intervención y apoyo de tipo personal, psicosocial, doméstico, educativo y asistencial. La regulación actual señala que el servicio deberá ser: Polivalente; normalizador; preventivo; asistencial y rehabilitador; transitorio; educativo; técnico.

La prestación del SAD, por su carácter, persigue los objetivos siguientes:

- a) Mejorar la calidad de vida de las personas o grupos familiares con dificultades en su autonomía.
- b) Prevenir o retardar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, podrían seguir viviendo en su medio habitual, así como favorecer la integración familiar y comunitaria de personas en procesos de desistitucionalización.
- c) Atender situaciones de riesgos familiares que perjudiquen a algunos de sus miembros.
- d) Promover la convivencia de la persona usuaria en su grupo familiar y en su entorno comunitario.
- e) Favorecer el desarrollo de capacidades personales, de hábitos de vida adecuados y de habilidades sociales que permitan un mejor desarrollo autónomo.
- f) Colaborar con la familia en los casos en que ésta, por sí misma, no pueda atender totalmente a las necesidades de la vida diaria de sus miembros.

Los criterios para la autorización de oferta privada concertada incluyen los mismos requisitos que para centro de día y residencias. Las corporaciones locales de las Islas Baleares tendrán la titularidad del servicio, el cual podrán gestionar de forma directa o indirecta, mediante entidades colaboradoras que deberán reunir todos los requisitos que los legitimen como entidad acreditada por el Gobierno de las Islas Baleares.

En el caso de la gestión indirecta o de conciertos, la corporación local mantendrá las funciones de coordinación, seguimiento, supervisión, inspección y evaluación.

El responsable del servicio ha de ser un trabajador social y el personal de atención estará formado, como mínimo un trabajador social y un trabajador familiar. También podrán formar parte un psicólogo y/o un educador social.

Los servicios mínimos exigidos incluyen el siguiente catálogo:

- a) Actuaciones de carácter doméstico. Aquellas actividades y tareas cotidianas que se realizan en el hogar, dirigidas al apoyo de la autonomía personal. Entre otras, hay que destacar las relacionadas con la alimentación, vestido, mantenimiento y adecuación de la vivienda.
- b) Actuaciones de carácter personal. Actividades y tareas que recaen sobre la propia persona beneficiaria y van dirigidas a mantener su bienestar personal y social. Entre otras: higiene personal, ayuda directa para vestirse y comer, control de la medicación, apoyo para la movilidad y compañía dentro y fuera del domicilio.
- c) Actuaciones de carácter educativo. Dirigidas a fomentar hábitos de conducta y adquisición de habilidades básicas. Entre otras: organización económica y familiar, formación de hábitos convivenciales y competencia parental.
- d) Actuaciones de carácter integrador. Dirigidas a fomentar la participación de la persona usuaria en su comunidad.
- e) Actuaciones de carácter rehabilitador. Conjuntos de actuaciones de carácter formativo y de apoyo psicosocial dirigidas al desarrollo de las capacidades personales y a la integración de la persona beneficiaria en su unidad convivencial y en su contexto relacional y apoyo emocional a sus cuidadores.
- f) Actuaciones de carácter técnico. Actividades de adaptación funcional del hogar para resolver situaciones concretas y específicas, como son: grúas para la movilización de personas incapacitadas; colchones antiácaros; pequeñas obras para la eliminación de barreras arquitectónicas o instalaciones de instrumentos que faciliten la autonomía personal.

Tendrán la consideración de ayudas técnicas específicas:

- a) La teleasistencia, que garantiza que, ante situaciones de emergencia, el beneficiario mantenga la comunicación permanente con el exterior y se realice una intervención inmediata mediante la movilización de recursos existentes en la comunidad.
- b) La comida a domicilio.

3.4.3. Servicio de Centro de Día. Son centros que ofrecen servicios de acogimiento y apoyo, con finalidad terapéutica y rehabilitadora, durante un determinado número de horas al día, como también de asistencia para las actividades de la vida diaria a personas mayores con dependencias. Los servicios que se ofrecen se pueden prestar tanto en un edificio creado únicamente para este fin, como o en uno integrado a un centro asistencial mayor.

La competencia en su gestión es de los Consejos Insulares y el marco normativo lo presta la Conselleria correspondiente. En este sentido, hay que destacar un vacío legal importante en la regulación de los servicios para personas discapacitadas y dependientes.

La oferta de servicios privados requiere:

- a) Autorización previa.
- b) Licencia de obras y/o municipal.
- c) Inspección.

d) Autorización definitiva.

e) Registro.

Para la autorización definitiva se precisa, además del documento acreditativo de la personalidad del solicitante:

a) Memoria expositiva de los objetivos concretos que se persiguen, programas y medios técnicos con los cuales cuenta, y en la que se especifique el tipo de personas usuarias a las que se dirige y, en su caso, el número de plazas.

b) Relación detallada del equipamiento material.

c) Estudio económico y financiero en el que se detallen las fuentes de financiamiento y el plan económico para el sostenimiento del servicio o centro de servicios sociales.

d) Propuesta de seguro de responsabilidad civil.

e) Reglamento de régimen interior del servicio.

f) Proyecto de plantilla de personal, con la especificación de la distribución jerárquica, organizativa y horaria, la clasificación de los sitios de trabajo y la descripción de las funciones a realizar para cada categoría profesional.

g) Carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias, así como de los canales de participación y de los procedimientos de reclamación.

h) Régimen de precios previstos.

i) Modelo de contrato asistencial entre la entidad de servicios sociales y la persona usuaria.

Los requisitos formales para su funcionamiento incluyen:

a) Aprobación oficial de sus estatutos.

b) Inscripción en el registro general de centros, asociaciones y entidades de servicios sociales y asistencia social de la comunidad autónoma de las Islas Baleares.

c) Presentación al gobierno de la comunidad autónoma, al consejo insular o al ayuntamiento correspondiente, en su caso, de un programa anual de trabajo que se adapte a las exigencias de planificación que se establezcan.

d) Presentación del presupuesto anual detallado, cuya aplicación se podrá fiscalizar por la administración pública competente.

e) Que hayan obtenido, en su caso, las autorizaciones administrativas correspondientes o la inclusión en el Registro Central de Servicios Sociales.

Tal como se ha señalado, existe un vacío legislativo en cuanto a centros de día para discapacitados. Las condiciones materiales o de personal no están estandarizadas y tan sólo han de respetar las ordenanzas de habitabilidad y barreras arquitectónicas.

Las condiciones materiales en los centros de día para mayores son:

Aseo obligatorio: adaptados y propios para los trabajadores.
Baño geriátrico: lavabo como mínimo. Un baño y ducha a nivel de pavimento o bañera adaptada, uno cada 15 usuarios.
Dimensiones:

- Sala de estar: una sala de descanso con una silla gerontológica por cada usuario.
- Sala de curas/enfermería: 10 m2 mínimo
- Sala de actividades: espacio polivalente de 1,8 m2 mín. por persona
- Sala de administración: sala para los profesionales de 10 m2 mínimo.
- Sala funcional: ancho pasillos 1,2 m.

Escaleras con ancho correspondiente a dos personas y con rellanos.

El perfil del director exige como mínimo titulado en grado medio formado en ciencias sociales, humanas o de la salud. El ratio de auxiliares de atención directa será de un trabajador con un perfil adecuado (trabajador familiar, auxiliar de clínica, auxiliar de geriatría...) por cada 10 y, a tiempo parcial, fisioterapeuta y/o terapeuta ocupacional, ATS o enfermero y trabajador social.

El nivel mínimo de prestaciones incluye:

- a) Valoración de la situación y diseño de programas.
- b) Acogida y convivencia.
- c) Atención personal en las actividades de la vida ordinaria.
- d) Readaptación personal y psicosocial.
- e) Apoyo familiar.
- f) Manutención.
- g) Actividades socioculturales.
- h) Transporte.

3.4.4. Servicio de Centro Residencial. Incluye, además de las residencias, las viviendas tuteladas. Las primeras se definen como centros de convivencia con capacidad superior a 10 plazas, destinados a servir de vivienda permanente o temporal, en los cuales se presta una atención integral y continua a las personas mayores. Incluye residencias de válidos, que pueden disponer de unidades asistidas para la atención adecuada de las personas que, ingresadas como válidas, hubieran experimentado un empeoramiento de sus condiciones físicas o psíquicas, residencias asistidas y mixtas.

Las normas técnicas son comunes e incluyen:

Dormitorio:

- Capacidad máxima por dormitorio: 2 camas para válidos y 4 para asistidos.
- Dimensiones del dormitorio: 12 m2 individual, 16 m2 doble, 17 m2 triple y 20 m2 cuádruple.
- Cama: 0,90_1,90 metros.

Aseo obligatorio: mínimo 2 metros de alto. 1 cada 5. Baño comunitario 1 cada 30 personas.
Baño geriátrico: con más de 25 plazas para personas asistidas, uno obligatorio, más uno cada 40 usuarios.

Dimensiones:

- Comedor: 30 m2 y 2 m2 por usuario.

- Sala de estar: Sala de convivencia: mayor de 30 m² y mínimo 1.8 m² por plaza.
- Sala de curas/ enfermería: los centros con capacidad superior a 25 plazas, o con una capacidad inferior pero con plazas asistidas, tendrán que disponer de una sala de curas de una superficie mínima de 10 m². La enfermería estará si el centro tiene 60 plazas o más. Máximo dos camas.
- Sala de administración: 8 m².
- Sala de rehabilitación: a partir de 40 residentes 20 m² y a partir de 100 residentes 50 m².
- Sala de terapia ocupacional: a partir de 40 residentes y no puede tener una superficie inferior a 20 m².

Ascensor: Uno cada 65 plazas.

Cocina: en centros con capacidad inferior a 25 personas, una superficie mínima de 0,50 m² por residente con un mínimo de 5 m². Con más de 25 personas la superficie mínima será de 12.5 m² más 0,50 m² por persona que pase de 25 hasta llegar a 25 metros.

Escaleras con ancho correspondiente a dos personas y con rellanos y jardines, lavadero, almacén y unidades de control.

La regulación en materia de recursos humanos exige los siguientes profesionales:

Profesionales sanitarios para válidos:

- Auxiliar de clínica/gerocultor, ATS/DUE.

Profesionales sanitarios para asistidos:

- Un médico a jornada completa por cada 100 personas.
- Cinco ATS/DUE a jornada completa por cada 100 personas o proporcional.
- 0,23 plazas de auxiliar de clínica o gerocultor.
- Disponibles las 24 horas del día.

Otros profesionales de atención: un asistente social cada 200 válidos o 70 asistidos.

Personal de servicios:

- Trece limpiadores-camareros para las residencias de más de 100 personas a jornada completa, con cálculo de ratio para menor capacidad.
- Dos cocineros para las residencias de más de 100 personas a jornada completa.
- Ayudantes de Cocina para las residencias de más de 100 personas a jornada completa.
- Un administrador para las residencias de más de 100 personas a jornada completa.
- Una gobernanta para las residencias de 100 personas a jornada completa.
- Tres porteros para las residencias de más de 100 personas a jornada completa.

Los servicios mínimos exigidos incluyen:

- a) Servicio psicológico.
- b) De trabajo social.
- c) De fisioterapia.
- d) De terapia ocupacional.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Ley 9/1987, de 11 de febrero, de Acción Social.
- Decreto 66/1999 de 4 de junio, por el que se aprueba el Reglamento Regulador del Sistema Balear de Servicios Sociales.
- Decreto 244/1999, de 26 de noviembre, por el que se regula el Estatuto básico de Centros de Personas Mayores dependientes del Instituto Balear de Asuntos Sociales.
- Decreto 123/2001, de 19 de octubre, de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y de los servicios para personas mayores, tanto público como privado, ubicados en el territorio de las Islas Baleares.
- Ley 14/2001, de 29 de octubre, de atribución de competencias a los consejos insulares en materia de servicios sociales y seguridad social.

3.5. CANARIAS.

3.5.1. Teleasistencia. Este servicio está incluido en Ayuda a Domicilio en Santa Cruz de Tenerife. Este Ayuntamiento y la Cruz Roja Española vienen suscribiendo convenios de colaboración incluyendo desde 1993 los servicios de teleasistencia domiciliaria.

3.5.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. La regulación insular señala que esta prestación deberá cumplir los siguientes los principios rectores:

- a) Polivalente.
- b) Normalizadora.
- c) Domiciliaria.
- d) Integradora.
- e) Preventiva, dirigida a prevenir o detener situaciones de deterioro e institucionalizaciones.
- f) Asistencial y rehabilitadora.
- g) Transitoria.
- h) Complementaria a las redes formales e informales de apoyo personal y social.
- i) Educativa.
- j) Técnica.

El control de las entidades locales garantiza la correcta ejecución de los servicios concertados. La gestión indirecta se efectúa con financiación pública, planificación, coordinación y control por parte de la Corporación Local, y ejecución a través de entidades privadas. La gestión a través de concurso se desarrolla a través de criterios que tienen en cuenta:

- a) Experiencia en la prestación del servicio.
- b) Contabilidad.
- c) Mejoras de los servicios.
- d) Planificación del servicio.

El personal de atención exige trabajadores sociales de la red básica de servicios sociales y, si los hubiere, otros profesionales, como sociólogos, psicólogos y educadores, que integrarán un equipo técnico cuya función en conjunto será el diagnóstico, seguimiento y evaluación del proyecto de intervención adecuado a cada situación que demande la Ayuda a Domicilio. De forma complementaria intervendrán otros trabajadores, tales como, animadores socio-culturales, monitores de taller, personal de mantenimiento y servicios y profesionales de otros servicios necesarios para el desarrollo de una mejor prestación.

Los servicios mínimos exigidos comprenden todas aquellas actuaciones que van dirigidas a cubrir las necesidades esenciales de la vida diaria, tales como:

- a) Actuaciones de carácter doméstico. Se entienden como tales:
 - a. Actividades y tareas que se realicen de forma cotidiana en el hogar referidas a: la alimentación; ropa; limpieza y mantenimiento de la vivienda, así como la realización

de pequeñas reparaciones y otras tareas que no precisen intervención de especialistas.

b. Lavandería y preparación de alimentos que podrán ser prestados indirectamente a través de servicios concertados.

c. Todas tendrán carácter subsidiario y estarán destinadas a complementar las propias capacidades del usuario o de otras personas de su entorno inmediato.

d. Para la realización de estas actuaciones, el usuario deberá disponer o proveerse de los medios necesarios.

b) Actuaciones de carácter personal. Engloban actividades que se dirigen al usuario del servicio cuando éste no pueda realizarlas por sí mismo o cuando precise:

a. Apoyo en el aseo y cuidado personal, con objeto de mantener la higiene corporal.

b. Ayuda para efectuar la comida.

c. Cumplimiento, en su caso, de la prescripción de medicación simple efectuada por personal facultativo.

d. Apoyo a la movilidad dentro del hogar.

e. Compañía en el domicilio.

f. Acompañamiento fuera del hogar para la realización de diversas gestiones, tales como visitas médicas, tramitación de documentos y otras análogas.

g. Facilitación de actividades de ocio en el hogar, mediante la entrega de material para la realización de trabajos manuales, así como prensa, revistas, libros o similares.

h. Otras atenciones de carácter personal, no contempladas en los apartados anteriores, que puedan ser incluidas con carácter específico para alcanzar la finalidad de este servicio.

c) Actuaciones de carácter educativo. Son aquellas que están dirigidas a fomentar hábitos de conducta y adquisición de habilidades básicas, y se concretan, entre otras, en:

a. Organización económica y familiar.

b. Planificación de higiene familiar.

c. Formación en hábitos de convivencia (familia, entorno, etc.). Apoyo a la integración y socialización.

d) Actuaciones de carácter rehabilitador. Se refieren a las intervenciones técnico-profesionales formativas y apoyo psicosocial, dirigidas al desarrollo de las capacidades personales e integración del usuario en su unidad convivencial y en su mundo relacional.

Igualmente, la normativa regional señala otros servicios complementarios, tales como:

a) Actuaciones de carácter sociocomunitario y de adaptación del hogar.

b) Ayudas técnicas. Son instrumentos dirigidos a suplir o complementar las limitaciones funcionales de las personas con dificultades para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

La teleasistencia, que tendrá la consideración de ayuda técnica específica, se define como un servicio de atención y apoyo personal y social destinado a detectar determinadas situaciones de emergencia del usuario, garantizando su comunicación permanente con el exterior.

Tareas generales de atención en el hogar:

- a) Limpieza de la vivienda. Se distinguen varios tipos de limpieza: habitualm general y extraordinaria.
- b) Lavado, planchado, orden y repaso de ropa: dentro y fuera del domicilio.
- c) Realización de compras domésticas a cuenta del usuario.
- d) Cocinado de alimentos.

Tareas de atención personal:

- a) Aseo personal, incluyendo baño, ducha, cambio de ropa, lavado de cabello y todo aquello que requiera la higiene habitual.
- b) Aseo personal de atención especial al mantenimiento de la higiene personal para enca-mados e incontinentes con problemas de movilidad a fin de evitar la formación de úlceras.
- c) Acompañamiento a visitas terapéuticas y recogida de recetas y medicamentos. El transporte correrá a cargo del usuario.
- d) Apoyo o compañía.

Otras atenciones de carácter personal:

- a) Acondicionamiento en el hogar. Consistirá en pequeños arreglos de mantenimiento y adaptaciones funcionales en la vivienda de los usuarios.
- b) Transporte para traslado a clubes o centros de día u otras actividades.
- c) Actuaciones de carácter educativo. Están dirigidas a fomentar hábitos de conducta y adquisición de habilidades básicas.
- d) Actuaciones de carácter rehabilitador. Se refieren a las intervenciones técnico-profe-sionales formativas y de apoyo psicosocial, dirigidas al desarrollo de las capacidades personales y a la integración del usuario en su unidad convivencial y en su mundo rela-cional.

3.5.3. Centros de Día y de Noche. Se distinguen tres tipos de centros:

- a) Centros de día para mayores. Son aquellos que, con exclusión del hospedaje, pres-tan a sus usuarios servicios sociales, asistenciales, culturales, recreativos y de promo-ción de salud, procurando la realización de actividades tendentes al fomento de la par-ticipación personal y de grupo y la inserción de las personas mayores en el medio social, sin desprenderse de su ambiente familiar.
- b) Centros de estancia diurna para mayores. Son aquellos en los que se ofrece aten-ción integral durante el día a las personas mayores que padezcan carencias, tanto en su situación psicofísica como en la social, con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal mientras permanecen en su entorno y ambiente familiares.

- c) Centros de estancia nocturna para mayores. Ofrecen a los usuarios exclusivamente la posibilidad de pernoctar, desarrollando el resto de las actividades de la vida ordinaria en su domicilio.

El sector privado podrá integrarse en el sistema de servicios sociales mediante la colaboración de fundaciones, asociaciones y otras entidades para la realización de los objetivos de aquél. La citada colaboración se formalizará mediante convenios y acuerdos, de conformidad con lo que, por norma, se establezca al efecto. En todo caso, por los citados concertos, las entidades se comprometerán a cumplir la normativa pública que afecte al objetivo concertado y, asimismo, a permitir la inspección y control de la autoridad pública concertante sobre los servicios y actividades afectados en cada caso. Para la suscripción de los concertos a que se refiere el número anterior, las entidades deberán obtener previamente su inscripción en el registro público que a tales efectos mantendrá la Consejería competente. A este respecto, serán requisitos necesarios de las entidades para acceder a dicho registro los siguientes:

- a) Finalidad de solidaridad social y sin ánimo de lucro.
- b) Adecuación a la normativa vigente.
- c) Garantía de participación en la gestión en términos equivalentes a la que se establezca para los servicios de titularidad pública.

Todos los centros de atención social y sociosanitaria quedan obligados a:

- a) Obtener la pertinente autorización administrativa de la Consejería competente en materia de servicios sociales.
- b) Permanecer inscritos en el Registro de entidades, centros y servicios de atención a personas mayores regulado.
- c) Facilitar a la Administración la información que le sea requerida relacionada con el ejercicio de la actividad.
- d) Cumplimentar anualmente una ficha de actualización del centro o servicio en la forma que por la Consejería. Posteriormente a la autorización inscribirse en el Registro de entidades, centros y servicios de atención a personas mayores.

Dentro del proceso de autorización se establecen unos requisitos formales que incluyen:

- a) Disponer del reglamento de régimen interno aprobado por el órgano competente
- b) Someterse a la inspección, control y evaluación que se realice por las autoridades sanitarias y sociales competentes, en relación con sus actividades, organización y funcionamiento, así como al cumplimiento de los requisitos mínimos que puedan determinarse.
- c) Llevar un registro de usuarios, cuyo contenido se determinará por la Consejería competente en materia de servicios sociales.

Además, las entidades colaboradoras están obligadas a cumplir unos requisitos funcionales, entre los que destacan:

- a) Fomento de relaciones.
- b) Registro de usuarios.

- c) Expediente personal.
- d) Reglamento de régimen interior.
- e) Garantías del expediente de expulsión por el cual la privación de los derechos de un usuario de cualquier centro, tanto temporal como definitiva, habrá de ser consecuencia de un expediente contradictorio en el que obligatoriamente se dará audiencia al expedientado.
- f) Régimen de visitas.
- g) Tránsito.
- h) Programación de actividades y memoria anual.
- i) Contabilidad.
- j) Régimen de precios y servicios; autorizaciones y licencias.
- k) Reclamaciones y sugerencias.
- l) Cobertura de riesgos y responsabilidades.
- m) Plantilla de personal.
- n) Información a los familiares.
- o) Comité de calidad.
- p) Medidas de seguridad e higiénico-sanitarias.
- q) Todos los centros deberán cumplir la legislación en vigor en materia de higiene y seguridad en el trabajo y en materia higiénico-sanitaria.
- r) Medidas de protección contra incendios.
- s) Alimentación.

Los centros de día reunirán las condiciones funcionales y materiales adecuadas para fomentar la convivencia, integración, participación, solidaridad, la relación con el medio social de sus usuarios y el fomento de las relaciones intergeneracionales, disponiendo de tantos espacios con amplitud suficiente, luz natural y ventilación como requieran las características y el número de usuarios. Los aseos comunes, espacios destinados a administración, servicios de promoción e inserción social y, en su caso, los servicios de manutención, requerirán las condiciones materiales y funcionales establecidas por la Comunidad y comunes a las residencias.

3.5.4. Centros residenciales. Se distinguen 5 tipos:

- a) Centros de atención sociosanitaria. Centros de cuidados continuados, destinados a prestar alojamiento a personas mayores que, por causa de deterioro físico o mental, requieran una actuación básica, cuidados médicos y de enfermería, y cuya situación de vida digna no pueda ser mantenida en su domicilio, aun utilizando todos los recursos sociales y sanitarios.
- b) Centros residenciales de válidos destinados al alojamiento y atención temporal o permanente de personas mayores que puedan desarrollar las actividades más comunes de la vida diaria sin precisar asistencia de terceras personas.

c) Centros residenciales mixtos destinados al alojamiento y atención conjunta de personas mayores válidas y con necesidades de atención sociosanitaria.

d) Centros residenciales de atención a minusválidos físicos (CAMF). Establecimientos que tienen por finalidad la atención integral, en régimen de internado, de aquellos minusválidos físicos que, careciendo de posibilidades razonables de recuperación profesional a consecuencia de la gravedad de su discapacidad, encuentren serias dificultades para conseguir una integración laboral y para ser atendidos en las necesidades elementales de su vida diaria en régimen familiar o domiciliario.

e) Centros residenciales de atención a minusválidos psíquicos (CAMP). Establecimientos dedicados a la atención y asistencia a personas con deficiencia mental mayores de 16 años que, por la naturaleza de su afectación exigen tratamientos idóneos para lograr, hasta donde sea posible, su habilitación o integración social.

Los requisitos materiales exigidos son los siguientes:

Dormitorios:

- Capacidad máxima por dormitorio: Una o dos plazas, nunca más de cuatro.
- Dimensiones del dormitorio: La superficie del dormitorio será tal que se respete como mínimo un espacio libre de aproximación lateral a la cama, armario y mobiliario general, de 0,90 m. En caso de que la cama sea doble, el espacio de aproximación será por ambos lados

Los dormitorios tendrán una dotación mínima por persona de:

- Una cama no inferior a 90 x 180 cm.
- El colchón deberá estar protegido por una funda impermeable para permitir una fácil limpieza y prevenir su contaminación.
- Un armario con llave.
- Una mesilla de noche con cajón.
- Un sillón.
- Una mesa pequeña.
- En la cabecera de la cama se dispondrá de un punto de luz, un enchufe y un pulsador de llamada de emergencia.

Aseo obligatorio: El aseo dispondrá como mínimo de un lavabo, un inodoro y una ducha. Se recomienda que cada habitación disponga de un aseo. En todo caso, el número total de usuarios por cada aseo no excederá de cuatro personas, y el acceso al mismo deberá ser preferentemente desde el interior de cada habitación por un recorrido horizontal y dé a un vestíbulo común donde estén situados los lavabos.

En materia de recursos humanos:

El perfil **director** deberá tener titulación universitaria o bien experiencia acreditada, durante tres años, ejerciendo funciones de dirección.

Profesionales sanitarios cuidadores, auxiliares de clínica y/o similares.

Personal de servicios: Cocineros y ayudantes de cocina, personal para lavandería y limpieza, administrativos, recepcionistas u otros.

Ratio mínima de plantilla:

- Plazas minirresidencias: 0,4.
- Plazas medias y grandes: 0,25.

Se incrementa en un 0,10 para residentes asistidos (que requieran apoyos personales).

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.
- Ley 3/1996, de 11 de julio, de Participación de las Personas Mayores y de la Solidaridad entre Generaciones.
- Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación.
- Decreto 5/1999, de 21 de enero, por el que se regula la prestación del servicio de ayuda a domicilio.
- Decreto 63/2000, de 25 de abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y sus normas de régimen interno.
- Orden de 3 de junio de 2004, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interno de los Centros de día de atención social a personas mayores cuya titularidad ostente la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

3.6. CANTABRIA

3.6.1. Teleasistencia. El servicio de teleasistencia es de competencia municipal. Son los Ayuntamientos quienes disponen y gestionan este servicio a través del convenio FEMP (2001) de colaboración entre los Ayuntamientos, el Imserso y la Comunidad Autónoma.

Los servicios mínimos exigidos en el Ayuntamiento de Santander son:

- a) Dotar e instalar en el domicilio de los usuarios los elementos del sistema: terminal y unidad de control remoto.
- b) Familiarizar a los usuarios con el uso del equipo individual.
- c) Apoyo inmediato al usuario, vía línea telefónica y manos libres cuando solicite ayuda ante una situación imprevista o de emergencia.
- d) Intervención, en su caso, sin petición de ayuda directa por el usuario, en aplicación de las "agendas" de usuario.
- e) Movilización de recursos sociales, sanitarios, etc., adecuados a cada situación de emergencia.
- f) Seguimiento permanente de usuarios y sistema.
- g) Contacto con entorno sociofamiliar.
- h) Mantenimiento del sistema y sus instalaciones.
- i) Comprobación continua del funcionamiento del sistema.
- j) Transmisión, a los responsables de los servicios sociales municipales, de las incidencias y necesidades detectadas a través del sistema y que requieran de una intervención posterior a la realizada ante la situación imprevista y de emergencia presentada y atendida desde la central.
- k) Integración del usuario en otros programas de atención, principalmente en los que contemplen actividades de compañía a domicilio y animación social.

3.6.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. La Atención Domiciliaria es un servicio desarrollado a través de la Dirección General Social, de la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en colaboración con las administraciones locales. Es un servicio que se presta a aquellas personas que se encuentran en una situación de necesidad y consiste en una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, doméstico y social que persiguen el objetivo de facilitar su autonomía personal y la permanencia en su medio habitual de vida.

La colaboración con el sector privado se realiza a través de la Consejería que establecerá reglamentariamente los requisitos y procedimientos para el registro, la autorización administrativa y acreditación de los centros y servicios de atención a las personas dependientes, denominados sociosanitarios. Al efecto de que se cumpla en todo momento los objetivos previstos conforme a las pautas y criterios fijados se establecen tres niveles de seguimiento:

- a) De las programaciones de casos individuales.
- b) De los convenios suscritos.
- c) De la gestión de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

A través de la red de servicios propios y concertados y una vez aprobado el convenio, el Gobierno de Cantabria aportará el 60% de su importe cuando éstos se acuerden con entidades locales con más de 5.000 hab., y el 80% en el caso de las de menos de 5.000 hab. Se podrá incrementar esta aportación hasta el 100%, si las entidades locales se comprometen a aumentar en un 20% el número de horas de atención domiciliaria, respecto de las prestadas con arreglo al último convenio suscrito con el Gobierno de Cantabria.

Se establecen otras ayudas económicas. Así, para costear el suministro de menús elaborados, cuando sea un apoyo a otros servicios como atención domiciliaria, teleasistencia, etc., hasta un máximo de 500 euros al año. Igualmente, se concederá para costear servicios de atención domiciliaria en aquellos ayuntamientos en los que no hay servicio de atención domiciliaria (SAD) concertado con el Gobierno de Cantabria o que, aún habiéndolo, no es posible acceder a sus prestaciones, o a las de otros servicios de atención domiciliaria proporcionados por otras entidades públicas o privadas a que se tuviere derecho, por razón de dispersión de la población hasta un máximo de 1.800 euros anuales.

El tiempo de atención doméstica y personal concedido a cada persona beneficiaria no excederá de 2 horas diarias o de 62 horas al mes, salvo circunstancias debidamente justificadas. En todo caso, la duración de cada concesión no podrá exceder del 31 de diciembre de cada año.

3.6.3. Centros de Día. La regulación regional diferencia entre distintos tipos de centros:

- a) Centros de día o servicios de estancia diurna para mayores: Son centros sociosanitarios cuyas funciones son las de apoyar a los cuidadores informales evitando institucionalizaciones innecesarias y no deseadas, facilitando la permanencia de la persona dependiente en su entorno y ofreciendo una atención preventiva, educativa, sociocultural y rehabilitadora durante el día.
- b) Centros abiertos para discapacitados. En ellos se promueve la convivencia de los minusválidos de una determinada población o barrio. En general, se ofrecen servicios sociales y terapia ocupacional.
- c) Centros de mayores no residenciales. Adscritos a la Dirección General de Acción Social, son establecimientos públicos al servicio de las personas mayores, destinados

a facilitar la convivencia y a propiciar la participación e integración social. Igualmente, procuran la realización de actividades tendentes a conseguir unos niveles más altos de información, el fomento de la participación personal y comunitaria, el estímulo para llevar a cabo acciones de intercambio y de ayuda mutua y, en general, la mejora progresiva de la forma de vida.

Para la concertación de estos servicios se requiere:

- a) Autorización previa, para proceder al inicio de la realización solicitada, y licencia municipal.
- b) Inspección que, caso de ser positiva, dará lugar a la concesión de la autorización provisional de apertura.
- c) Transcurrido un año, desde la autorización provisional de apertura, se solicitará, por la entidad o institución correspondiente, la inspección de los servicios competentes, a efectos de comprobar las normas mínimas de funcionamiento.
- d) Autorización definitiva de funcionamiento.

Para la autorización definitiva se requiere que se cumplan las siguientes normas:

- a) Si la planta física dispone de más de un nivel, con una diferencia \leq 1,50 m, se garantizará el transporte vertical de las personas, con un mínimo de un ascensor montacami-llas. Todos ellos dispondrán de accionamiento vertical a nivel de salida más próximo en caso de avería.
- b) Servicio de calefacción, que garantice una temperatura interior de 20 grados.
- c) Si existe actividad médica, con locales específicos para la atención de urgencia, se garantizará el suministro de energía eléctrica en dichos locales.
- d) Dispondrá de servicios telefónico con el exterior, en la dimensión suficiente que garantice el servicio.
- e) Los edificios de nueva planta no incluirán barreras arquitectónicas y en los existentes, se autorizarán las remodelaciones que las eliminen.
- f) Existirá una póliza vigente de seguros, que cubra los costos de reposición, en caso de siniestro o lesiones por praxis profesional o negligencia del personal

Los requerimientos materiales incluyen:

En los Centros de Día para mayores:

- Aseo obligatorio
- Dimensiones comedor: Un metro cuadrado por plaza, como mínimo.
- Dimensiones sala de estar: 1,8 metros cuadrados por plaza como mínimo.
- Dimensiones sala de actividades: Sala polivalente con un mínimo de 2 m²/persona y un mínimo de 16 metros cuadrados.
- Despacho monitor, con un mínimo de 4 metros cuadrados. Almacén con un mínimo de 4 metros cuadrados.
- Vestuarios, con un mínimo de 0,2 m² /persona y mínimo de 2 m² /aseos.

En los Centros de Día para minusválidos:

- Aseo obligatorio: una superficie mínima de 1,40 metros cuadrados por plaza.
- Dimensiones comedor: 3,6 metros cuadrados por plaza, superficie mínima.
- Dimensiones sala de estar: 3,6 metros cuadrados por plaza, superficie mínima.
- Cocina: El espacio será de 0,3 a 0,7 m² / unidad de comida / día, con un mínimo de 30 m².
- Lencería y almacén.

En materia de recursos humanos sólo se regula la exigencia de un terapeuta ocupacional cada 10 personas simultáneas y un responsable de cocina y un dietista cada 600 platos.

3.6.4. Residencias. Se incluyen distintos centros residenciales destinados a personas dependientes que precisan de atención continuada, personal y multiprofesional, de acuerdo a los distintos niveles de dependencia.

Los criterios de colaboración son similares a los de los Centros de día. Para la autorización definitiva se fijan los siguientes requisitos:

- a) Dispondrán de calefacción, que garantice una temperatura interior de 20 grados.
- b) Dispondrán de servicio telefónico con el exterior, que contarán al menos, con cuatro líneas exteriores por cada 100 camas. Existirá derecho regulado de utilizado por parte de los usuarios.
- c) Los edificios de nueva planta dispondrán su proyecto en forma tal que no incluyen barreras arquitectónicas. En los edificios existentes se autorizarán las remodelaciones que las eliminen.
- d) Existirá una póliza vigente de seguros, que cubra los costos de reposición, en caso de siniestro o lesiones, por praxis profesional o negligencia del personal.
- e) Si la planta física dispone de más de un nivel, con una diferencia $\leq 1,50$ m, se garantizará el transporte vertical de las personas, con un mínimo de un ascensor montacami-llas. Todos ellos dispondrán de accionamiento vertical a nivel de salida más próximo, en caso de avería
- f) Están garantizadas la iluminación y señalización de emergencia. La existencia, con medios propios o concertados, de un servicio para el transporte de enfermos encamados, en función de la necesidad razonable de este servicio. Podrá declararse obligatorio para el mismo.
- g) Existirá siempre zonas comunes (comedor, salones, etc.) que permitan desarrollar actividades de entretenimiento y convivencia.

Para estancias de 24 horas en cuanto a personas mayores con dependencia tanto de titularidad pública como privada concertada se deberá contar con un mínimo de profesionales y horas de dedicación según el tamaño y número de plazas. Un profesional del equipo ejercerá las funciones de responsable y coordinador. La proporción o \square ratio \square personal/usuario mínima será:

- a) De atención directa. Será la prestada por ATS/DUE, con formación y experiencia en geriatría y gerontología, y auxiliar de clínica con formación y experiencia en geriatría y gerontología, 0,29 fraccionado de la forma siguiente: 0,25 de auxiliar de clínica y 0,04 de ATS/DUE. Se garantizará en todo momento la presencia continuada de este tipo de personal. La proporción de psicólogo, fisioterapeuta, trabajador social y terapeuta ocupacional será de 0,06, garantizándose en todo caso programas individualizados de acuerdo a las características de cada usuario.
- b) De atención indirecta. Incluirá al personal de mantenimiento, limpieza, cocina, lavandería, administración y cualquier otro personal que quede acreditado. La proporción personal/usuario no será inferior al 0,10. La relación \square ratio \square personal/usuario de las unidades concertadas en ningún caso podrá compensarse con personal de otras unidades.

Los requisitos técnicos son los siguientes:

Residencia de mayores válidos:

- Capacidad máxima por dormitorio: 6 personas.
- Dimensiones dormitorio: Mínimo para residencia de válidos (5,5 m²) y para asistidos (7,5 m²).
- Aseo obligatorio: Un WC cada 10 camas. Un lavabo, cada tres camas. Una ducha, cada seis camas. Un baño, cada 30 camas, con grifería de tipo teléfono.
- Dimensiones comedor: Área mínima de éste será de un metro cuadrado por plaza.
- Dimensiones sala de estar: Superficie mínima 1,8 metros cuadrados por plaza.
- Dimensiones sala de curas/enfermería: La capacidad en camas instaladas será del 5% del total de camas existentes en centros para personas válidas y del 10%, en centros para personas no válidas, con una superficie mínima de 6 metros cuadrados/cama.
- Ascensor: Si la plaza física del centro dispone de más de un nivel, con una diferencia > 1,50 m., se garantizará el transporte vertical de personas, con un mínimo de un ascensor. El acceso vertical, desde el nivel de calle a la unidad, deberá ser obligatoriamente por ascensor, siempre que el desnivel sea superior a 7 metros.
- Dimensión sala rehabilitación: El espacio mínimo para toda el área será de 0,3 metros cuadrados/cama en centros hospitalarios y un mínimo de 54 metros cuadrados para toda la unidad.
- Dimensión sala terapia ocupacional: Sala polivalente con un mínimo de dos metros cuadrados/persona y un mínimo de 16 metros cuadrados.
- Cocina: Si el lavado de vajillas se efectúa centralizado, deberá contar con local independiente. El espacio será de 0,3 a 0,7 metros cuadrados/unidad de comida/día, con un mínimo de 30 metros cuadrados.
- Un local común de cinesiterapia, con 3 metros de altura mínimo y despacho monitor, con un mínimo de 4 metros cuadrados. Almacén con un mínimo de 4 metros cuadrados. Vestuarios, con un mínimo de 0,2 metros cuadrados/persona y mínimo de dos m² /aseos. Una habitación por cada 100 camas, de un mínimo de 12 m², dedicada exclusivamente a mortuorio.

Residencias de mayores mixtas y asistidas:

- Capacidad máxima por dormitorio: 6 personas.
- Dimensiones dormitorio: La dimensión mínima será de 7,50 metros cuadrados/cama.
- Aseo obligatorio: Un WC cada 10 camas. Un lavabo, cada tres camas. Una ducha, cada seis camas. Un baño, cada 30 camas, con grifería de tipo teléfono.
- Dimensiones comedor: Área mínima de éste será de un metro cuadrado por plaza.
- Dimensiones sala de estar: Superficie mínima 1,8 metros cuadrados por plaza.
- Dimensiones sala de curas/enfermería: La capacidad en camas instaladas será del 5% del total de camas existentes en centros para personas válidas y del 10%, en centros para personas no válidas, con una superficie mínima de 6 metros cuadrados/cama.
- Ascensor: El acceso vertical, desde el nivel de calle, será por rampas antideslizantes o ascensor. La pendiente máxima de las rampas será del 8% y la longitud máxima de los tramos de rampa será de 15 metros, medidos en planta entre rellanos horizontales. La anchura mínima será de 0,95 metros y estará limitada lateralmente por un reborde de 5 cm. Cuando el acceso vertical se efectuó por ascensor, éstos se nivelarán con el rellano de salida con un desajuste máximo de 2 cm.
- Dimensión sala rehabilitación: El espacio mínimo para todo el área será de 0,3 metros cuadrados/cama en centros hospitalarios y un mínimo de 54 metros cuadrados para toda la unidad.
- Dimensión sala terapia ocupacional: Sala polivalente con un mínimo de dos metros cuadrados/persona y un mínimo de 16 metros cuadrados.
- Cocina: Si el lavado de vajillas se efectúa centralizado, deberá contar con local independiente. El espacio será de 0,3 a 0,7 metros cuadrados/unidad de comida/día, con un mínimo de 30 metros cuadrados.
- Un local común de cinesiterapia, con 3 metros de altura mínimo. Despacho monitor, con un mínimo de 4 metros cuadrados. Almacén con un mínimo de 4 metros cuadrados. Vestuarios, con un mínimo de 0,2 metros cuadrados/persona y mínimo de dos m² /aseos. Una habitación por cada 100 camas, de un mínimo de 12 metros cuadrados, dedicada exclusivamente a mortuorio.

Residencias de minusválidos:

- Aseo obligatorio: Existirá un baño asistido, por cada 10 camas o fracción, con una superficie mínima de 1,40 metros cuadrados por plaza.
- Dimensiones sala de estar: Superficie mínima 3,6 metros cuadrados por plaza.
- Dimensiones sala de curas/enfermería: La capacidad en camas instaladas será del 5% del total de camas existentes en centros para personas válidas y del 10% en centros para personas no válidas, con una superficie mínima de 6 metros cuadrados/cama.
- Ascensor: Si la plaza física del centro dispone de más de un nivel, con una diferencia > 1,50 m., se garantizará el transporte vertical de personas, con un mínimo de un ascensor.
- Dimensión sala rehabilitación: El espacio mínimo para toda el área será de 0,3 metros cuadrados/cama en centros hospitalarios y un mínimo de 54 metros cuadrados para toda la unidad.
- Dimensión sala terapia ocupacional: Sala polivalente con un mínimo de dos metros cuadrados/per

sona y un mínimo de 16 metros cuadrados.

- Cocina: Si el lavado de vajillas se efectúa centralizado, deberá contar con local independiente. El espacio será de 0,3 a 0,7 metros cuadrados/unidad de comida/día, con un mínimo de 30 metros cuadrados.

- Un dormitorio de guardia ocupado por persona capacitada. Un local común de cinesiterapia, con 3 metros de altura mínimo. Despacho monitor, con un mínimo de 4 metros cuadrados. Almacén con un mínimo de 4 metros cuadrados. Vestuarios, con un mínimo de 0,2 metros cuadrados/persona y mínimo de dos m²/aseos. Almacén (0,30 metros cúbicos, por plaza). Lencería (0,10 metros cúbicos, por plaza).

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Orden de 13 de julio de 1989 por la que se desarrolla el Decreto 52/89, de 13 de julio, de centros y establecimientos de servicios sociales.

- Decreto 52/1989, de 13 de julio por el que se regula los centros y establecimientos de Servicios Sociales.

- Decreto 106/1997, de 29 de septiembre, por el que se regula el servicio de atención domiciliar concertado entre la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Administración local.

- Ley del 16 de noviembre de 2000, para la concertación de plazas dedicadas a estancias de 24 horas, para personas mayores con dependencia que desarrolla el Decreto 88/1998, de 9 de noviembre, por el que se regula la Acción Concertada en Materia de Reserva y Ocupación de Plazas en Estructuras Asistenciales.

- Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de protección a las personas dependientes.

- Orden de 2 de agosto de 2002, reguladora de la solicitud de acceso a centros y servicios sociosanitarios.

- Orden de 18 de septiembre de 2002, por la que se aprueba el Estatuto básico de Centros de Mayores no residenciales adscritos a la Dirección General de Acción Social.

- Orden de 24 de septiembre de 2004, por la que se regula el sistema de ingreso y traslado en plazas de Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores integradas en la Red Pública de la comunidad autónoma de Cantabria.

- Decreto 143/2004, de 22 de diciembre, por el que se modifica el Decreto 106/1997, de 29 de septiembre, por el que se regula el Servicio de Atención Domiciliar concertado entre la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de Cantabria y la Administración local y se deroga el Decreto 53/2002, de 16 de mayo, por el que se regulan las ayudas económicas para el alquiler de vivienda habitual.

- Decreto 24/2006, de 2 de marzo, de modificación del Decreto 106/1997, de 29 de septiembre, que regula el servicio de atención domiciliar concertado entre la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y la Administración local.

- Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales

- Orden SAN/26/2007, de 7 de mayo, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

- Orden EMP/2/2007, de 26 de julio, por la que se regula provisionalmente la aportación económica de las personas usuarias del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

- Orden EMP/18/2008 de 8 de febrero por la que se desarrolla el Catálogo de Servicios del Sistema para la Autonomía Personal y la Atención a la Dependencia y se regula provisionalmente la aportación económica de las personas usuarias en la Comunidad Autónoma de Cantabria.

3.7. CASTILLA-LA MANCHA.

3.7.1. Teleasistencia. Este servicio lo presta la Consejería de Bienestar Social a través de Cruz Roja o entidades gestoras. En este caso se requiere:

- a) Inscripción en el Registro de Centros de Servicios Sociales
- b) Autorización de creación y autorización de apertura
- c) Acreditación del centro.
- d) Estándar de cumplimiento de compromisos asumidos.

Las entidades gestoras interesadas en concertar deberán presentar junto a la solicitud de convenio una memoria en la que conste:

- a) Objetivos y actividades.
- b) Fecha prevista de comienzo.
- c) Número de usuarios con resolución favorable o en trámite.
- d) Presupuesto de gastos e ingresos previstos y coste real, con detalle de horas previstas de prestación.
- e) Aportación prevista de la parte solicitante.
- f) Ámbito territorial de actuación.

Las solicitudes de convenio para teleasistencia se presentarán en la Dirección General de Acción Social y Cooperación Internacional.

Los requisitos mínimos son:

- a) Instalación del equipo en el domicilio, puesta en funcionamiento, reparación y mantenimiento del mismo.
- b) Enseñanza de su uso y funcionamiento.
- c) Atención inmediata a las llamadas de alarma las 24 horas del día.
- d) Seguimiento y evaluación de la situación del usuario mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias.
- e) Control de ausencias domiciliarias.
- f) Aviso a familiares o personas de contacto en caso de emergencia.
- g) Avisos de agenda personalizado tales como la toma de medicamentos o la realización de gestiones.
- h) Organización de actividades complementarias (oferta de espacios de ocio, encuentros, actividades culturales).
- i) Verificación periódica del correcto funcionamiento del equipo.
- j) Instalación de detectores de movimiento (opcionales).

3.7.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Incluye la ayuda a domicilio básica a personas y unidades de convivencia con dificultades de autonomía personal que requieren apoyo para facilitar la permanencia en su hogar habitual y la extraordinaria de prestar apoyo personal a aquellos usuarios de la prestación básica con grandes limitaciones para cuidar de sí mismos a través de la ayuda para realizar actividades de autocuidado durante los fines de semana y días festivos.

- a) Inscripción en el Registro de Centros de Servicios Sociales.
- b) Autorización de creación y autorización de apertura.
- c) Acreditación del centro.

Las entidades gestoras interesadas en concertar deberán presentar junto a la solicitud de convenio una memoria en la que conste:

- a) Objetivos y actividades.
- b) Fecha prevista de comienzo.
- c) Número de usuarios con resolución favorable o en trámite.
- d) Presupuesto de gastos e ingresos previstos y coste real, con detalle de horas previstas de prestación.
- e) Aportación prevista de la parte solicitante y coste por hora del servicio.
- f) Ámbito territorial de actuación.

En materia de recursos humanos se requiere perfil director para los tres tipos de ayuda de trabajador social.

En relación al personal de atención, voluntariado social para la realización de limpieza, aseo personal preparación o servicio de comidas, vestido y transporte.

Tiempo de atención por usuario: en ayuda a domicilio básica máximo de 52 horas por beneficiario/mes, en caso de ayuda extraordinaria máximo de 2 horas por beneficiario/día.

Las prestaciones mínimas incluyen:

- a) Ayuda a domicilio básica: Limpieza de vivienda; lavado y planchado de ropa; realización de compras; preparación o servicio de comidas; ayuda a la movilización personal; aseo y vestido personal.
- b) Ayuda a domicilio extraordinaria: atenciones necesarias para movilización; aseo y vestido personal los sábados, domingos y días festivos.

3.7.3. Centros de Día. Se distingue entre los Centros ordinarios de atención durante el día de aquellas personas mayores que padecen de carencias tanto en su situación psicofísica como social, con el fin de mantener su nivel de autonomía personal mientras permanecen en su entorno familiar para personas y los destinados a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas y con discapacidad física. Entre los primeros se diferencia entre: 1) Club y hogares: lugares de encuentro para el desarrollo de actividades que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los usuarios fomentando el asociacionismo y potenciando actividades de integración sociocultural, y 2) Centros que prestan Servicio de Estancias Diurnas: donde además de los servicios que imparten los clubes y hogares se presta una atención especializada de carácter rehabilitador y psicosocial a personas con disminuciones psicofísicas a través de la gerocultura, la animación sociocultural y la terapéutica rehabilitadora. En los destinados a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas los recursos sociales consisten en atención educativa, sanitaria, higiénica y alimentaria. El personal especializado trabaja en el desarrollo de sus potencialidades a través del aprendizaje de conductas básicas con el objeto de alcanzar el mayor grado de autonomía personal y de integración social y el desarrollo de programas de habilitación y rehabilitación, para lograr el máximo desarrollo de sus capacidades, al igual que en los centros de día para personas con discapacidad física gravemente afectadas.

La Consejería de Bienestar Social puede suscribir conciertos con sociedades de derecho privado, entidades sin ánimo de lucro, instituciones de carácter religioso, entidades locales,

fundaciones, cualquier otra entidad privada con o sin ánimo de lucro y con cualquier persona física titular de un centro que preste servicio social.

La autorización para la concesión del servicio requiere:

- a) Inscripción en el Registro de Centros de Servicios Sociales.
- b) Autorización de creación y autorización de apertura
- c) Acreditación del centro.
- d) Licencia municipal.

La documentación a presentar incluye:

- a) Contratos y tipos de tarifas.
- b) Libro de quejas.
- c) Reglamento de régimen interior.
- d) Libro de los usuarios donde figuren altas y bajas
- e) Programa de servicios y actividades del centro.
- f) Cuando exista atención sanitaria, disponer de una memoria médica sobre la prestación médica y farmacéutica.
- g) Póliza de seguros y responsabilidad civil y por siniestro.
- h) Certificado sobre cumplimiento de Reglamentación de Instalaciones.
- i) Plan de emergencia con manual de autoprotección.
- j) Licencia de obras municipal.

Para obtener el Certificado de Acreditación se debe presentar la solicitud después de 6 meses de inicio de las actividades del centro. Después de visitar el centro para la realización de una inspección exhaustiva se emitirá un informe completo sobre los resultados de dicha inspección. Tras el informe sobre el cumplimiento de las condiciones previas exigidas se otorgará autorización por un período máximo de 4 años.

Los requisitos técnicos son los siguientes:

Centro de Día:

- Aseo obligatorio diferenciados por sexo (6 m2 como mínimo cada uno).
- Dimensiones comedor: 2 m2 por plaza y 20 m2 de superficie total mínima.

Centro de Día que prestan Servicio de Estancia Diurna

- Aseo obligatorio: uno cada 20 usuarios. 7 m2 superficie mínima
- Dimensiones comedor: 2 m2 por plaza y 30 m2 de superficie total mínima.
- Dimensiones sala de estar: 2 m2 por usuario, 40 m2 superficie mínima.
- Dimensiones sala de curas/enfermería: 12 m2 superficie mínima.
- Dimensión sala rehabilitación: 40 m2 superficie mínima.
- Dimensión sala terapia ocupacional: 30 m2 superficie mínima
- Cocina: 20 m2 superficie mínima.
- Cuarto de limpieza: 6 m2 superficie mínima.

El personal mínimo exigido en los distintos tipos de Centro es el siguiente:

Centros Día y Centros Día que prestan Servicio de Estancia Diurna requiere:

- El perfil director titulación universitaria de grado medio o tres años de experiencia en funciones similares.
- Profesionales sanitarios: Gerocultor o auxiliar de clínica. En el caso de demencia o problemas psíquicos profundos, sería un auxiliar cada 8 usuarios.
- Otros profesionales de atención: Terapeuta ocupacional.
- Ratio mínima de plantilla: Un terapeuta ocupacional cada 20 usuarios.
- Ratio mínima de personal de atención: 0,15. Un gerocultor o auxiliar de clínica cada 10 usuarios. En el caso de demencia o problemas psíquicos profundos sería un auxiliar cada 8 usuarios.

Centros de Día para Personas con Discapacidad Psíquica gravemente afectadas:

- Profesionales sanitarios: Auxiliar especializado, fisioterapeuta, ATS, médico.
- Otros profesionales de atención: Psicólogo, trabajador social.
- Personal de servicios: Un administrativo, 1 cocinero, 1 ayudante de cocina, 1 camarero, 1 ordenanza/conserje.
- Ratio mínima de plantilla total: 1 psicólogo/80 usuarios o fracción, 1 trabajador social/80 usuarios, 1 ayudante de Cocina/60 usuarios o fracción, 1 camarero/60 usuarios o fracción, 1 ordenanza/conserje/50 usuarios.
- Ratio mínima de personal sanitario: 1 auxiliar especializado/6 usuarios, 1 médico/80 usuarios o fracción, 1 fisioterapeuta, 1 ATS/40 usuarios.

Centros de Día para Personas con Discapacidad Física Gravemente Afectadas:

- Profesionales sanitarios: Fisioterapeuta, médico, ATS, auxiliar de clínica.
- Otros profesionales de atención: Trabajador social, psicólogo, cuidador, terapeuta ocupacional.
- Personal de servicios: Administrativo, cocinera, ayudante de cocina, camarero.
- Ratio mínima de plantilla total: 1 administrativo/50 usuarios, 1 trabajador social, 1 psicólogo/80 usuarios o fracción, 1 cuidador/8 usuarios, 1 terapeuta ocupacional, 1 cocinera, 1 ayudante de Cocina/50 usuarios o fracción, 1 camarero/20 usuarios o fracción.
- Ratio mínima de personal sanitario: 1 fisioterapeuta, 1 médico, 1 ATS/40 usuarios, 1 auxiliar de clínica/20 usuarios.

Los servicios mínimos en los Centros Día y Centros Día que prestan Servicio de Estancia Diurna incluyen:

- a) Seguimiento de los tratamientos médicos prescritos y control de los parámetros vitales.
- b) Apoyo familiar.
- c) Servicio de transporte adaptado.

En los Centros de Día para Personas con Discapacidad Psíquica gravemente afectadas y Centros de Día para personas con Discapacidad Física gravemente afectadas:

- a) Atención sanitaria.
- b) Atención higiénica.
- c) Cuidados materiales y afectivos.
- d) Apoyo familiar.

3.7.4. Centros Residenciales. Incluyen los Centros Residencial para Mayores, como servicio de alojamiento continuado o temporal, sustitutivo del hogar, Centro integrales de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas, Centros residenciales para personas con discapacidad psíquica donde viven de forma permanente o temporal personas con discapacidad psíquica y Centros residenciales para personas con discapacidad física.

Los requisitos formales para la colaboración público-privada son los mismos que en los Centros de día.

Las características técnicas son las siguientes:

Centro Residencial para Mayores:

- Capacidad máxima:
 - Miniresidencias: 35 plazas.
 - Residencias de tamaño medio: 36-80 plazas.
 - Grandes residencias: más de 80 plazas.
- Capacidad máxima por dormitorio: Máximo 2 personas.
- Dimensiones dormitorio: 10 m2 mínimo para las habitaciones individuales (deben ser el como mínimo el 25% del total de plazas) y 16 m2 mínimo para las habitaciones dobles.
- Aseo obligatorio: 4 m2 de superficie y 2 metros de altura como mínimo. Uno de uso común, diferenciado por sexo, cada 50 usuarios.
- Baño geriátrico: uno cada 20 residentes. 12 m2 superficie mínima. En grandes residencias debe haber al menos dos baños geriátricos.
 - Dimensiones comedor:
 - Miniresidencias: 30 m2 mínimo.
 - Residencias de tamaño medio: 40 m2 mínimo.
 - Grandes residencias: 80 m2 mínimo.
 - Comedor de planta: 20 m2 como mínimo.
- Dimensiones sala de estar: superficie total mínima de 25 m2.
- Dimensiones sala de curas/enfermería: superficies mínimas: 12 m2 en miniresidencias, residencias de tamaño medio 12 m2 más despacho médico de 8 metros cuadrados, en grandes residencias 12 m2, más despacho médico de 8 m2 y zona de enfermería con capacidad para el 3% de las plazas totales.
- Dimensiones sala de actividades: dos. 20 m2 como mínimo cada una.
- Ascensor: uno como mínimo cuando haya más de una planta.
- Cocina: 20 m2 superficie mínima y 2 metros de altura como mínimo.
- Zona de servicios generales, zona de fumadores, sala de visitas: 9 m2 superficie mínima.

Centros integrales de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas.

- Capacidad máxima por dormitorio: 2 personas por habitación.
- Dimensiones comedor: 4 m2 por usuario.
- Dimensiones sala de estar: una sala cada 10 residentes.
- Dimensiones sala de curas/enfermería: 15 m2 y dos camas.
- Dimensiones sala de actividades: 4 m2 por usuario.
- Ascensor: uno cuando tenga más de una planta.

Centros residenciales para personas con discapacidad física.

- Capacidad máxima por dormitorio: 2 personas por habitación.
- Aseo obligatorio: Sí (1 inodoro/5 camas, 1 lavabo/3 camas, 1 ducha/5 camas).
- Dimensiones comedor: 2 m2 por usuario.
- Dimensiones sala de estar: 2 m2 por usuario como mínimo.
- Ascensor: uno cuando tenga más de una planta.

El personal mínimo exigido por tipos de Centro es el siguiente:

Centro Residencial para Mayores

- Perfil director: estudios universitarios de grado medio o tres años de experiencia en funciones similares.
- Profesionales sanitarios: Médico, ATS, gerocultores o auxiliar.
- Personal de servicios: Al menos uno.
- Ratio mínima de personal de atención: Un médico. Un ATS cada 40 personas dependientes y cada 50 no dependientes.
- Un gerocultores o auxiliar cada 6 personas dependientes y uno cada 15 no dependientes (50% al menos con titulación en auxiliar de clínica).
- Plazas de válidos: 0,11.
- Plazas asistidas: 0,22.

Centros integrales de atención a personas con discapacidad psíquica gravemente afectadas.

- Mismo perfil director.
- Profesionales sanitarios: Psicólogo, auxiliar, fisioterapeuta, ATS, médico, auxiliar de clínica.

- Otros profesionales de atención: Trabajador social, terapeuta ocupacional.
- Personal de servicios: Administrativo, cocinero, ayudante de cocina, camarero.
- Ratio mínima de plantilla: 0,35. 1 psicólogo cada 80 usuarios o fracción, 1 auxiliar cada 8 usuarios, 1 fisioterapeuta, 1 ATS cada 40 usuarios, 1 médico, 1 auxiliar de clínica cada 20 usuarios (5). 1 administrativo a partir de 50 usuarios, 1 cocinero, 1 ayudante de Cocina cada 50 usuarios o fracción, 1 camarero cada 20 usuarios o fracción.
- Ratio mínima de personal de atención: 0,26. 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional.

Los requisitos mínimos de funcionamiento son:

Residencias de mayores.

- a) Cuidado personal, custodia y vigilancia del usuario.
- b) Alojamiento, repasado y planchado de ropa personal y útiles de aseo.
- c) Comida y atención a las necesidades dietéticas y nutricionales.
- d) Cuidados y servicios de higiene personal.
- e) La ropa de cama, mesa y aseo.
- f) Asistencia médica.
- g) Asistencia farmacéutica.
- h) Tratamientos rehabilitadores, de fisioterapia y terapia ocupacional.
- i) Traslado a centros sanitarios cuando precisen atención hospitalaria.
- j) Trámites en caso de fallecimiento del residente.
- k) Realización de actividades participativas que favorezcan el ocio y el desarrollo socio-cultural.

Residencias de discapacitados

- a) Atención sanitaria.
- b) Atención higiénica.
- c) Cuidados materiales y afectivos.
- d) Apoyo familiar.
- e) Atención alimentaria.
- f) Rehabilitación.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Ley 3/1986, del 16 de abril, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha
- Orden de 31 de marzo de 1992, por la que se regula acreditación de establecimientos de Tercera Edad, Minusválidos, Infancia y menores.
- Orden de 25 de julio de 1998, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regula la Concertación de Plazas Residenciales, Estancias Temporales y Estancias Diurnas de Centros Residenciales y Centros de Mayores.
- Decreto 13/1999, de 16 de febrero de 1999, por el que se regula el procedimiento de acceso a Centros de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica
- Decreto 53/1999, de 11 de mayo de 1999, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 3/1994,

de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales en Castilla-La Mancha.

- Orden de 21 de mayo de 2001, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha
- Decreto 30/2004, de 30 de marzo, por el que se modifica el Reglamento de desarrollo de la Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales en Castilla-La Mancha, aprobado por el Decreto 53/1999, de 11 de mayo.
- Decreto 28/2004, de 10 de diciembre, por el que se establece el régimen jurídico de los Centros de Atención a Personas con Discapacidad Física de Castilla-La Mancha y el procedimiento de acceso a los mismos.
- Resolución de 15 de diciembre de 2005, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se aprueba la Carta de Servicios de Teleasistencia.
- Orden de 27 de febrero de 2006, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 22-01-2003, por la que se regulan y actualizan las prescripciones técnicas y el baremo de acceso del Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia.
- Orden de 24-10-2007, Consejería de Bienestar Social, por la que se establecen las Intensidades.
- Orden de 24-10-2007, Consejería de Bienestar Social, por la que se establecen las Intensidades de Protección de los Servicios y el régimen de compatibilidad de los Servicios y Prestaciones Económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.
- Decreto 307/07, de 18-12-2007, Consejo de Gobierno del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y de la composición y funciones de los órganos de coordinación, de atención y valoración de la situación de dependencia
- Orden de 09-05-2008, Consejería de Bienestar Social, por la que se Modifica la Orden de 24-10-2007, Consejería de Bienestar Social, por la que se Establecen las Intensidades de Protección de los Servicios y el Régimen de Compatibilidad de los Servicios y Prestaciones Económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Castilla-La Mancha.
- Orden de 14/01/2009, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 24/10/2007 de la Consejería de Bienestar Social, por la que se establecen las intensidades de protección de los servicios y el régimen de compatibilidad de los servicios y prestaciones económicas del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Castilla-La Mancha.

3.8. CASTILLA Y LEÓN.

3.8.1. Teleasistencia. Para obtener la acreditación de un centro o servicio será necesario que cumplan los requisitos específicos relativos a la calidad de prestación, cualificación del personal y especiales condiciones arquitectónicas y de equipamiento del inmueble, que se determinarán oportunamente y adecuarse a los criterios y condiciones siguientes:

- a) Encuadramiento en los Planes Regionales de Acción Social y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.
- b) Aceptar las sugerencias e instrucciones que le requiera la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Los requisitos básicos en los principales Ayuntamientos son:

- a) Atención inmediata de las alarmas.
- b) Comunicación al usuario de datos o aspectos importantes que no debe olvidar (visitas médicas, administración de medicamentos, etc.).
- c) Seguimiento permanente desde la central.
- d) Visitas de seguimiento.

3.8.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. La colaboración con entidades privadas requiere:

- a) Autorización de los centros para personas mayores.

- b) La inscripción en el registro.
- c) Solicitud de autorización del centro e inscripción de la entidad.
- d) Licencia municipal de apertura del centro, para la actividad que se solicita.
- e) Autorización para la modificación de condiciones y para el cierre o cese de actividades.

Para obtener la acreditación de un centro o servicio, será necesario que cumplan los requisitos específicos relativos a la calidad de prestación, cualificación del personal y especiales condiciones arquitectónicas y de equipamiento del inmueble y adecuarse a los criterios y condiciones siguientes:

- a) Encuadramiento en los Planes Regionales de Acción Social y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.
- b) Aceptar las sugerencias e instrucciones que le requiera la Consejería de Sanidad y Bienestar Social.
- c) Atención ofrecida e índice de las prestaciones.
- d) Sistema de contabilidad.

En materia de personal, la normativa regional regula las siguientes categorías:

- Personal de atención: personal auxiliar, trabajador social, psicólogo, educadores y animadores comunitarios como parte del equipo de Acción Social. Perfil del personal auxiliar: tener al menos una formación de 200 horas entre teóricas y prácticas en ayuda a domicilio. Haber trabajado en el servicio de ayuda a domicilio al menos 100 horas y tener una formación teórica en esta materia de 100 horas.
- Tiempo de atención por usuario: máximo de 2 horas semanales.

El nivel mínimo de los servicios consiste en:

Atenciones de carácter personal:

- Higiene, aseo y vestido.
- Ayuda a la movilidad dentro del domicilio.
- Seguimiento de la medicación y alimentación.
- Ayuda en la ingesta de alimentos.
- Compañía y atenciones en el domicilio y, con carácter excepcional, acompañamiento nocturno.

Atenciones de carácter doméstico:

- Limpieza y orden del domicilio, del mobiliario y enseres de uso diario. No estarán incluidos en la Ayuda a Domicilio los arreglos de cierta entidad como pintura, empapelado, etc.
- Lavado y planchado de ropa.
- Adquisición y preparación de alimentos.
- Realización de compras.
- Manejo de aparatos electrodomésticos y sistemas de calefacción.

De relación con el entorno:

- Acompañamiento y realización en su caso de gestiones fuera del hogar.
- Ayuda a la movilidad externa, que garantice la atención e integración en su entorno habitual.
- Apoyo dirigido a facilitar la participación en actividades comunitarias y de relación familiar o social.
- Este servicio incluiría poder recoger al usuario de lugares que no fueran su propio domicilio.

Otros:

- Apoyar el descanso de la familia en su atención a la persona que necesite esta prestación.
- Atención psicosocial en situaciones de conflicto convivencial y desestructuración familiar.
- Apoyo socioeducativo para estimular la autonomía e independencia.
- Apoyo a las relaciones intrafamiliares.
- Otros apoyos complementarios de carácter similar, valorados técnicamente como adecuados a las circunstancias del caso para favorecer su autonomía, integración social y acceso a otros servicios.

3.8.3. Centros de Día. Se distinguen distintos tipos. En los Centros para mayores se presta, en jornada diurna y en función de las características de los usuarios, una atención social y/o de carácter sociosanitario y apoyo familiar. Podrán tener unidades de atención social y unidad de estancias diurnas. Por su parte, los Centros de Día para discapacitados son centros de atención integral dirigidos a fomentar el desarrollo personal y mejorar la autonomía, participación social calidad de vida de las personas con discapacidad.

La colaboración con la iniciativa privada requiere:

- a) Autorización de los centros para personas mayores.
- b) Inscripción en el registro.
- c) Solicitud de autorización del centro e inscripción de la entidad.
- d) Licencia municipal de apertura del centro para la actividad que se solicita.
- e) Autorización para la modificación de condiciones y para el cierre o cese de actividades.

Para la autorización del centro su titular aportará en el momento de presentar la solicitud la siguiente documentación:

- a) Licencia municipal de apertura del centro para la actividad que se solicita.
- b) Dos ejemplares de los planos del centro perfectamente detallados, según una normativa muy específica.
- c) Carpeta técnica, en la que irán incluidos los planos y demás especificaciones técnicas.
- d) Documento acreditativo de la disponibilidad del inmueble por el solicitante.
- e) Tarifa de precios.
- f) Memoria descriptiva del equipamiento del centro.
- g) Modelo estandarizado del conjunto de estipulaciones sobre las condiciones ofrecidas por el centro.
- h) Programa de actividades a realizar por los usuarios que deberá contener como mínimo: Actividades de mantenimiento; actividades de habilidades físicas y psíquicas; temporalización.; personal responsable del mismo y cualificación; actualización.
- i) Proyecto de póliza de seguros que cubra el continente y contenido del centro, así como la responsabilidad civil de los usuarios.
- j) Reglamento de régimen interior.

Para obtener la acreditación de un centro o servicio, será necesario que cumplan los requisitos específicos relativos a la calidad de prestación, la cualificación del personal y las especiales condiciones arquitectónicas y de equipamiento del inmueble.

En términos materiales y humanos los requisitos exigidos para las unidades de estancia diurnas para mayores son mínimos, salvo en el personal sanitario, e incluyen las siguientes especificaciones:

- Dimensiones sala de curas/enfermería: las que estén previstas para más de 25 plazas deberán contar con un despacho asistencial de al menos 10 m² útiles. Si tiene 50 plazas o más, dispondrán además de despacho para el médico con una superficie útil mayor o igual a 10 m².
- Perfil director formación universitaria de tres cursos aprobados completos o bien acreditación de experiencia profesional de al menos cuatro años en tareas de atención en el sector de personas mayores.
- Trabajador social o asistente social para los centros de 75 usuarios o más, al menos tres horas y media diarias. A partir de 150 usuarios, el horario de este profesional será de al menos siete horas diarias. Se exigirá este horario de lunes a viernes.
- Terapeuta ocupacional: Los centros con menos de 50 usuarios contarán con este profesional, al menos cinco horas semanales, los de 50 usuarios hasta 100, al menos dos horas diarias y de cuatro horas diarias a partir de 100 usuarios.

Ratio mínima de personal sanitario:

- Médico. Hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de una hora diaria. Adicionalmente cada 25 usuarios o fracción, se realizará una prestación de una hora diaria.
- A.T.S./D.U.E. Hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de dos horas diarias. Adicionalmente cada 8 usuarios o fracción, se realizará una prestación de una hora diaria.
- Fisioterapeuta. Los centros con menos de 50 usuarios contarán con fisioterapeuta, al menos cinco horas semanales, los de 50 usuarios hasta 100, al menos dos horas diarias y de cuatro horas diarias a partir de 100 usuarios.
- Gerocultor/a, auxiliar de enfermería, auxiliar de clínica en geriatría, o equivalente. El número de jornadas mínimas de este personal con el que deberá contar el centro, repartidas entre mañana y tarde, está en función de las personas asistidas por grado de dependencia.
- En los Centros de Día para personas con discapacidad gravemente afectados la ratio mínima de personal sanitario es de un cuidador/5 personas.

Las prestaciones básicas para las estancias diurnas para mayores son:

- a) Servicio de restauración que incluye: Desayuno, comida, merienda y cena, según horario; Elaboración de dietas especiales; Control dietético de los alimentos. Los menús serán planificados semanalmente, y deberán ser conformados por escrito por un médico; Supervisión de aspectos relacionados con la higiene y manipulación de los alimentos; Para usuarios de estancia diurna, se dará información dietética a los usuarios y familiares para poder continuar la dieta en su domicilio.
- b) Servicio de transporte, en unidades de estancias diurnas, que incluye: Transporte adaptado para los usuarios; Traslado diario de ida y vuelta desde el domicilio a la unidad; Ayuda y supervisión en el traslado.
- c) Servicio de higiene y salud que incluye: Vigilancia de la higiene y práctica de baños que sean necesarios; Administración de los fármacos pautados médicamente; Programa diario e individual de actividades, de mantenimiento, de habilidades físicas e intelectuales.

Por su parte, en los Centros de Día para personas con discapacidad gravemente afectados las prestaciones mínimas son:

- a) Atención adecuada en aspectos sanitarios, higiénicos, de alimentación y vestido.
- b) Asistencia rehabilitadora a través del personal adecuado.
- c) Desarrollarán el potencial evolutivo individual en los aspectos físico, psíquico, funcional, psicomotriz, social y afectivo a través de tratamiento especializado.
- d) Potenciarán la adquisición de hábitos de autonomía personal con actividades de autoayuda y de orientación familiar.
- e) Actividades de convivencia, cooperación, recreativas, culturales para conseguir un comportamiento social lo más aceptable posible.

3.8.4. Centros residenciales. Recogen varios tipos. Los Centros Residenciales para mayores destinados a servir de vivienda permanente o temporal, donde se presta a las personas mayores una atención integral, continuada y profesional durante las veinticuatro horas del día. Centros Residenciales para discapacitados destinados a proporcionar vivienda estable a personas que por su tipo de discapacidad o por circunstancias sociofamiliares encuentran dificultades para residir en el ámbito familiar o en una vivienda alternativa.

La autorización para Centros para personas mayores requiere:

- a) Autorización administrativa en caso de: Apertura y funcionamiento de los centros para personas mayores, que se otorgará cuando se cumplan las condiciones y requisitos establecidos; Cualquier tipo de cambio que modifique las condiciones en que se otorgó la autorización; cierre o cese, tanto definitivo como temporal, de sus actividades.
- b) Inscripción en el registro.
- c) Autorización del centro e inscripción de la entidad.
- d) Licencia municipal de apertura del centro, para la actividad que se solicita.

Para la autorización del centro su titular aportará en el momento de presentar la solicitud la siguiente documentación:

- a) Licencia municipal de apertura del centro, para la actividad que se solicita.
- b) Planos detallados de las instalaciones y carpeta técnica.
- c) Documento acreditativo de la disponibilidad del inmueble por el solicitante.
- d) Tarifa de precios.
- e) Memoria descriptiva del equipamiento del centro.
- f) Modelo estandarizado del conjunto de estipulaciones sobre las condiciones ofrecidas por el centro.
- g) Programa de actividades a realizar por los usuarios que deberá contener como mínimo: Actividades de mantenimiento; Actividades de habilidades físicas; Actividades de habilidades psíquicas; Temporalización; Personal responsable del mismo y cualificación; Actualización.
- h) Proyecto de póliza de seguros que cubra el continente y contenido del centro, así como la responsabilidad civil de los usuarios.
- i) Reglamento de régimen interior.

Los requisitos materiales:

Centros Residenciales para mayores:

- Capacidad máxima por dormitorio: dos personas y se dedicará a dormitorios individuales al menos el 10% del total de las plazas.
- Dimensiones dormitorio: no será inferior a 8,00 metros cuadrados útiles en los individuales y de 12 metros cuadrados útiles en los dobles.
- Aseo obligatorio: deberá tener unas dimensiones en planta que permitan inscribir en su interior un círculo de 1,50 metros de diámetro.
- Baño geriátrico: al menos un baño apto para camilla y adicionalmente otro cada 100 plazas o fracción del total de las previstas para asistidos. Tendrán una superficie mínima de 8,00 m² útiles.

Centros Residenciales para mayores:

- Capacidad máxima por dormitorio: dos personas y se dedicará a dormitorios individuales al menos el 10% del total de las plazas.
- Dimensiones dormitorio: no será inferior a 8,00 metros cuadrados útiles en los individuales y de 12 metros cuadrados útiles en los dobles.
- Aseo obligatorio: deberá tener unas dimensiones en planta que permitan inscribir en su interior un círculo de 1,50 metros de diámetro.
- Baño geriátrico: al menos un baño apto para camilla y adicionalmente otro cada 100 plazas o fracción del total de las previstas para asistidos. Tendrán una superficie mínima de 8,00 m² útiles.
- Dimensiones comedor: Las dimensiones reservadas para comedor serán de 1,30 m² útiles por plaza y nunca inferior a 16 m². Cuando el número de plazas a las que sirva, sea inferior o igual a 15, podrán estar en el mismo espacio la sala de estar y el comedor, si bien deberán diferenciarse los ambientes, respetando las superficies exigidas mínimas para cada uso. A partir de ese número deberá preverse un espacio específico para cada uso.
- Dimensiones sala de estar: La superficie mínima será de 21 m² útiles hasta 7 plazas, incrementándose en 2 m² por plaza adicional. Los centros que tengan hasta 7 plazas, podrán disponer de una única sala para los usos de estar y de actividades ocupacionales. A partir de ese número, tendrán dos independientes. Cuando el número de plazas a las que sirva, sea inferior o igual a 15, podrán estar en el mismo espacio la sala de estar y el comedor, si bien deberán diferenciarse los ambientes, respetando las superficies exigidas mínimas para cada uso. A partir de ese número deberá preverse un espacio específico para cada uso.
- Dimensiones sala de curas/enfermería: Unidades residenciales de 25 plazas o más dispondrán de un despacho asistencial y zona de enfermería que dispondrá de un porcentaje de al menos del 4% de camas respecto la capacidad total del centro. Todos los despachos de este sector tendrán una superficie mínima no inferior a 10 m² útiles. El porcentaje total de las habitaciones individuales en la enfermería, será al menos del 25% sobre el total de las plazas exigibles en esta zona.
- Dimensiones sala de actividades: La sala de actividades ocupacionales, tendrá una superficie mínima de 12 m² útiles desde 8 hasta 15 plazas, incrementándose en 0,50 m² por plaza adicional. Los centros que tengan hasta 7 plazas, podrán disponer de una única sala para los usos de estar y de actividades ocupacionales. A partir de ese número, tendrán dos independientes.
- Dimensiones sala de administración: Superficie no inferior a 10,00 m² útiles.
- Ascensor: Cuando exista más de una planta o cuando dentro de la misma se produzcan desniveles superiores a 2,00 m, y en aquellos ubicados en una planta diferente a la de acceso del edificio. En aquellas unidades residenciales con capacidad igual o superior a 100 plazas, al menos un ascensor deberá tener unas dimensiones interiores mínimas de 2,10 m de fondo y 1,10 m de ancho.
- Dimensión sala rehabilitación: Dispondrán sólo las unidades de 50 plazas o más.
- Cocina: 10 m² como superficie mínima.
- Sala de visitas: superficie no inferior a 10,00 m² útiles. Despacho de médico, almacén y lavandería.

Centros Residenciales para discapacitados:

- Aseo obligatorio: uno cada 5 residentes.
- Los espacios comunes dispondrán como mínimo de 3,5 m² por usuario.
- Capacidad del establecimiento: entre 8 y 60 plazas.
- El personal mínimo exigido en el Centro Residencial para mayores incluye unas relaciones específicas:
 - Trabajador social o asistente social. Los centros de 75 usuarios o más, contarán con trabajador social o asistente social, al menos 3 horas y media diarias. A partir de 150 usuarios, el horario de este profesional será de al menos 7 horas diarias. Se exigirá este horario de lunes a viernes.
 - Terapeuta ocupacional. Los centros con menos de 50 usuarios contarán con este profesional, al menos 5 horas semanales, los de 50 usuarios hasta 100, al menos 2 horas diarias y de 4 horas diarias a partir de 100 usuarios.
- Ratio mínima de personal sanitario:
 - Médico: Hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de una hora diaria. Adicionalmente cada 25 usuarios o fracción, se realizará una prestación de una hora diaria.
 - A.T.S./D.U.E: Hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de 2 horas diarias. Adicionalmente cada 8 usuarios o fracción, se realizará una prestación de una hora diaria.
 - Fisioterapeuta. Los centros con menos de 50 usuarios contarán con fisioterapeuta, al menos 5 horas semanales, los de 50 usuarios hasta 100, al menos 2 horas diarias y de 4 horas diarias a partir de 100 usuarios.
- Gerocultor/a, auxiliar de enfermería, auxiliar de clínica en geriatría, o equivalente en función de las personas dependientes.

La ratio mínima en Centros Residenciales para discapacitados es la siguiente:

- Plazas de válidos: Para personas con minusvalía psíquica: durante el día 1/15 y durante la noche 1/30.
- Plazas asistidas: Para personas con minusvalía psíquica: durante el día: 1/5 y al menos 1 durante la noche.
- Para minusválidos gravemente afectados el número de trabajadores por usuario será de 0,50, siendo, al menos, doble el número de trabajadores de atención directa que el de personal de servicios.

Las prestaciones básicas en las Residencias de mayores se concretan en:

- a) Servicio de restauración que incluye: Desayuno, comida, merienda y cena, según horario; Elaboración de dietas especiales; Control dietético de los alimentos. Los menús serán planificados semanalmente, y deberán ser conformados por escrito por un médico; Supervisión de aspectos relacionados con la higiene y manipulación de los alimentos; Para usuarios de estancia diurna, se dará información dietética a los usuarios y familiares para poder continuar la dieta en su domicilio.
- b) Servicio de transporte, en unidades de estancias diurnas, que incluye: Transporte adaptado para los usuarios; Traslado diario de ida y vuelta desde el domicilio a la unidad; Ayuda y supervisión en el traslado.
- c) Servicio de higiene y salud que incluye: Vigilancia de la higiene y práctica de baños que sean necesarios; Administración de los fármacos pautados médicamente; Programa diario e individual de actividades, de mantenimiento, de habilidades físicas e intelectuales.

En Residencias para discapacitados se incluye:

- a) Alimentación y alojamiento de los usuarios.
- b) Actividades de movilización, convivencia, cooperación y autoayuda.
- c) Apoyo psicosocial.
- d) Orientación familiar.
- e) Actuaciones encaminadas a garantizar la vida privada y el equilibrio emocional y afectivo así como aquellas encaminadas a mantener, desarrollar e incrementar la autonomía y funcionamiento independiente de los usuarios, tanto en el centro como en su entorno.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de acción social y servicios sociales.
- Decreto 109/1993, de 20 de mayo, por el que se regula la autorización, la acreditación y el registro de las entidades, servicios y centros de carácter social en Castilla y León.
- Decreto 269/1998, de 17 de diciembre, por el que se regula la prestación social básica de la ayuda a domicilio en Castilla y León.
- Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores.
- Decreto 52/2001, de 1 de marzo, por el que se dictan normas sobre financiación de actuaciones en cumplimiento de objetivos en materia de Residencias, Viviendas, Centros de Día, otras instalaciones del Plan Regional Sectorial de Atención a personas con discapacidad.
- Decreto 56/2001, de 8 de marzo, por el que se aprueba el reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores, dependientes de la administración de la comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros reglamentos.
- Decreto 16/2002, de 24 de enero, por el que se prueba el reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en unidades de estancias diurnas en centros para personas mayores dependientes de la administración de la C.A. de Castilla y León y en las plazas concertadas en otros establecimientos.
- Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el estatuto básico de centros de personas mayores de Castilla y León.
- Orden FAM/824/2007, de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.
- Orden FAM/1056/2007, de 31 de mayo, por la que se regulan los baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslados en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas para personas mayores dependientes.
- Orden FAM/1057/2007, de 31 de mayo, por la que se regula el baremo para la valoración de las soli-

citades de ingreso y de traslados en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas para personas mayores dependientes.

- Orden FAM/1057/2007, de 31 de mayo, por la que se regula el baremo para la valoración de las solicitudes de acceso a la Prestación Social Básica de la Ayuda a Domicilio en C. y L.

- Orden FAM 2044/2007, de 19 de diciembre, por la que se regulan provisionalmente los criterios para el cálculo de la capacidad económica, en el coste de los servicios del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en Castilla y León.

- Resolución de 27 de octubre de 2008, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se aprueba el modelo de solicitud para la valoración de la situación de dependencia y acceso a las prestaciones.

- Orden FAM 323/2009, de 18 de febrero, por la que modifica la Orden FAM 2004/2007, de 19 de diciembre por la que se regula provisionalmente los criterios para el cálculo de la capacidad económica en el coste de los servicios del sistema de la Dependencia.

3.9 CATALUÑA

3.9.1. Teleasistencia. Incluye dos prestaciones diferenciadas: el servicio telealarma, como central doméstica de alarmas conectada telefónicamente con un centro de control y el personal del centro de control con los recursos humanos y técnicos y con la capacidad necesaria para dar respuesta rápida a las diferentes incidencias y situaciones de emergencia que se puedan presentar y el propio de teleasistencia, que consta de un equipo móvil de asistencia con conocimientos básicos de los servicios sociales y sanitarios, primeros auxilios y pequeños arreglos domésticos, que se desplaza al domicilio del usuario para dar respuesta en caso de necesidad.

Para su prestación, las entidades privadas colaboradoras precisan:

- a) Autorización administrativa de funcionamiento.
- b) Inscripción en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales.

Los servicios básicos aplicados, por ejemplo, en el Ayuntamiento de Barcelona, incluyen:

- a) Proporcionar un contacto permanente con el exterior.
- b) Dar respuesta de forma inmediata en caso de emergencia.
- c) Dar seguridad y apoyo al usuario y a la familia.
- d) Además del aparato de alarma, cada usuario tiene asignado un voluntario que le visita de manera regular y atiende sus necesidades y sobre todo le hace compañía.

3.9.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Es un servicio público municipal que ofrece apoyo y ayuda a las personas que lo necesitan con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Puede formar parte de los servicios básicos de atención social primaria o prestarse como servicios independientes. En el caso de Barcelona comprende la prestación de los siguientes servicios:

- a) Atención personal domiciliaria (trabajador familiar y/o auxiliar de geriatría).
- b) Limpieza del hogar (auxiliar de limpieza de ayuda en el hogar).

A través de concurso público se puede concertar el servicio. El acceso se efectuará siempre con la aceptación del plan de intervención por parte de la persona, en especial en el caso de familias.

La autorización administrativa de funcionamiento requiere cumplimentar una documentación en la que, en el caso del Ayuntamiento de Barcelona, debe constar:

- a) Cumplimentar el pacto con el usuario para iniciar el servicio de ayuda a domicilio donde se acordarán las condiciones del servicio.
- b) Garantizar la entrega de la información establecida, referente a los casos que le sean asignados, y facilitar la información sobre el seguimiento de los casos en los términos previstos según los protocolos municipales.
- c) Presentar con una periodicidad mínima trimestral la valoración de los casos atendidos.
- d) Presentar con una periodicidad mensual un informe de actividad y de los indicadores de calidad del servicio.
- e) La gestión del servicio se realiza mediante los sistemas informáticos previstos a tal efecto por el Ayuntamiento.

En materia de recursos humanos, el nivel mínimo exigido incluye un coordinador de servicio y un trabajador social por cada 100 domicilios atendidos. Si la cifra total de domicilios es superior a un múltiple de 100 se destinará un coordinador técnico adicional cuando se superen en 60 domicilios este múltiplo.

Los servicios básicos ofrecidos incluyen:

- a) Atención personal domiciliaria: Higiene y cuidado personal; Ayuda físico-motriz; Cuidado y control de la alimentación; Cuidado de la salud y control de la medicación; Cuidado del hogar y apoyo a la organización doméstica y aprendizaje de hábitos; Observar, detectar e informar de situaciones de riesgo para la persona; Mantenimiento del orden y la limpieza del hogar; Apoyo a la realización de compras domésticas; Apoyo al aprendizaje de hábitos relacionados con el cuidado del hogar y la organización doméstica; Acompañamientos fuera del hogar que faciliten la relación con el exterior; Acompañamiento y atención a las necesidades de relación y apoyo personal a las personas usuarias; Realización por la persona usuaria de gestión a organismos oficiales u otros; Apoyo en las relaciones vecinales y familiares de convivencia con el entorno; Detección e información de cambios en el entorno o en la situación de la persona usuaria que afecten a su nivel de autonomía.
- b) Limpieza del hogar. Incluye la limpieza de fondos de las diferentes dependencias, la limpieza del mobiliario en general y otras actuaciones relacionadas con la limpieza de los espacios o cosas.

3.9.3. Centros de día. Incluyen los servicios para personas mayores de acogimiento diurno y de asistencia para las actividades de la vida diaria para personas mayores con dependencias, y se pueden prestar en un establecimiento específico o bien como servicio integrado en los espacios asistenciales generales y en el programa funcional de actividades diurnas de una residencia.

La autorización y documentación necesaria incluye la inscripción en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales y la correspondiente licencia municipal para iniciar la actividad cuando esté previsto reglamentariamente. Además:

- a) Póliza de seguro que cubra la responsabilidad civil de los usuarios y del personal.
- b) Libro de registro de asistidos.

- c) Reglamento de régimen interior del servicio, que regulará como mínimo los siguientes aspectos: normas de funcionamiento del establecimiento, causas de suspensión o cese de la prestación del servicio, sistema de admisiones y bajas, sistemas de cobro del precio para los servicios complementarios, mecanismos de información de todos los servicios y la participación democrática de los usuarios, sistema de horario de funcionamiento del establecimiento así como de las visitas.
- d) Programa anual de actividades en las áreas: funcional, cognitiva, motora, emocional y de participación comunitaria, en relación al usuario, así como el calendario, métodos y técnicas de ejecución y sistema de evaluación.
- e) Hojas de reclamación.
- f) Contrato asistencial con el usuario del servicio: constará servicio que se presta, precio fijado y las aportaciones del usuario.
- g) Expediente asistencial: datos identificativos, familiar o persona responsable del usuario y prescripción medicofarmacéutica.
- h) Tablón de anuncios en un espacio concurrido donde conste lo siguiente: autorización del establecimiento o servicio, organización horaria de los servicios generales que se presten, tarifa de precios actualizada y, si cabe, de los servicios complementarios, organigrama del establecimiento, aviso sobre la disponibilidad de hojas de reclamación, calendario con el horario de actividades, instrucciones para casos de emergencia y horario de atención a familiares y usuarios por el director técnico y el responsable higiénico-sanitario.
- i) Los centros deberán disponer, como mínimo, de protocolos de acogida y adaptación, protocolos para la correcta atención de incontinencias, caídas, contenciones, lesiones por presión e higiene, y administración de la medicación.
- j) Además se han de efectuar los siguientes registros: registro de residentes con incontinencia de esfínteres, registro de residentes con lesiones por presión, registro actualizado de caídas de los residentes, registro actualizado de los usuarios que requieren medidas de contención, registro actualizado de las actividades dirigidas al mantenimiento de la higiene de los residentes, registro de la medicación que debe tomar el usuario con constancia de la persona que la administra y registro de la participación de los usuarios en el programa de actividades.
- k) Programa individualizado para la realización de los objetivos de atención a la persona.
- l) Registros de altas y bajas y censo de los residentes, donde conste su emplazamiento en la residencia.

Además, el establecimiento no debe tener ningún expediente sancionador en trámite ni sanciones pendientes de liquidación.

Los requisitos de la prestación del sistema son los siguientes, cuando se presta en un establecimiento independiente:

Requisitos materiales:

- Dimensiones mínimas: 3 m² por persona atendida.
- Aseo obligatorio: servicios higiénicos, uno como mínimo por sexo, a incrementar en proporción 1/10.
- Dimensiones de sala de actividades: sala grande polivalente, espacio divisible (mínimo 3 m²).
- Control de medicación, enfermería y archivo de expedientes asistenciales (6 m²).
- Baño geriátrico: Uno mínimo, a incrementar en proporción 1/30.
- Dimensiones sala de rehabilitación: Mínimo 3 m² por persona atendida.
- Despacho profesional: 12 m², vestíbulo y recepción y vestuarios del personal y para usuarios.

El personal mínimo exigido es:

- Perfil director con titulación mínima de diplomado universitario de grado medio, preferentemente en el ámbito de la ciencias sociales y de la salud.
- Ratio de personal de atención directa: no inferior al 0,15, para garantizar la atención continuada durante las horas que se presta el servicio.

Los servicios mínimos incluyen:

- a) Acogimiento y convivencia.
- b) Manutención.
- c) Atención personal en las actividades de la vida diaria.
- d) Higiene personal.
- e) Readaptación funcional y social.
- f) Recuperación de los hábitos de autonomía.
- g) Actividades de tiempo libre.
- h) Apoyo personal, social y familiar.
- i) Fisioterapia, seguimiento y prevención de las alteraciones de salud.

3.9.4. Centros residenciales. En acogimiento residencial para personas mayores se incluye el Servicio de Hogar Residencia de carácter permanente o temporal para personas mayores que quieran ingresar en los mismos y el Servicio de Residencia Asistida para personas mayores con dependencias.

Al igual que en los Centros de día, para la gestión concertada se requiere la inscripción en el Registro de Entidades, Servicios y Establecimientos Sociales y la correspondiente licencia municipal para iniciar la actividad cuando esté previsto reglamentariamente. Además, se precisa contar con:

- a) Póliza de seguro que cubra la responsabilidad civil de los usuarios y del personal.
- b) Libro de registro de asistidos.
- c) Reglamento de régimen interior del servicio.
- d) Programa anual de actividades en las áreas: funcional, cognitiva, motora, emocional y de participación comunitaria.
- e) Hojas normalizadas de reclamación.
- f) Contrato asistencial con el usuario del servicio.

- g) Expediente asistencial con datos identificativos de la persona responsable del usuario y prescripción medicofarmacéutica.
- h) Tablón de anuncios en un espacio concurrido donde conste información pormenorizada del centro y sus actividades.
- i) Los centros deberán disponer también de distintos protocolos de actuación.
- j) Contar con distintos registros de residentes.
- k) Programa individualizado para la realización de los objetivos de atención a la persona.
- l) Estar en disposición de facilitar la información funcional, asistencial, económica y estadística que solicite el Departamento de Bienestar y Familia.
- m) Registros de altas y bajas y censo de los residentes, donde conste su emplazamiento en la residencia.
- n) Memoria de funcionamiento del año anterior.

Características materiales de la prestación:

- Capacidad máxima de dormitorios: Tres personas, un 20% deben ser adaptables a diferentes posiciones anatómicas.
- Dimensión dormitorios: Para cada residente una cama, un armario, una mesita de noche, una lámpara de noche y un piloto nocturno.
- Aseo obligatorio: como mínimo un baño asistido. Si el establecimiento tiene más de 35 plazas aumentar en proporción equivalente.
- Dimensiones espacios comunes de convivencia, actividades diversas y visitas: no inferior a 2 m2 por residente, han de ser amplios, ventilados y preferentemente con luz natural.
- Espacios diferenciados para fumadores, espacios señalizados y accesos y recorridos interiores principales adaptados para personas con movilidad reducida.
- Cada dormitorio y lavabo deben tener un dispositivo de aviso de emergencia conectado con el área del personal de atención o bien se facilita al usuario el servicio de teleasistencia.
- Almacén de ropa limpia debidamente diferenciado y fuera de los recorridos de la ropa sucia y los desechos del establecimiento.

Personal mínimo exigido:

- Director técnico con titulación mínima de diplomado universitario de grado medio, preferentemente en el ámbito de la ciencias sociales y de la salud.
- Profesionales sanitarios: responsable higiénico-sanitario con titulación idónea. Cuando el centro tenga más de 100 plazas la dedicación será de jornada completa o proporción equivalente y no puede ser una dedicación de menos de 5 horas semanales.
- Ratios atención directa: en una proporción persona/atendido no inferior al 0,25.
- En las residencias asistidas la ratio del personal de atención directa no puede ser inferior a 0,25. En horario nocturno: una persona hasta 35 residentes además de otra localizable, dos personas de 36 a 80 residentes, dos personas, además de otra localizable, de 81 a 110 residentes, tres personas de 111 a 150 residentes, a partir de 151 tres personas más otra localizable por cada 50 residentes o fracción. En personal de atención indirecta: contar con una ratio no inferior a 0,10.

Los servicios mínimos incluyen:

- a) Acogimiento y convivencia.
- b) Alojamiento.
- c) Manutención.
- d) Lavandería y repaso de la ropa.
- e) Higiene personal.

- f) Atención personal en las actividades de la vida diaria
- g) Hábitos de autonomía.
- h) Dinamización sociocultural.
- i) Mantenimiento de las funciones físicas y cognitivas.
- j) Apoyo social.
- k) Atención familiar dirigida a favorecer las relaciones de la familia de la persona y su entorno.
- l) Garantizar la asistencia sanitaria.

Existen dos tipologías de servicios de acogimiento residencial para personas con discapacidades: viviendas con servicios comunes; ya sea los hogares con servicios de apoyo o los hogares residencias y servicios de centros residenciales.

Los requisitos formales son los mismos que en los casos anteriores. Por lo que se refiere a los requisitos materiales, en el caso de discapacidad física, se regula distintos tipos de apoyo:

Apoyo intermitente/limitado:

- Dormitorios: 25% indiv. Indiv: 8 m2 / dobles: 12 m2.
- Espacios de activ. y conv.: 2,5 m2 mínimo p/resid.
- Capacidad máxima: 24 plazas.
- Dimensiones mínimas: 12 plazas.
- Aseo obligatorio: baño adaptado c/4 plazas.
- Dimensiones comedor: 2,5 m2 mínimo p/resid.
- Dimensiones sala de estar: 2,5 m2 mínimo p/resid.

Apoyo extenso/generalizado:

- Dormitorios: 50% indiv. Indiv: 8 m2 / dobles: 12 m2.
- Espacios de activ. y conv.: 3 m2 mínimo p/resid.
- Capacidad máxima: 30 plazas.
- Dimensiones mínimas: 12 plazas (unidad de convivencia).
- Aseo obligatorio: váter, lavabo, ducha adaptados c/4 plazas.
- Dimensiones comedor: 3 m2 mínimo p/resid.
- Dimensiones sala de estar: 3 m2 mínimo p/resid.

En los casos de discapacidad psíquica:

Apoyo intermitente/limitado:

- Dormitorios: indiv: 6 m2 / dobles: 11 m2.
- Espacios de activ. y conv.: 2,5 m2 mínimo p/resid.
- Capacidad máxima: 24 plazas.
- Dimensiones mínimas: 12 plazas.
- Aseo obligatorio: un baño adaptado p/uni. convivencia.
- Dimensiones comedor: 2,5 m2 mínimo p/resid.
- Dimensiones sala de estar: 2,5 m2 mínimo p/resid.

Apoyo extenso/generalizado:

- Dormitorios: 20% indiv. Indiv: 8 m2 / dobles: 12 m2.
- Espacios de activ. y conv.: 3 m2 mínimo p/resid.
- Capacidad máxima: 60 plazas.
- Capacidad mínima: 12 plazas.
- Aseo obligatorio: váter, lavabo, ducha adaptados c/4 plazas.
- Dimensiones comedor: 3 m2 mínimo p/resid.
- Dimensiones sala de estar: 3 m2 mínimo p/resid.

En materia de recursos humanos se exige:

En las residencias de discapacidad física la ratio mínima de personal de atención es la siguiente:

- Apoyo intermitente: 0,25 (430h/usuarios/año).

- Apoyo limitado: 0,60 (1.032 h./usuario/año).
- Apoyo extenso: 0,68 (1.170 h./usuario/año).
- Apoyo generalizado salud mental: 0,88 (1.514 h./usuario/año).

En el caso de discapacidad psíquica la ratio mínima de personal de atención:

- Apoyo intermitente: 0,17 (292 h./usuario/año).
- Apoyo limitado: 0,53 (912 h./usuario/año).
- Apoyo inter/limitado salud mental: 0,56 (963 h./usuario/año).
- Apoyo extenso: 0,85 (1.462 h./usuario/año).
- Apoyo generalizado: 0,76 (1.307 h./usuario/año).
- Apoyo generalizado salud mental: 0,88 (1.514 h./usuario/año).

Los servicios básicos para las residencias de discapacidad física y psíquica son:

a) Servicios básicos para apoyo intermitente y limitado: Alojamiento, acogimiento y convivencia, manutención, atención o cuidado personal, atención a la salud y seguridad personal en el hogar, fomento de los hábitos de autonomía personal, convivencia y fomento de las relaciones interpersonales y sociales, fomento del ocio y del tiempo libre, asesoramiento y supervisión.

b) Servicios básicos para apoyo extenso y generalizado: Alojamiento, acogimiento y convivencia, manutención, atención o cuidado personal, atención a la salud y seguridad personal en el hogar, fomento de los hábitos de autonomía personal, convivencia y fomento de las relaciones personales y sociales, fomento del ocio y tiempo libre, asesoramiento y supervisión y atención conductual.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Decreto 271/2003, de 4 de noviembre, de los servicios de acogimiento residencial para personas con discapacidad.
- Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales.
- Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales.
- Orden 468/2003, de 10 de noviembre, por la que se regula el procedimiento y los criterios de acceso a los servicios y programas de atención a las personas mayores gestionados por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales.
- Decreto 27/2003, de 21 de enero, de la atención social primaria.
- Decreto 182/2003, de 22 de julio, de regulación de los servicios de acogimiento de día de centros de día para personas mayores.
- Ley 13/2006 de prestaciones de carácter económico.
- Ley 12/2007 de 11 de octubre, de Servicios Sociales
- Decreto 151/2008 de la Cartera de Servicios Sociales 2008-2009.

3.10. COMUNIDAD VALENCIANA.

3.10.1. Teleasistencia. Servicio puesto en marcha en 1992 el programa ofrece dos modalidades: sin unidad móvil, prestado exclusivamente desde el centro de atención y con unidad móvil, con la intervención a domicilio para ofrecer apoyo personal o pequeños servicios y reparaciones domésticas, así como posible acompañamiento al usuario a Centros de Asistencia.

Las entidades locales interesadas en la implantación y desarrollo del programa en su ámbito territorial, formulan solicitud de adhesión al IMSERSO, llevándose a cabo convenios específicos de carácter tripartito suscritos por la FEMP, el IMSERSO y la corporación local

en cuestión. La prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione. La Comunidad apoya este servicio en los municipios pequeños que no son capaces de ofrecer tal servicio. La gestión viene siendo prestada, con carácter general, por Cruz Roja que cuenta con los medios técnicos y personales para ello.

3.10.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Los dos únicos servicios que ofrece la Comunidad Autónoma son "Menchar a casa", por el que se ofrece un catering tanto a mayores como discapacitados en el domicilio y "Major a casa", que incluye servicios de alimentación, lavandería y limpieza en el hogar para mayores. Cada Ayuntamiento estipula sus servicios mínimos entre los que se incluyen:

- a) Apoyo en el aseo y cuidado personal.
- b) Ayuda para comer.
- c) Supervisión, si procede, de la medicación y del estado de salud.
- d) Apoyo a la movilización dentro del hogar.
- e) Acompañamiento fuera del hogar.
- f) Facilitación de actividades de ocio en el hogar.
- g) Otras atenciones de carácter personal.
- h) Actividades y tareas que se realicen de forma cotidiana en el hogar: alimentación, ropa, limpieza y mantenimiento de la vivienda.

3.10.3. Centros de Día. Se regulan varios tipos. Los centros especializados de atención a mayores definidos como centros de día de atención preventiva para mayores. Centro de día para personas mayores dependientes, que ofrecen un programa de atención diurna especializado a personas que precisan de ayuda para la realización de las actividades básicas y/o actividades instrumentales de la vida diaria. Centro de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos (CRIS), servicios específicos y especializados, dirigidos a enfermos mentales crónicos. Centro de día para enfermos mentales crónicos. Centro de día para minusválidos, destinado a la organización de servicios específicos de apoyo preventivo a personas con discapacidad, oferta especializada de recursos y actividades rehabilitadoras.

Los criterios para la colaboración público-privada incluyen:

- a) Autorización previa.
- b) Visado previo licencia municipal de obras.
- c) Cumplimiento de los requisitos establecidos: recursos humanos, medios materiales, organización adecuada, condiciones físicas, sanitarias y arquitectónicas.
- d) Autorización definitiva.
- e) Inscripción en el registro.
- f) Autorización administrativa: provisional y definitiva.
- g) Inspección.

Dentro de los dos meses siguientes a la notificación de la resolución por la que se concede la autorización, y en cualquier caso, a partir del momento de inicio de las actividades del centro, el titular deberá presentar los siguientes documentos:

- a) Fotocopia compulsada de la inscripción en el sistema de la Seguridad Social y afiliación de los trabajadores que presten servicios en el centro.
- b) Póliza de seguros de responsabilidad civil.
- c) Datos relativos a los usuarios, actividades y personal del centro.
- d) Sistema de información al ingreso.
- e) Reglamento de régimen interior.
- f) Plan de emergencia y evacuación.
- g) Hojas de reclamaciones.
- h) Tablón de anuncios.
- i) Planilla de turnos.

Se podrán concertar plazas de centros de titularidad privada con carácter plurianual con aquellas entidades que, habiendo sido previamente autorizadas con carácter definitivo, acrediten experiencia en la gestión de centros de servicios sociales y garanticen la calidad adecuada en la prestación de los servicios.

La solicitud de acreditación deberá incluir:

- a) Ámbito territorial y funcional, actividad o servicio en el que pretende desarrollar su actividad.
- b) Previsiones de dotación de personal con capacidad para desarrollar las funciones señaladas.
- c) Instalaciones y medios instrumentales específicos exigidos.
- d) En el caso de que pretenda subcontratar con profesionales evaluaciones de calidad en materia de higiene alimentaria o con personal sanitario de nivel de grado medio o superior especialista en la actividad del centro, deberá indicar cuáles se van a concertar, así como los datos relativos a la identificación de los profesionales, con el detalle de su capacidad, medios e instalaciones, en su caso.

Los requisitos exigidos en los Centros de día para personas dependientes son los siguientes:

Requisitos materiales:

- Se establece una superficie global mínima de 10 m² por usuario y un máximo 100 plazas.
- Aseo obligatorio: uno cada 20.
- Baño geriátrico: uno mínimo, deberá tener una superficie mínima de 14 m².
- Dimensiones comedor: tendrá una superficie mínima de 1,5 m² por usuario,
- Dimensiones sala de estar: mín. 70 m².
- Dimensión sala de rehabilitación: mínimo 40 m², si comparte espacio con la sala ocupacional, mín. 100 m².

El personal mínimo exigido en los Centros de día para personas dependientes incluye contar con:

- Un director que dispondrá de una titulación mínima de diplomado universitario con dedicación mínima de media jornada.
- Supervisor/a socioasistencial: Un total de 5 horas/semana de supervisor socioasistencial en centros con capacidad hasta 50 plazas, y de 10 horas/semana si tiene más de 50 plazas.
- Médico/a: un total de 5 horas médico/semana cada 20 plazas. Con un mínimo de 5 horas semanales de prestación de servicios.
- Enfermero/a: mínimo de 5 horas a la semana cada 40 plazas o fracción, de forma proporcional, con servicio diario.
- Auxiliar de enfermería/ Gerocultor: ratio de un auxiliar de enfermería/gerocultor por cada 12 usuarios.
- Psicólogo/a: mínimo de 5 horas a la semana cada 20 plazas o fracción, de forma proporcional.
- Fisioterapeuta: mínimo de 4 horas a la semana cada 10 plazas o fracción, de forma proporcional.
- TASOC / Diplomado/a en educación social: mínimo de 4 horas a la semana cada 10 plazas o fracción, de forma proporcional.
- Trabajador/a social: mínimo de 5 horas semanales cada 40 plazas o fracción, de forma proporcional.
- Igualmente, se regulan otras ratios en Centros de rehabilitación e integración social para enfermos mentales crónicos, Centros de día para enfermos mentales crónicos, Centros de día para minusválidos.

Los servicios mínimos exigidos en los Centros de atención preventiva incluyen:

- a) Servicio médico.
- b) Servicio social.
- c) Servicio de podología.
- d) Servicios de peluquerías.
- e) Servicio comedor-cafetería.
- f) Autoservicio lavandería.
- g) Otros servicios tales como: TV, biblioteca, zonas de esparcimiento, etc., y cualquier otro servicio que por el organismo competente se autorice, siempre que los recursos tanto humanos como de espacio de cada centro lo permitan.

En Centro de día para personas dependientes incluyen:

- a) Acogimiento. Servicio de acogida diurna y de asistencia en las actividades de la vida diaria, debiendo ofrecer sus servicios con carácter mínimo los días laborales de lunes a viernes.
- b) Restauración.
- c) Higiene personal.
- d) Atención social individual, familiar, grupal y comunitaria, y la animación sociocultural.
- e) Atención a la salud.
- f) Transporte adaptado.

3.10.4. Centros residenciales. Los distintos tipos de centros y servicios residenciales son equipamientos substitutivos del hogar familiar, y se configuran como centros de atención integral dirigidos a amplios sectores de personas y problemáticas con necesidades diferenciadas.

Se distinguen 4 tipos:

- a) Centros residenciales para personas mayores
- b) Residencias para personas mayores dependientes, adheridas al programa para financiar estancias en residencias de tercera edad-bono residencia; Residencias de la tercera edad dependientes de la Generalitat Valenciana; Residencias de la tercera edad de accesibilidad social; Residencias subvencionadas (precio/plaza/día).
- c) Centro específico para enfermos mentales (CEEM).
- d) Residencias para discapacitados.

La colaboración público-privada requiere:

- a) Autorización previa.
- b) Visado previo licencia municipal de obras.
- c) Cumplimiento de los requisitos establecidos: recursos humanos, medios materiales, organización adecuada, condiciones físicas, sanitarias y arquitectónicas.
- d) Autorización definitiva.
- e) Inscripción en el registro.
- f) Autorización administrativa: provisional y definitiva.
- g) Inspección.

La documentación necesaria es similar a la de los Centros de día.

Los requisitos materiales para Residencias para mayores válidos:

Requisitos materiales:

- Dimensión no superior a 150 plazas. No obstante, se considerará la posibilidad de centros mayores siempre que se salve la autonomía personal y se evite la masificación.
- La cota máxima permitida destinada a usuarios será de 15 metros equivalente a cinco plantas.
- Las de nueva creación dispondrán de terrazas, jardines o espacios amplios, de al menos 3 m² por usuario.
- La superficie útil mínima por usuario será de 20 metros cuadrados
- Capacidad máxima por dormitorio: 3 camas para válidos.
- Dimensiones del dormitorio: válidos: 6, 11 y 16 m² mín.
- Aseo obligatorio: uno cada cuatro en los dormitorios y uno cada 40 de servicios comunes.
- Baño geriátrico: superficie mínima de 14 m².
- Dimensiones comedor: superficie mínima de 1,5 m² por usuario.
- En Residencias para mayores dependientes la capacidad máxima no podrá ser superior a 150 plazas, de las cuales en cada Unidad de Alta Dependencia no podrán existir más de 40 plazas.
- La superficie útil mínima por usuario será de 20 metros cuadrados.
- Capacidad máxima por dormitorio: cuatro camas para dependientes.
- Dimensiones del dormitorio: Dependientes: 8, 12, 18 y 22 m² mín.
- Aseo obligatorio: uno cada cuatro plazas.
- Baño geriátrico: hasta 100 residentes un baño, por encima de 100, dos. Deberá tener una superficie mínima de 14 m².
- Dimensiones comedor: superficie mínima de 1,5 m² por usuario,
- Dimensiones sala de estar: mínimo 3 m² por plaza.
- Dimensiones de sala de curas/enfermería: en residencias con más de 50 plazas dispondrán de una zona de tratamiento con una superficie mínima útil de 10 m². Hasta este número de plazas podrá constituir espacio conjunto con el despacho médico.
- Dimensiones de sala de actividades: salas polivalentes o multifuncionales de actividades, 0,5 m² por plaza, mínimo 40 m² o mayor según programa y actividades. Dimensión sala de rehabilitación:

0,8 m2 por plaza con una superficie mínima de 40 m2.

- En Centros específicos para enfermos mentales (CEEM) el número de plazas será como mínimo de 20 y como máximo de 40 y en Residencias para discapacitados el número de plazas no debe superar las 60 unidades ni ser inferior a 20.

Personal mínimo exigido en Residencias para mayores dependientes:

- Profesionales sanitarios

- Médico/a. Su dedicación será como mínimo de 3 horas semanales por cada 10 plazas o fracción en centros de menos de 100 plazas. En centros de más de 100 plazas su dedicación será de 10 horas semanales por cada 25 plazas o fracción. En todo caso la prestación mínima semanal será de cinco horas.

- Enfermero/a. Se fija un mínimo de 8 horas semanales por cada 10 plazas o fracción de forma proporcional. En el caso de que el centro disponga de unidad de alta dependencia, ésta deberá disponer de enfermero/a con presencia física durante las 24 horas del día.

- Auxiliar de enfermería/gerocultor. Para esta categoría profesional se establece el mínimo de dos auxiliares de enfermería/gerocultores a jornada completa, cada 9 usuarios. Para unidades de alta dependencia dos auxiliares cada 7 usuarios.

Otros profesionales de atención:

- Fisioterapeuta. Para llevar a cabo las actividades de rehabilitación será necesaria la presencia de este profesional 3 horas semanales por cada 10 plazas, o fracción de forma proporcional, hasta 100 plazas. En centros con más de 100 plazas, se aumentarán proporcionalmente 2 horas semanales adicionales por cada 10 plazas o fracción. Las unidades de alta dependencia con usuarios con alta demanda de actividades de rehabilitación funcional dispondrán de fisioterapeuta durante 10 horas semanales por cada 15 usuarios de la unidad proporcionalmente

- Psicólogo/a. Un mínimo de 6 horas semanales en centros de hasta 50 plazas o fracción de forma proporcional, aumentando proporcionalmente con 5 horas semanales por cada 25 plazas adicionales o fracción.

- TASOC o diplomado/a de educación social. Con una dedicación mínima de 6 horas semanales por cada 25 plazas, o fracción de forma proporcional, hasta 100 plazas. En centros con más de 100 plazas, se aumentarán proporcionalmente 4,5 horas semanales adicionales por cada 25 plazas o fracción. Las actividades se llevarán a cabo bajo la supervisión del psicólogo.

- Trabajador/a social. Con un mínimo de 5 horas semanales por cada 40 plazas o fracción de forma proporcional.

Las ratios en Residencias para discapacitados son:

- En residencia de minusválidos psíquicos adultos con autonomía limitada: Ratio de atención general: 0,30 (del cual 75% será personal cualificado de atención directa y el 25% de personal de servicios).

- En residencia de minusválidos profundos, mayores de 16 años: Ratio de atención general: El número de trabajadores será de 0,75 por residente. La proporción será de 70% de personal cualificado de atención directa y el 30% de personal auxiliar de servicios.

- En residencia de minusválidos físicos gravemente afectados: Ratio de atención general: El número de trabajadores será de 0,65 por residente. La proporción será de 70% de personal cualificado de atención directa y 30% de personal auxiliar de servicios.

Los servicios mínimos incluyen en Residencias para mayores dependientes:

a) Alojamiento.

b) Restauración.

c) Lavandería.

d) Atención sanitaria; Cuidados básicos; Atención médica; Atención de enfermería; Actividades de rehabilitación; Asistencia farmacéutica; Prevención y promoción de la salud.

e) Atención psicológica y actividades de terapia ocupacional; Atención psicológica; Actividades de terapia ocupacional.

f) Atención social; Animación sociocultural; Atención social individual, grupal y comunitaria; Atención social familiar.

En Residencias para discapacitados:

- a) Asistencia integral.
- b) Prestaciones completas de carácter residencial: alojamiento y manutención.
- c) Atención de enfermería y vigilancia médica de patologías leves.
- d) Tratamiento especializado.
- e) Actividades de movilización.
- f) Actividades ocupacionales y rehabilitadoras.
- g) Actividades culturales y recreativas.
- h) Actividades de convivencia cooperación y autoayuda.
- i) Apoyo psicosocial.
- j) Orientación familiar.
- k) Promoción de la salud.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Orden de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales de 22 de octubre de 1996, por la que se regulan los centros especializados de atención a los mayores.
- Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana.
- Decreto 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, en la Comunidad Valenciana.
- Decreto 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana.
- Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores.
- Decreto 171/2007, de 28 de Septiembre, del Consell por el que se establece el procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas dependientes.
- Orden de 5 de diciembre de 2007, del programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunitat Valenciana.
- Orden de 5 de diciembre de 2007, de la Conselleria de Bienestar Social, que regula el procedimiento de Aprobación del Programa Individual de Atención.
- Resolución de 3 de febrero de 2009, del director general de Relaciones con Les Corts y Secretariado del Consell, de la Conselleria de Presidencia, por la que se dispone la publicación del Convenio de colaboración entre la Administración General del Estado y la Generalitat, para el desarrollo del marco de cooperación interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado

3.11. EXTREMADURA.

3.11.1. Teleasistencia. Servicio gestionado a través de Cruz Roja por convenio entre el Ayuntamiento, la FEMP y la Junta de Extremadura. Los requisitos mínimos de la prestación municipal son:

- a) Apoyo inmediato a través de la línea telefónica a demandas de diversas órdenes: angustia, soledad, así como accidentes domésticos, caídas, etc.

- b) Movilización de recursos ante situaciones de emergencia sanitaria, domiciliaria o social.
- c) Seguimiento permanente desde el Centro de Atención mediante llamadas telefónicas periódicas.
- d) Agenda, para recordar al usuario datos importantes sobre toma de medicación, realización de gestiones, etc.

3.11.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. En el caso de los principales municipios, este servicio se da de forma pública. La competencia es municipal a través de la financiación de la Junta de Extremadura y la empresa privada ejerce la función de consultaría de personal ya que este último es contratado por parte del Ayuntamiento.

En materia de recursos humanos el perfil director es el de un trabajador social e incluye auxiliar de enfermería y educador. El tiempo de atención por usuario es de 2 horas/día o 52 horas/mes, máximo.

Las prestaciones básicas incluyen:

- a) Ayuda en el aseo y cuidado personal.
- b) Supervisión de la medicación.
- c) Ayudar a levantarse y acostarse.
- d) Cuidados especiales a encamados: cambios de postura, limpieza e higiene corporal.
- e) Ayudar a moverse y caminar dentro del domicilio.
- f) Ayuda en las tareas domésticas: barrer, fregar, limpiar la casa, hacer la cama (tareas habituales de mantenimiento).
- g) Realizar la compra y cocinar.
- h) Acompañamiento en distintas gestiones fuera del domicilio: acudir al médico, ir a la compra, etc.
- i) Toma de alimentos.
- j) Atención inmediata en caso de emergencias.

3.11.3. Centros de Día. Se distingue entre aquellos que prestan servicios diurnos de rehabilitación, cuidados personales y asistencia especializada y los Hogares Club de Mayores, como centros gerontológicos donde se presta a las personas mayores una serie de servicios de acuerdo con sus necesidades, tales como servicios sociales, asistenciales, terapéuticos, socioculturales o recreativos.

Para su gestión se precisa:

- a) Autorización de la Consejería de Bienestar de la Comunidad Autónoma.
- b) Inspección de condiciones y requisitos mínimos.
- c) Inscripción en el Registro de Establecimientos.
- d) Licencia municipal

Y una amplia documentación, que incluye:

- a) Documento acreditativo de la personalidad del solicitante.
- b) Documento acreditativo de la propiedad o titularidad jurídica del centro, servicio o establecimiento.
- c) Memoria comprensiva de las necesidades que se traten de satisfacer con el proyecto que se pretenda.
- d) Proyecto técnico que comprenderá: Memoria del proyecto técnico; Planos de conjunto y detalle que permitan la perfecta identificación y localización de la obra, del equipamiento y del mobiliario; Planos de instalaciones; Pliegos de condiciones técnicas particulares; Presupuesto con los precios por unidades y presupuesto general.
- e) Proyecto de equipamiento.
- f) Estudio económico-financiero, exponiendo las fuentes de financiación y el plan económico para su sostenimiento.
- g) Proyecto de plantilla de personal, desglosado por categorías profesionales.
- h) Proyecto de Reglamento de Régimen Interior del centro, servicio o establecimiento.
- i) Copia autenticada de los estatutos de la entidad titular.
- j) Llevar un libro de registro de los usuarios.
- k) Llevar una ficha sociosanitaria de cada usuario.
- l) Tarifa de precios expuesta públicamente en tablón de anuncios.
- m) Disponer de póliza de seguros.

Los centros con los que se suscriban conciertos de reserva y ocupación de plazas deberán cumplir los requisitos mínimos establecidos para todos los tipos de Centros de Servicios Sociales. Las personas o entidades con las que se realicen conciertos deberán ser propietarias de los locales donde se halle ubicado el centro o titulares de un derecho real de uso y disfrute sobre ellos que, en ningún caso, no podrá ser inferior a cinco años, contados a partir de la fecha en que se celebre el concierto.

Los conciertos serán suscritos por el titular de la Consejería de Bienestar Social, a propuesta del director general de Atención Social, siempre dentro de los límites presupuestarios del ejercicio de que se trate. En todo caso será requisito necesario para la formalización de los conciertos el informe de los servicios técnicos de la Consejería de Bienestar Social, en el que se tendrán en cuenta, entre otros aspectos, las características del edificio, instalaciones y equipamiento, así como la relación entre la oferta y la demanda en la zona donde se halle ubicado el centro y los servicios con que cuenta. La vigencia de los conciertos se extenderá hasta el 31 de diciembre del año en que se suscriban, pudiendo prorrogarse sucesivamente por años naturales. No obstante lo anterior, finalizada la vigencia del concierto, los beneficiarios que se hallaren ingresados en el centro se mantendrán durante el año siguiente a la fecha de finalización.

Los requisitos básicos del servicio son:

- a) Rehabilitación.

- b) Atención personal.
- c) Asistencia para el desarrollo de las capacidades personales.
- d) Asistencia para favorecer la integración social.

3.11.4. Centros Residenciales. Se diferencian varios tipos. Los Centros Residenciales para Adultos son centros gerontológicos de atención integral e interprofesional, destinados a personas mayores, con algún grado de dependencia, sin soporte social o familiar o con un soporte insuficiente. Se distinguen entre servicios a personas asistidas, con autonomía y mixtas. También se incluyen las Residencias de discapacitados psíquicos gravemente afectados o Centros de Atención a Minusválidos psíquicos gravemente afectados.

Al igual que en los Centros de día, se requiere:

- a) Autorización por la Administración regional, conforme al procedimiento que reglamentariamente se determine.
- b) Inscripción en el Registro de Establecimientos para Mayores.
- c) Visado del preceptivo reglamento de régimen interior por la Administración de Servicios Sociales para el caso de establecimientos residenciales y centros de ancianos con comedor.
- d) Inspección.

Los requisitos formales para los centros con los que se suscriban conciertos de reserva y ocupación de plazas serán los mismos que en los Centros de día.

Los requisitos materiales se diferencian por tamaño del centro, aunque no presentan grandes diferencias:

Recursos materiales:

- Capacidad máxima por dormitorio: para residentes validos 2 por habitación, para asistidos 4 personas por habitación.
- Dimensiones dormitorio: para residentes validos 11 m2 de superficie mínima, para asistidos 20 m2.
- Dimensiones sala de estar: 1,8 m2 por persona. Superficie mínima de 30 m2.
- Ascensor si tiene más de una planta.

Recursos humanos en Residencias de plazas incluyen:

- Director
- Profesionales sanitarios: auxiliar sanitario, ATX, médico.
- La ratio mínima de persona de atención: 0,18. Un auxiliar cada 7 plazas. Un ATS cada 25 plazas. Un médico.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- Decreto 11/1983, por el que se crea el Registro Unificado de Entidades y Centros de Servicios Sociales.
- Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica.
- Decreto 78/1994, de 31 de mayo, por el que se establecen las exenciones y Reducciones de las cuantías de los Precios Públicos por la prestación de Servicios en Residencias y Clubes de Ancianos y Guarderías Infantiles dependientes de la Consejería de Bienestar Social.
- Decreto 4/1996, de 23 de enero, por el que se regulan los establecimientos de Asistencia Social Geriátrica.
- Decreto 88/1996, de 4 de junio, por el que se regula el régimen de acceso a los Centros Residenciales para Personas Mayores.
- Decreto 1/1997, de 9 de enero, por el que se regula la acción concertada de la Consejería de

Bienestar Social en materia de reserva y ocupación de plazas en Centros Residenciales para Personas Mayores.

- Decreto 12/1997, de 21 de enero, por el que se desarrollan las prestaciones básicas de Servicios Sociales de titularidad municipal y se establecen las condiciones y requisitos de aplicación a las ayudas y subvenciones destinadas a su financiación.
- Decreto 83/2000, de 4 de abril, por el que se regula el Estatuto de los Centros de Mayores de la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Decreto 45/2002, de 16 de abril, por el que se regula el procedimiento de acceso a centros de atención a personas con discapacidad psíquica de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Decreto 1/2009, de 9 de enero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

3.12. GALICIA.

3.12.1. Teleasistencia. Es un servicio concertado bajo competencia municipal. El servicio de teleasistencia se gestiona mediante un convenio entre el Imserso (que cubre el 60% del coste), las diputaciones (25%) y la Xunta (15%).

En el caso de desarrollar otras actividades debe contar con un departamento o unidad totalmente diferenciada del resto, para la prestación del servicio de teleasistencia domiciliaria, tanto en lo que se refiere a la ubicación de Centro de Atención como al personal dedicado al servicio. Debe contar además, en el termino municipal de una oficina expresamente dedicada a este servicio. Sus funciones son:

- a) Mantenimiento y puesta en marcha del sistema.
- b) Seguimiento permanente de los usuarios.
- c) Atención permanente desde la Central de Atención.
- d) Coordinación con los Servicios Sociales Municipales.
- e) Formación.

Los requisitos de servicios mínimos comprenden:

- a) Apoyo inmediato al usuario, vía telefónica, ante cualquier situación de emergencia, movilizándolo, en su caso, los recursos que sean necesarios.
- b) Contacto del usuario con su entorno familiar.
- c) Visitas a domicilio para el seguimiento del usuario, comprobación del sistema y actualización de su base de datos.

3.12.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Este servicio tiene la consideración de prestación básica de servicios sociales inserta en el sistema integrado de servicios sociales, de carácter complementario y transitorio.

El marco autonómico incluye:

- a) Atenciones de carácter personal: engloban todas aquellas actividades que se dirigen al usuario del servicio cuando éste no pueda realizarlas por sí mismo o cuando precise: Apoyo en el aseo; Ayuda para comer; Supervisión, si procede, de la medicación; Apoyo a la movilización fuera del hogar; Compañía; Facilitación de actividades de ocio; Otras.

b) Atenciones de carácter psicosocial y educativo: se refiere a las intervenciones técnico-profesionales formativas y de apoyo al desarrollo de las capacidades personales, la efectividad, la convivencia y la integración en la comunidad donde se desarrolle la vida del usuario.

c) Atenciones de carácter doméstico: La alimentación; Ropa; Limpieza; Otras.

d) Atenciones de carácter técnico y complementario: gestiones o actuaciones que puedan ser necesarias, bien para la puesta en funcionamiento del servicio, bien para que actúe en condiciones adecuadas.

En la ciudad de Coruña se configura como un recurso de tipo voluntario, solicitado por el usuario/familia beneficiarios del servicio, de carácter temporal y de forma discontinua. Alternativamente, se configura a través de un cheque asistencial de atención de ayuda en el hogar, que comprende las ayudas destinadas a cubrir los costes ocasionados por servicios profesionales de atención integral, con atenciones de carácter personal, psicosocial, educativo y doméstico.

La gestión y la ejecución se podrán realizar según dos modalidades: por asunción por la entidad local de todas las responsabilidades, incluyendo la gestión y ejecución del servicio, aportando los recursos materiales y personales necesarios para llevarlo a cabo. Alternativamente, con financiación pública y planificación, coordinación y control de la entidad local, realizándose la ejecución a través de entidades privadas mediante convenios.

Las entidades que sean titulares de centros o desarrollen programas de ayuda en el hogar podrán solicitar su inclusión en el programa de cheque asistencial, comprometiéndose a asumir los siguientes deberes:

a) Prestar los servicios correspondientes a la tipología del centro o programa de acuerdo con la legislación en la materia.

b) Respetar los precios de los servicios obligatorios que no superarán los publicados por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en los que estarán incluidos los impuestos correspondientes.

c) Implantar en su organización los modelos de gestión y evaluación informática necesarias para una idónea gestión y seguimiento del programa de cheque asistencial.

d) Comunicar anualmente la incidencia de este programa en la creación de empleo, así como su estabilidad.

e) Someterse a las inspecciones y actuaciones de comprobación de calidad que desarrolle la Consejería competente.

f) Aceptar a los beneficiarios del cheque asistencial si disponen de plazas vacantes.

g) Anotar los servicios o ingreso de cada beneficiario atendido en el libro de registro de la entidad.

h) Comunicar en un plazo máximo de cinco días a la Delegación Provincial de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la provincia donde esté la entidad el ingreso o inicio de la atención a la persona beneficiaria, su hospitalización o su baja.

i) Anotar en el libro de registro de la entidad la baja del interesado y los motivos, así como cualquier otro incidente que se produzca.

- j) Disponer de un expediente individualizado de cada usuario con sus datos sociales y sanitarios, garantizándose su confidencialidad.

Los recursos humanos necesarios para prestar el servicio incluyen:

- a) En caso necesario: ATS/DUE, auxiliar gerocultor y otros profesionales sociosanitarios.
- b) Personal de atención: trabajador social y auxiliar de ayuda en el hogar.
- c) En caso necesario: psicólogo

Los servicios básicos incluidos en este municipio son los siguientes:

- a) Atenciones de carácter personal: Apoyo en el aseo y cuidado personal con objeto de mantener la higiene corporal; Ayuda para comer; Supervisión, si procede, de la medicación sencilla prescrita por personal facultativo y del estado de salud para la detección y comunicación de cualquier cambio significativo; Apoyo a la movilización dentro del hogar; Compañía; Acompañamiento, fuera del hogar, para la realización de diversas gestiones tales como visitas médicas, tramitación de documentos y otras análogas; Facilitación de actividades de ocio en el hogar, mediante la entrega de material para la realización de trabajos manuales, así como prensa, revistas, libros o similares.
- b) Atenciones de carácter psicosocial y educativo. Intervenciones técnico-profesionales formativas y de apoyo al desenvolvimiento de las capacidades personales, la afectividad, la convivencia y la integración en la comunidad en la que se desenvuelva la vida del usuario, así como el apoyo a la cohesión de la familia.
- c) Atenciones de carácter doméstico: La alimentación: comprenderá, entre otros, las labores de compra y preparación del alimento en el hogar; La ropa: comprenderá las funciones de lavarla, plancharla, coserla, ordenarla, comprarla y otras análogas; La limpieza y mantenimiento de la vivienda, así como la realización de pequeñas reparaciones y otras tareas que no impliquen la participación de especialistas.

En el caso de realizarse a través de cheque asistencial de atención de ayuda en el hogar los servicios prestados por las entidades incluidas en esta modalidad deberán ser, como mínimo, los siguientes:

- a) Atenciones de carácter personal en las que englobarán todas aquellas actividades realizadas en el domicilio del beneficiario cuando éste no pueda llevarlas a cabo por sí mismo y precise de ayuda de personal cualificado, entre las que se señalan la higiene personal, ayuda para comer, vigilancia nocturna, apoyo a la movilización, recuperación funcional y otras atenciones básicas para facilitar la autonomía personal del beneficiario.
- b) Atenciones de carácter psicosocial y educativo referidas las intervenciones técnico-profesionales, formativas y de apoyo al desarrollo de las capacidades personales, afectividad, integración social y otras semejantes.
- c) Atenciones de carácter doméstico que agrupan las actividades realizadas de forma cotidiana referidas a la compra y preparación de alimentos, lavado y mantenimiento de ropa, limpieza y mantenimiento de la vivienda y otras análogas.
- d) Atenciones de carácter técnico complementario referidas a una atención inmediata en situaciones de crisis o emergencia, realizadas, si es necesario, con el apoyo de nuevas tecnologías.

- e) Otras atenciones que ayuden al mantenimiento y a la optimización dentro de lo posible de su autonomía personal.

3.12.3. Centros de Día. Incluye el Centro de día para personas mayores, el chequeo centro de atención diurna para cubrir los costes ocasionados por cuidados de recuperación y mantenimiento de la capacidad funcional en centros de atención diurna incluidos en el programa y el Centro de día para personas discapacitadas.

La colaboración público-privada requiere:

Presentación de la correspondiente solicitud ante la consejería competente.

- a) Aceptación de los requisitos específicos de calidad, personal y condiciones arquitectónicas.
- b) Solicitar la autorización administrativa.
- c) Comunicación de sus precios.
- d) Inspección.
- e) Inscripción en el registro.
- f) Acreditación.

Los requisitos para la autorización precisan:

- a) Estar adaptados funcionalmente a las condiciones de sus usuarios.
- b) Estar situados en áreas próximas a núcleos urbanos.
- c) Situarse preferentemente en planta baja o primera.
- d) Aquellas que dispongan de más de una planta dispondrán de un ascensor con capacidad para el traslado de usuarios con limitaciones graves de movilidad.
- e) Estar dotados de iluminación y ventilación suficiente, así como de calefacción que garantice una temperatura interior adecuada.
- f) Disponer de un plano de evacuación, sistema contra incendios, así como iluminación y señalización de emergencia.
- g) Adecuarse a la tipología de los usuarios.
- h) Cumplir la normativa vigente en materia de accesibilidad y eliminación de barreras.
- i) Disponer de teléfono.
- j) Garantizar los derechos de los usuarios.
- k) Reglamento de régimen interior y libro de registro de los usuarios.
- l) Libro de reclamaciones.
- m) Póliza de seguros de responsabilidad civil.

Los requisitos materiales para los Centros de día para personas discapacitadas señalan que deberán estar situados preferentemente en planta baja o primera, con fácil acceso al exterior y con espacios al aire libre. El número de plazas de estos centros será de 30 uni-

dades, pudiendo establecerse un número mayor o menor de plazas cuando las necesidades de la zona lo aconsejen, configurándose en sistema modular.

Los recursos humanos necesarios incluyen, en todos los casos: Profesionales sanitarios: Médico, ayudante técnico sanitario o diplomado universitario en enfermería, fisioterapeuta y psicólogo.

Ratio mínima de personal de atención: 0.10 con un mínimo de dos trabajadores.

En las entidades incluidas en la modalidad de cheque dentro de atención diurna, médico, fisioterapeuta, psicólogo, animador sociocultural, ATS/DUE, asistente social, etc.

Los servicios básicos incluyen las siguientes prestaciones: atención personal (aseo), rehabilitación, terapia ocupacional, animación sociocultural, menú diario, atención gerontológico.

3.12.4. Centros Residenciales. Incluyen Residencias para mayores, programas de respiro familiar, Residencias de minusválidos gravemente afectados y Residencias de minusválidos adultos:

Todas las residencias deberán contar con las siguientes áreas diferenciadas:

- a) Área de dirección-administración.
- b) Área residencial.
- c) Área de servicios generales.
- d) Área de atención especializada.

Según su capacidad las residencias pueden clasificarse en:

- a) Mini-residencias: de 13 a 59 plazas.
- b) Residencias: de 60 a 120 plazas.
- c) Grandes centros residenciales: superiores a 120 plazas.

En los Programas de apoyo social para familias con personas con dependencia (respiro familiar):

- a) Estancia 15 días en residencia.
- b) Estancia de fines de semana.

Además, se incluye la posibilidad de establecer un Cheque asistencial con ayudas individuales destinadas a cubrir los costes de las estancias permanentes en centros asistenciales incluidos en el programa. Esta ayuda dará derecho a los beneficiarios a que se les presten los siguientes servicios: alojamiento, manutención, cuidado personal, control y protección, atención gerontológico y atención social.

Los requisitos formales exigidos para la colaboración privada son los mismos que en los Centros de día.

Los requisitos exigidos son los siguientes:

Requisitos materiales:

- Capacidad máxima por dormitorio: para mayores, 4; para discapacitados, 2.
- Dimensiones del dormitorio: individuales (□9 m2) o dobles (□12 m2), excepcionalmente hasta 4 camas (7 m2xcama).
- Dormitorios de personas con demencia máximo 2 camas.
- Aseo obligatorio: en número suficiente según la tipología de usuarios.
- Mínimo uno por cada 6 camas sin dotación propia.
- Un aseo por cada sexo equipado con lavabo e inodoro por cada 50 plazas o fracción.
- Baño geriátrico para más de 25 plazas, baño geriátrico. Más uno por cada 40 plazas asistidas.
- Dimensiones sala de estar: exteriores con ventilación natural y suficiente iluminación.
- Si la sala es de más de 80 m2 deben existir separaciones fijas o móviles para crear ambientes.
- Dimensiones de sala de curas/ enfermería: independientemente de la existencia de un sistema de sanidad público las residencias deben disponer de una zona en la que existen los siguientes espacios:
 - Despacho médico (con toma de agua y espacio suficiente para el reconocimiento de los residentes).
 - Sala de curas (toma de agua, superficie mínima 6 m2. Hasta 60 plazas puede constituir una unidad con el despacho médico)
 - Zona de enfermería (reservar un 5% para camas de enfermería, puede ser en dormitorios de hasta 4 camas) Mínimo 7 m2 por cama. Por lo menos una habitación individual para casos de aislamiento. Debe tener servicio higiénico completo y posibilidad de lavado de cuñas
 - Dimensiones de sala de actividades: sala polivalente para realización de actividades ocupacionales, culturales, recreativas o participativas.
 - Mínimo de 20 m2 y próxima a servicios higiénicos.
 - Si hay más de 59 plazas, además un despacho para el profesional.
 - Si hay hasta 50 plazas debe disponer de una antesala o recibos con capacidad para dos personas.

Los requisitos de los recursos humanos son:

- Hasta 40 plazas asistidas: médico o DUE localizable 24 horas/día.
- 40 o más plazas asistidas: médico localizable 24 horas/día y DUE presente 24 horas/día.
- Ratio mínima de personal de atención directa:
 - Plazas de válidos: 0,20.
 - plazas asistidas: 0,35.

En las entidades incluidas en la modalidad de cheque residencial: asistencia médica, ATS/DUE y auxiliares de enfermería o gerocultores. Otros profesionales de atención: Fisioterapeuta, animador sociocultural o monitor ocupacional y trabajador social/asistente social.

En las entidades incluidas en la modalidad de cheque residencial las prestaciones mínimas exigidas incluyen:

- a) Alojamiento (manutención).
- b) Lavado de ropa.
- c) Menús.
- d) Cuidado personal.
- e) Control y protección de los usuarios.
- f) Aseo personal.
- g) Provisión de medicamentos.
- h) Atención gerontológica integral.
- i) Recuperación funcional.
- j) Autonomía personal e integración social.
- k) Animación sociocultural.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

-
- Decreto 243/1995, del 28 de julio, por el que se regula el régimen de autorización y acreditación de centros de servicios sociales.
- Decreto 291/1995, de 3 de noviembre, por el que se desarrolla la Ley 4/1993, de 14 de abril, de servicios sociales, relativo a los registros de entidades prestadoras de servicios.
- Orden de 18 enero de 1996, por la que se desarrolla el Decreto 291/1995, de 3 de noviembre, relativo a los registros de entidades prestadoras de servicios sociales.
- Orden de 22 de julio de 1996, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio.
- Decreto 176/2000, de 22 de junio, por el que se regula el programa de cheque asistencial.
- Orden de 12 de septiembre de 2000, de Estatuto básico de centros.
- Orden de 5 de diciembre de 2000, por la que se regulan las ayudas económicas de personas mayores dependientes a través del cheque asistencial con la inclusión en el programa de las entidades prestadoras de los servicios sociales.
- Decreto 195/2007, de 13 de septiembre por el que se regula Servicio Galego de Apoio á Mobilidade Persoal para personas con discapacidade e/ou dependentes.
- Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales.

3.13. COMUNIDAD DE MADRID.

3.13.1. Teleasistencia. El servicio se presta a través de convenios específicos de carácter tripartito (suscritos por la FEMP, el IMSERSO y el Ayuntamiento). Se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione y su coste será financiado por el IMSERSO, con una aportación máxima del 65% y por la entidad local y los usuarios el 35% restante.

Para la colaboración con las entidades privadas se requiere:

- a) Visado previo de la Comunidad de Madrid.
- b) Autorización administrativa de la Comunidad de Madrid.
- c) Figurar inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros.

Los requisitos básicos de la oferta tienen que cubrir:

- a) Alerta, intervención y seguimiento de mayores que viven solos.
- b) Detectar, valorar y realizar intervenciones iniciales y de seguimiento en situaciones de riesgo social.
- c) Realizar llamadas de seguimiento, evaluar las emergencias y activar los mecanismos necesarios en cada circunstancia.

3.13.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Tiene como objetivo prevenir situaciones de crisis personal y familiar, incluyendo una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador, a los individuos o familias que se hallen en situaciones de especial necesidad, para facilitar la autonomía personal en el medio habitual.

Los requisitos formales para la concesión del servicio incluyen una amplia documentación entre la que destaca:

- a) Principios generales de actuación.
- b) Reclamaciones y sugerencias.
- c) Registro de usuarios.

- d) Tablón de anuncios con información del centro.
- e) Programación anual de actividades, con indicación de los objetivos, calendario, métodos de ejecución y sistemas de evaluación.
- f) Pólizas de seguro.
- g) Normas de régimen interior.
- h) Plan de autoprotección.

El tipo de prestación se realiza a través de trabajador social en las tareas de coordinación y auxiliares de ayuda a domicilio diplomados en trabajo social preferentemente. El tiempo de atención por usuario es de un máximo 60 horas/mes.

Las prestaciones mínimas incluyen:

- a) Limpieza o ayuda a la limpieza cotidiana de la vivienda y a su mantenimiento en condiciones aceptables de higiene y salubridad.
- b) Preparación de alimentos en el hogar.
- c) Suministro a domicilio de alimentos preparados o servicios análogos.
- d) Lavado, planchado y repaso de la ropa, bien dentro o fuera del hogar.
- e) Adquisición de alimentos y otras compras por cuenta del usuario.

La prestación de carácter personal podrá incluir las siguientes actividades:

- a) Apoyo en la higiene personal.
- b) Ayuda personal para aquellos usuarios que no puedan comer por sí mismos.
- c) Apoyo a la movilización dentro del hogar.
- d) Adiestramiento en la realización de actividades de la vida cotidiana en el entorno doméstico que potencien la autonomía del usuario.
- e) Compañía, tanto en el domicilio como fuera de él, para evitar situaciones de soledad y aislamiento.
- f) Acompañamiento fuera del hogar cuando éste resulte imprescindible para posibilitar la participación del usuario en actividades de carácter educativo, terapéutico o social, así como el acompañamiento puntual en la realización de diversas gestiones: visitas médicas, tramitación de documentos y otras de carácter similar.
- g) Facilitación de actividades de ocio en el domicilio mediante la entrega de material para la realización de manualidades, así como prensa, libros, juegos y otros materiales que se precisen para la realización de estas actividades

3.13.3. Centros de Día. Se concibe como un equipamiento especializado destinado a la atención gerontológica de carácter socio-rehabilitador y estancia diurna para personas mayores dependientes, a fin de promover su autonomía. Contempla también los Centros de Día para personas con minusvalía, que incluyen los que dan atención a afectados de deficiencia mental. También los Centros de Rehabilitación Psicosocial dirigidos a ayudar a enfermos mentales crónicos. Estos centros ofrecerán como mínimo las siguientes presta-

ciones: rehabilitación psicosocial, apoyo personal y social, apoyo a la integración social, seguimiento y soporte comunitario, así como apoyo y asesoramiento a las familias.

Los criterios formales de concertación requieren:

- a) Visado previo de la Comunidad de Madrid, dirigido a la Secretaría General Técnica.
- b) Licencia municipal.
- c) Autorización administrativa de la Comunidad de Madrid.
- d) Figurar inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros (12).

También incluye documentación sobre: Principios generales de actuación; Reclamaciones y sugerencias; Registro de usuarios; Tablón de anuncios; Programación anual de actividades; Pólizas de seguro; Normas de régimen interior; Plan de autoprotección.

Las personas físicas o jurídicas con las que se celebren conciertos deberán ser propietarias de los locales donde se halla ubicado el centro o titulares de un derecho de uso y disfrute de los mismos, que en ningún caso podrá tener duración inferior a cinco años, posteriores a la fecha de celebración del concierto. En el caso de que el titular del centro no sea propietario del local, deberá acreditar que cuenta con la autorización del propietario para destinarlo al fin que establezca en el concierto. Tendrán preferencia para la concertación los centros ubicados en núcleos urbanos.

Con carácter previo a la celebración de los conciertos, deberá instruirse expediente administrativo, en el que deberán resultar acreditados los siguientes extremos:

- a) Fines del centro y sus fuentes de financiación y, en su caso, los referidos a la entidad titular
- b) Identificación de los titulares.
- c) Título de propiedad del edificio o cualquier otro que acredite el derecho de uso y disfrute del mismo, así como la autorización del propietario, cuando no lo sea el solicitante, para destinarlo al fin solicitado.
- d) Licencia fiscal.
- e) Documentación acreditativa de que se dispone de una organización con elementos personales y materiales suficientes para la ejecución del concierto.
- f) Documentación acreditativa de hallarse la empresa al corriente de pago de las obligaciones tributarias y de Seguridad Social.
- g) Planos del centro, con especificación de las diferentes zonas de las que consta y de las obras que sean necesarias realizar, para su adaptación a los fines del concierto.
- h) Autorización administrativa de funcionamiento.
- i) Licencia municipal de apertura del centro.

La duración de los conciertos será la que medie entre la fecha de la firma del mismo y el final de ese año, y se prorrogarán sucesivamente por años naturales, salvo que medie denuncia expresa de cualquiera de las partes.

□ **Requisitos materiales en Centros de Día para mayores, minusválidos y de rehabilitación psicosocial:**

- Aseo obligatorio: dotación mínima: un inodoro, un lavabo, una ducha y un bidet por cada 6 personas o fracción que exceda de 2 personas.
- Dimensiones comedor: al menos 1 m² por persona y mínimo de 10 m².
- Dimensiones sala de estar: al menos 1,80 m² por persona y mínimo de 12 m².
- Ascensor: cuando el desnivel entre área de usuarios alcance 4 m.

Requisitos de recursos humanos. Se señala únicamente la ratio mínima de personal de atención:

- Plazas de válidos: 0,25.
- Plazas asistidas: 0,35

Las prestaciones mínimas del servicio son las siguientes:

Centros de Día para Mayores:

- Manutención y estancia durante el día.
- Cuidado personal y en las actividades de la vida diaria
- Atención gerontológica y rehabilitadora
- Atención social.
- Biblioteca y sala de lectura.
- Actividades culturales, artísticas, recreativas y de ocio.
- Cafetería y comedor asignada al centro.

Centros de Rehabilitación Psicosocial

- Rehabilitación psicosocial.
- Apoyo personal y social y a la integración social.
- Seguimiento y soporte comunitario.
- Apoyo y asesoramiento a las familias.

Centros de Día para personas con minusvalía

- Cuidados personales, relacionados con las actividades de la vida diaria.
- Atención especializada: Tratamientos de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, psicológicos y sociales.
- Prestación de tratamientos en régimen ambulatorio.

3.13.4. Centros Residenciales. Se distingue entre el Centro Residencial y los Centros Residenciales para personas con minusvalía, destinados a personas afectadas de deficiencia mental, de cualquier tipo y grado.

Los requisitos formales son los mismos que en los Centros de día. Los de carácter material en los Centro de Residencia para mayores y para personas minusválidas incluyen las siguientes características:

□
Requisitos materiales y de personal:

- Capacidad máxima por dormitorio: 6 personas por dormitorio.
- Dimensiones dormitorio: 5,50 m² por persona y 7,50 en el caso de usuarios que precisen silla de ruedas (con un espacio libre de 1,5 metros de diámetro).
- Aseo obligatorio: un inodoro, un lavabo, una ducha y un bidet por cada 6 personas o fracción que exceda de 2 personas. Los aseos destinados a usuarios minusválidos o asistidos deben tener puertas con paso libre de 0,80 metros.
- Dimensiones comedor: al menos un metro cuadrado por persona y mínimo de 10 m².
- Sala de curas/enfermería: sólo aquellos con capacidad igual o superior a 50 plazas. Más de 100 plazas la enfermería debe tener capacidad para el 5% de las plazas.
- Dimensiones sala de actividades: al menos 1,80 m² por persona y mínimo de 12 m².
- Ascensor: cuando el desnivel entre áreas de usuarios alcance los 4 metros.
- Cocina, lavandería, vestuarios, sala de mantenimiento y seguridad en planta. En centros con capacidad superior a 50 usuarios debe existir un espacio para el almacenamiento provisional de desechos en cubos cerrados.

El **personal mínimo exigido** incluye perfil de director con título universitario o curso acreditado.

Ratio mínima de plantilla:

- Plazas de válidos: Centros para Mayores: 0,25 de jornada completa.
- Plazas asistidas: Centros para Mayores: 0,35 de jornada completa.

Los servicios mínimos necesarios son: Alojamiento; Mantenimiento; Rehabilitación, cuidado y apoyo personal y social, en el grado en que sea necesario para el desarrollo de actividades de la vida diaria; Fomento del ocio así como actividades de rehabilitación integral; Tratamientos de fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional, psicológicos y sociales (cuando lleve incorporado un Centro de Día).

En Residencia de Mayores:

- a) Alojamiento.
- b) Mantenimiento (desayuno, comida y cena) relativa a los menús oficialmente establecidos.
- c) Lavado, planchado, reparación y distribución de la ropa.
- d) La atención sanitaria y farmacológica y el transporte con estos fines
- e) Los servicios de Apoyo Personal y Social.
- f) Los servicios religiosos.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

-
- Orden 612/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al Régimen de Autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.
 - Orden 613/1990, de 6 de noviembre, de la Consejería de Integración Social, por la que se desarrolla el Decreto 6/1990, de 26 de enero, creador del Registro de Entidades que desarrollan actividades en el campo de la acción social y Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid.
 - Orden 766/1993, de 10 de junio, de la Consejería de Integración Social, por la que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de las Residencias de Ancianos que gestiona directamente el Servicio Regional de Bienestar Social.
 - Decreto 89/1994, de 16 de septiembre, por el que se complementa el régimen jurídico básico del servicio público de atención a personas con minusvalías, afectadas de deficiencia mental, en centros residenciales, de día y ocupacionales.
 - Orden 313/1995, de 15 de febrero, de la Consejería de Integración Social, por la que se regula la acción concertada de la Consejería de Integración Social en materia de reserva y ocupación de plazas en centros residenciales para personas mayores.

-
- Orden 1363/1997, de 24 de junio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se aprueba el procedimiento de tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas con Minusvalía, afectadas de deficiencia mental, que integran la Red pública de la Comunidad de Madrid.
- Orden 210/1998, de 16 de febrero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se aprueba el Reglamento de los Centros de Día para Personas Mayores de la Comunidad de Madrid.
- Decreto 342/1999, de 23 de diciembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas con Discapacidad Física y Sensorial.
- Orden 710/2000, de 8 de mayo, por la que se establece el procedimiento de actuación para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1971/1999, sobre reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- Decreto 271/2000, de 21 de diciembre, por el que se regula el régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención a Personas con Discapacidad Psíquica, afectadas de retraso mental.
- Decreto 72/2001, de 31 de mayo, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados.
- Decreto 88/2002, de 30 de mayo, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 11/2002, de 18 de diciembre, de Ordenación de la Actividad de los Centros y Servicios de Acción Social y de Mejora de la Calidad en la Prestación de los Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 11/2003 de 12 de abril de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (Publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid).
- Orden 2386/2008, de 17 de diciembre, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia, para la elaboración del programa individual de atención, las prestaciones económicas y servicios y el régimen de incompatibilidades.

3.14. REGIÓN DE MURCIA.

3.14.1. Teleasistencia. El servicio municipal se puede concertar, ya que la prestación del servicio se instrumenta a través de un contrato entre la FEMP y la empresa/entidad que se seleccione, siendo necesaria:

- a) Autorización administrativa.
- b) Licencia municipal.
- c) Inspección.
- d) Autorización de funcionamiento.
- e) Inscripción en Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales.

Las prestaciones mínimas consisten en:

- a) Dotar e instalar en el domicilio de los usuarios los elementos del sistema: terminal y unidad de control remoto
- b) Familiarizar a los usuarios con el uso del equipo individual.
- c) Apoyo inmediato al usuario, vía línea telefónica y manos libres cuando solicite ayuda ante una situación imprevista o de emergencia.
- d) Intervención, en su caso, sin petición de ayuda directa por el usuario, en aplicación de las "agendas" de usuario.
- e) Movilización de recursos sociales, sanitarios, etc., adecuados a cada situación de emergencia.

- f) Seguimiento permanente de usuarios y sistema.
- g) Contacto con entorno sociofamiliar
- h) Mantenimiento del sistema y sus instalaciones.
- i) Comprobación continua del funcionamiento del sistema.
- j) Transmisión, a la responsable de la Concejalía de Personas Mayores del Ayuntamiento, de las incidencias y necesidades detectadas a través del sistema y que requieran de una intervención posterior a la realizada ante la situación imprevista y de emergencia presentada y atendida desde la central.
- k) Integración del usuario en otros programas de atención, principalmente en los que contemplen actividades de compañía a domicilio y animación social.

3.14.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Es una prestación básica del Sistema de Servicios Sociales que tiene por objeto proporcionar, en el propio domicilio, una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador.

Los requisitos son los mismos que en el caso anterior. En materia de recursos humanos el servicio ha de contar con trabajador social como director, auxiliar de clínica, educador y psicólogo. El tiempo de atención por usuario es de 2 horas diarias/usuario.

Los servicios básicos son:

- a) Atención de tipo doméstico
- b) Atención higiénico-personal y alimentación.
- c) Atención educativa.
- d) Atención social (interacción con el entorno).
- e) Proporcionar la atención necesaria a personas o grupos familiares con dificultades en su autonomía.

3.14.3. Centros de Día. Presentan dos tipos: los Centros de Día para personas mayores y los Centro de Día para personas con discapacidad.

Los requisitos son similares que en los casos anteriores más una amplia documentación que incluye:

- a) Reglamento de régimen interior.
- b) Hoja de reclamaciones y sugerencias
- c) Precios en cartelera
- d) Libro de registro de usuarios.
- e) Ficha sociosanitaria individual de usuarios.
- f) Programación anual de actividades.
- g) Contrato usuario/centro.
- h) Póliza de seguros.

i) Tablón de anuncios (incluye inscripción en el registro de entidades, organigrama del centro, programa de actividades, tarifas, horarios de visita, autorización sanitaria de comedores, plan de emergencias)

j) Protocolos de actuación.

Los medios materiales incluyen:

<p>□</p> <p>Recursos materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Aseo obligatorio con una superficie que permita la movilidad de un usuario en silla de ruedas.- Baño geriátrico: uno cada 40 usuarios.- Dimensiones comedor: superficie mínima de 2,5 m2 por usuario.- Dimensiones sala de estar: superficie mínima en su conjunto de 4,5 m2 útiles por cada residente.- Dimensiones sala de curas/enfermería: no inferior a 12 m2.- Dimensiones sala de actividades: superficie mínima en su conjunto de 4,5 m2 útiles por cada residente.- Dimensiones sala de administración: superficie no menor a 6 m2.- Dimensión sala rehabilitación: superficie no será inferior a 15 m2. <p>En materia de recursos humanos, sólo se regula la ratio mínima de personal sanitario, que no será inferior a 0,15.</p>
--

Los servicios mínimos exigidos son:

- a) Atención social.
- b) Atención sanitaria.
- c) Servicio de alimentación y nutrición.
- d) Gimnasia de mantenimiento y fisioterapia.
- e) Servicio de higiene personal.
- f) Atención psicológica.
- g) Terapia ocupacional.
- h) Servicio de apoyo e intervención con familias.
- i) Servicio de transporte.

3.14.4. Centros Residenciales. Se distingue entre Centro Residencial, Centros Ocupacionales para personas con deficiencia intelectual especializados y complementarios y Residencias para personas con discapacidad.

Los Centros residenciales para personas mayores y Residencias para personas con discapacidad precisan:

- a) Autorización administrativa.
- b) Licencia municipal.
- c) Inspección.
- d) Autorización de funcionamiento.
- e) Inscripción en el Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales.

Los Centros ocupacionales para personas con deficiencia intelectual sólo pueden ser cre-

ados por la Administración Pública y por instituciones o personas privadas sin ánimo de lucro.

Para la inscripción en el Registro se exigirá el cumplimiento de los siguientes requisitos por parte de los titulares de los centros:

- a) Acreditación de la personalidad jurídica del titular.
- b) Acreditar la viabilidad técnica del proyecto, en función de las instalaciones, equipamiento y organización adecuados, incluyendo memoria sobre las previsiones de financiación y sostenimiento del centro.
- c) Prever la constitución de la plantilla del centro, con el personal técnico y de apoyo, en posesión de las titulaciones profesionales adecuadas, que las actividades del centro proyectado precisen.

La documentación a aportar incluye:

- a) Reglamento de régimen interior.
- b) Hoja de reclamaciones y sugerencias.
- c) Precios en cartelera.
- d) Libro de registro de usuarios.
- e) Ficha sociosanitaria individual de usuarios.
- f) Programación anual de actividades.
- g) Contrato usuario/centro.
- h) Póliza de seguros.
- i) Tablón de anuncios
- j) Protocolos de actuación

Los requisitos exigidos se refieren a:

-
- Requisitos materiales:**
- En Residencias de más de 40 plazas:
 - Capacidad máxima por dormitorio: 2 personas por habitación.
 - Dimensiones dormitorio: 10 m² para los individuales y 14 m² para los dobles.
 - Aseo obligatorio: dispondrán de una superficie que permita la movilidad de un usuario en silla de ruedas.
 - Baño geriátrico: uno cada 40 usuarios, con superficie de 15 m² como mínimo. La puerta de acceso tendrá una anchura mínima de 1,20 m.
 - Dimensiones comedor: superficie mínima de 4,5 m² por cada residente.
 - Dimensiones sala de estar: superficie mínima de 4,5 m² por cada residente.
 - Dimensiones sala de curas/enfermería: no será menor de 12 m².
 - Sala de consulta: no será menor de 12 m².
 - Dimensiones sala de actividades: superficie mínima en su conjunto de 4,5 m² útiles por cada residente.
 - Dimensiones sala de administración: 6 m² o más.
 - Ascensor en las residencias con más de una planta: monta camillas de dimensiones mínimas de 2,10 por 1,10 m.
 - Dimensión sala rehabilitación: superficie mínima de $2n/5$ m² donde n es el número de personas residentes, no pudiendo ser en ningún caso inferior a 15 m².
 - Sala de enfermería: 2 camas instaladas hasta 50 residentes, debiendo disponerse de una cama

- más por cada 50 residentes.
- Sala de visita de residentes: al menos 12 m² de superficie.
- Sala de mortuorio: obligatoria cuando estén ubicados en municipios que no posean este tipo de recurso para uso público. Superficie aproximada de 12 m². Un túmulo por cada 100 plazas o fracción.
- Altura mínima de espacio habitable: 2,5 metros

Recursos de personal:

- En materia de personal el director de residencias superiores a 40 usuarios deberá estar en posesión de titulación de grado medio o superior o contar con una formación y experiencia específica y acreditada, de más de cuatro años. En centros residenciales de menos de 40 usuarios, el director deberá acreditar como mínimo 100 horas de formación en gerontología o una experiencia acreditada de más de cuatro años de dirección.
- Profesionales sanitarios: Médicos, fisioterapeuta, psicólogos o terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica o geriatría,
- ATS-DUE. Otros profesionales de atención: Trabajador social/DTS.
- Ratio mínima de plantilla total:
- Plazas de válidos: Mínimo 0,10. Además, deberán contar con un ATS/ DUE, con una prestación mínima de 1 hora diaria para cada 40 usuarios.
- Plazas asistidas: Mínimo 0,25.

Los servicios mínimos incluyen, para el caso de los Centros Residencia para mayores:

- a) Alojamiento.
- b) Manutención, con inclusión de dietas controladas por el personal sanitario cualificado para ello.
- c) Acceso a la atención sanitaria.
- d) Atención individualizada a la higiene de los usuarios, que implique el aseo personal de aquellos que no lo puedan realizar por sí mismos y el control de duchas o baños del resto.
- e) Muda de ropa interior.

En los Centros Ocupacionales para personas con deficiencia intelectual:

- a) Realización de actividades dirigidas a la obtención de objetos, productos y servicios que no sean regularmente objeto de operaciones de mercado.
- b) Realización de actividades con el propósito de que la persona atendida supere sus discapacidades para una mayor autonomía personal e integración social
- c) Realización de actividades de cuidados básicos adecuados a las necesidades específicas de las personas atendidas.

En los de carácter complementario:

- a) Servicio de comedor, que proporcionarán menús y dietas adecuadas a las necesidades nutricionales de cada usuario.
- b) Servicio de residencia, para atender las necesidades básicas y/o servir de vivienda.
- c) Servicio de transporte, adecuado a las necesidades de los usuarios con el fin de facilitar su asistencia al centro.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

-
- Decreto 31/1994, de 25 de febrero de 1994, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores.
- Decreto 50/1996, de 3 de julio de 1996, sobre ingreso y traslado en Centros Ocupacionales de la Administración Regional para personas con deficiencia intelectual.
- Decreto 54/2001, de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento del registro de entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia y de la Inspección.
- Decreto 60/2002, de 22 de febrero, por el que se modifica el Decreto n.º 31/1994, de 25 de febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores.
- Decreto 124/ 2002, de 11 de octubre de 2002, por el que se regula la prestación de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- Ley 3/2003, de 10 de abril, del Sistema de Servicios Sociales de la Región de Murcia.
- Decreto n.º 69/2005, de 3 de junio, por el que se establecen las condiciones mínimas que han de reunir los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública o privada.
- Orden de 9 de abril de 2007, de la Consejería de Trabajo y Política Social, por la que se crea la Oficina Regional de Información y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.
- Orden de 18 de abril de 2007, de la Consejería de Trabajo y Política Social, por la que se crea la Comisión de Participación Territorial para el Desarrollo e Implantación del Sistema Murciano de Atención a la Dependencia.

3.15. NAVARRA

3.15.1. Teleasistencia. El Servicio Telefónico de Emergencia se concibe como un servicio preventivo y asistencial, complementario de la atención a domicilio. A través del convenio entre el Instituto de Bienestar Social, SOS Navarra y la Fundación Caja Navarra, el servicio es atendido por SOS Navarra.

3.15.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Es un servicio público, polivalente e integral, que presta ayuda en los domicilios de los atendidos o espacios comunes, en función de programas individualizados. Este servicio es obligatorio para aquellos municipios con más de 20.000 habitantes y es financiado en parte por el Instituto Navarro de Bienestar Social

Para autorizar el servicio se requiere, además de informe vinculante del Instituto Navarro de Servicios Sociales y licencia municipal:

- a) Autorización de funcionamiento/administrativa.
- b) Registro de todos los servicios y centros, así como de las Entidades titulares de los mismos.
- c) Inspección de entidades, servicios y centros.
- d) Evaluación de los servicios.
- e) Reunir las condiciones de equipamiento material y de infraestructura.

El personal de atención incluye un trabajador social, trabajador familiar y personal auxiliar. La prestación en Pamplona incluye tiempos variables de atención por usuario:

- a) De carácter intensivo: tres a seis horas por semana.
- b) Mantenimiento: hasta tres horas por semana.
- c) Extraordinariamente se podrá atender hasta dos horas diarias.

Las prestaciones básicas incluyen:

- a) Atención personal e higiene.
- b) Apoyo en la realización de tareas domésticas.
- c) Prevención.
- d) Realización y apoyo social.
- e) Entrega de comida a domicilio.
- f) Sensibilización a la familia de solidaridad intergeneracional.
- g) Telealarma.

3.15.3. Centros de Día. Incluye los Centros de día psicogerátrico para mayores, el Servicio de estancias diurnas en centros gerontológicos para mayores y los Centros de día para minusválidos.

La concertación precisa:

- a) Autorización de construcción: Informe vinculante del Instituto Navarro de Servicios Sociales; Licencia municipal.
- b) Autorización de funcionamiento/administrativa.
- c) Registro de todos los servicios y centros, así como de las entidades titulares de los mismos.
- d) Inspección de entidades, servicios y centros.
- e) Evaluación de los servicios.
- f) Reunir las condiciones de equipamiento material y de infraestructura.

Los requisitos materiales y de personal apenas son especificados en los Centro de día para mayores, fijando una ratio mínima de personal de atención directa: 0,20 mínimo.

Personal de atención directa: Diplomados en enfermería, monitores de gimnasia y terapia ocupacional y personal auxiliar.

En el Servicio de estancias diurnas en centros gerontológico para mayores se fijan los profesionales sanitarios: ATS/DUE, terapeuta y fisioterapeuta, médico y otros profesionales de atención: Trabajador social.

Ratio mínima de personal de atención directa: 0,35.

En Centros de día para minusválidos:

Ratio mínima de personal de atención DIRECTA:

- a) En centros de minusválidos psíquicos ligeros y paralíticos cerebrales: 0,30.
- b) En centros de minusválidos, físicos o psíquicos, gravemente afectados: 0,65.

Los requisitos mínimos para el Centro de día para mayores son:

- a) Cuidados de carácter general.

- b) Rehabilitación de funciones.
- c) Terapia ocupacional y de mantenimiento.
- d) Ayuda a la integración social.
- e) Actividades socioculturales y de recreo.
- f) Comedor.
- g) Asesoramiento y orientación a familiares.

En Servicio de estancias diurnas en centros gerontológicos para mayores:

- a) Custodia y vigilancia.
- b) Atención integral a las actividades de la vida diaria.
- c) Preparación y administración de fármacos.
- d) Actividades de terapia ocupacional.
- e) Actividades lúdicas y recreativas.
- f) Otras actividades que el centro considere de interés.

En Centros de día para minusválidos:

- a) Atención integral.
- b) Atención psicopedagógica.
- c) Rehabilitación.
- d) Terapia ocupacional.
- e) Actividades de ocio y tiempo libre.

3.15.4. Centros Residenciales. Se diferencia entre Residencias de válidos para mayores, Residencias de asistidos y mixtas, Residencias psicogerítrica para mayores, Centros de atención a minusválidos y Residencias asistida para personas con enfermedad mental.

Para la concertación del servicio se precisa:

- a) Autorización de construcción: Informe vinculante del Instituto Navarro de Servicios Sociales; Licencia municipal.
- b) Autorización de funcionamiento/administrativa.
- c) Registro de todos los servicios y centros, así como de las Entidades titulares de los mismos.
- d) Inspección de entidades, servicios y centros.
- e) Evaluación de los servicios.
- f) Reunir las condiciones de equipamiento material y de infraestructura.

Las condiciones materiales en Residencias para mayores incluyen:

□

Condiciones materiales:

- Capacidad máxima por dormitorio Válidos: máximo 2 camas. También cama, armario con cerradura, mesilla, sillón y mesa, timbre de llamada, interruptor de iluminación, enchufe eléctrico, toma de teléfono, toma de T.V. y sistema de iluminación que permita la lectura.
- Capacidad máxima dormitorio Asistidos y psicogerítricos: máx. 3 camas. Las habitaciones contarán con los siguientes elementos: Cama articulada, armario con cerradura, mesa móvil para comer y escribir, timbre de llamada, interruptor de iluminación, enchufe eléctrico, toma de teléfono, toma de T.V. y sistema de iluminación que permita la lectura
- Dimensiones del dormitorio: Válidos: 8,5 y 12 m2 (de una a dos plazas).
- Dimensiones del dormitorio: Asistidos: 10, 14 y 18 m2 (de una a tres plazas).
- Psicogerítrico: 10, 14 y 18 m2 (de una a tres plazas)
- Aseo obligatorio: para válidos.
- Un lavabo con agua caliente por cada 3 plazas.
- Un retrete por cada 4 plazas.
- Una ducha con agua caliente por cada 5 plazas.
- Un bidé con agua caliente por cada 10 plazas.
- Una bañera con agua caliente por cada 20 plazas.
- Baño geriátrico: para asistidos y psicogerítrico, de plena accesibilidad.
- Dimensiones sala de estar: sala de ocio y convivencia: 2 m2 mín. por persona. En centros con capacidad inferior a 25 plazas, será 12 m2 mín., añadiéndose 1 m2 por plaza.
- Los despachos para consulta médica tendrán al menos 6 m2 útiles.

En Centros de atención a minusválidos:

- Capacidad máxima por dormitorio: las habitaciones podrán ser de hasta 6 plazas con una superficie mínima de 10, 14, 18, 22, 26 y 30 m2 según las plazas, disponiendo de armario individual con cerradura.

En Residencia asistida para personas con enfermedad mental:

- Capacidad máxima por dormitorio: las habitaciones serán de una o dos plazas.
- Dimensiones del dormitorio: con una superficie mínima de 8,5 metros cuadrados y 12,5 metros cuadrados respectivamente. Cada persona usuaria dispondrá como mínimo en su habitación de los siguientes elementos: cama, armario con cerradura, sillón y mesa, interruptor de iluminación, enchufe eléctrico y sistema de iluminación que permita la lectura.

Personal mínimo exigido en residencias para mayores:

- Perfil director hasta 50 plazas: universitario de grado medio, con más de 50 posibilidad de sustituir la titulación por años de experiencia.
- Profesionales sanitarios: Médico, enfermero (con presencia permanente en el centro para asistidos y psicogerítrico), asistente social.
- Otros profesionales de atención: Fisioterapeuta, trabajador social y psicólogo (para psicogerítrico).
- Ratio mínima de atención directa (personal de servicios generales y personal de servicios generales más enfermería para asistidos y psicogerítrico).
- Plazas de válidos: 0,10.
- Plazas asistidas: 0,35.
- Plazas psicogerítrico: 0,40.

Personal mínimo exigido en Centros de atención a minusválidos:

- Perfil director: Responsable con titulación universitaria de grado medio o tres años de experiencia en puesto de categoría similar para centros de hasta 50 plazas. En centros con más de 50 plazas el responsable deberá tener titulación universitaria superior o cinco años de experiencia en puesto de categoría similar.
- Ratio mínima de atención directa (personal de servicios generales y personal cuidador):
- En centros de minusválidos psíquicos ligeros y paralíticos cerebrales: 0,30.
- En centros de minusválidos, físicos o psíquicos, gravemente afectados: 0,65.

Los servicios mínimos en Residencia de válidos para mayores incluyen:

- Alojamiento, manutención y atención permanente.
- Terapia ocupacional.
- Servicios de carácter cultural y recreativo.

En Residencia de asistidos para mayores:

- Alojamiento, manutención y atención permanente.

- b) Atención médico-geriátrica.
- c) Rehabilitación.
- d) Terapia ocupacional.
- e) Servicios de carácter cultural y recreativo.

En Residencia psicogeriátrica para mayores:

- a) Alojamiento, manutención y atención integral.
- b) Cuidados de carácter general.
- c) Rehabilitación de funciones.
- d) Terapia ocupacional y de mantenimiento.
- e) Ayuda a la integración social.
- f) Actividades socioculturales y de recreo.

En Centros de atención a minusválidos:

- a) Alojamiento y manutención.
- b) Atención integral.
- c) Atención psicopedagógica.
- d) Rehabilitación.
- e) Terapia ocupacional.
- f) Actividades de ocio y tiempo libre.

En Residencia asistida para personas con enfermedad mental

- a) Alojamiento y manutención.
- b) Acompañamiento, apoyo en las actividades de la vida cotidiana y atención social.
- c) Atención médico-psiquiátrica, psicológica y de enfermería.
- d) Actividades ocupacionales.
- e) Actividades de ocio y tiempo libre.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- - Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales.
- Orden Foral 505/1992, de 9 de septiembre, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Vivienda, por la que se clasifica el servicio de teleasistencia domiciliaria.
- Decreto Foral 255/1997, de 15 de septiembre, por el que se procede a la transferencia del Servicio a Domicilio al Ayuntamiento de Pamplona.
- Orden Foral 37/1999, de 12 de febrero, del Consejero de Salud, por la que se establecen los requisitos técnico-sanitarios mínimos para las autorizaciones de centros, servicios y establecimientos sanitarios sin internamiento.
- Orden Foral 204/1999, de 30 de diciembre de 1999, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y

Juventud, por la que se desarrolla el Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales, clasificándose los servicios de Residencia Asistida para Personas con Enfermedad Mental y los Pisos Funcionales y/o Tutelados para Personas con Enfermedad Mental.

- Orden Foral 75/2003, de 24 de septiembre, de la Consejera de Bienestar Social, Deporte y Juventud, por la que se clasifica el "Servicios de Estancias Diurnas en Centros Gerontológico".
- Ley Foral 15/2006 de 14 de diciembre, sobre Servicios Sociales
- Decreto Foral 184/2007, de 10 de septiembre, por el que se aprueban los Estatutos de la Agencia Navarra para la Dependencia.
- Orden Foral 93/2008, de 10 de marzo, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se establece la cuantía máxima de ayudas vinculadas a servicio para estancias en centros ajenos de Tercera Edad y de Personas con Discapacidad.
- Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General.

3.16. PAÍS VASCO.

3.16.1. Teleasistencia. La regulación de este servicio es de competencia de las diputaciones forales.

Los requisitos formales incluyen:

- a) Autorización administrativa de aquellos que sean de titularidad privada para: los actos de creación, construcción o instalación y puesta en funcionamiento.
- b) Registro, tanto de los de titularidad pública como privada.
- c) Homologación, en su caso, de los de titularidad privada.
- d) Inspección, tanto de los de titularidad pública como privada.

A través de la homologación la Administración declara que una entidad, un servicio o centro de titularidad privada son idóneos para desempeñar sus funciones como parte del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública, atendiendo en todo caso a criterios de calidad, eficacia y coste económico y social. Para obtener la homologación es imprescindible que, previamente, las entidades, los servicios o centros:

- a) Hayan obtenido las autorizaciones administrativas previa y de funcionamiento (los servicios o centros), y que hayan sido inscritos en el Registro correspondiente.
- b) Se adecuen a los criterios de calidad, eficacia y coste económico y social.
- c) Hayan acreditado estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social.

La homologación se concederá para un período de tres años.

Las prestaciones básicas incluyen:

- a) Instalación y mantenimiento de los equipos de teleasistencia ubicados en los domicilios de las personas usuarias.
- b) Atención e información sobre el uso y características de los equipos a las personas usuarias.
- c) Atención de las situaciones de emergencia (sanitarias o de otro tipo: fuego en el domi-

cilio, robos, etc.) en que se pudieran encontrar las personas usuarias movilizando los recursos comunitarios procedentes.

d) Atención y seguimiento de las situaciones de necesidad social (crisis personales, de soledad, angustia, caídas que no precisen de atención sanitaria, etc.) en que se pudieran encontrar las personas usuarias y, en su caso, atención domiciliaria a las mismas mediante unidades móviles.

e) Formación y gestión de agendas de las personas usuarias que permita recordar a éstas la necesidad de realizar una actividad concreta fijada para un momento predeterminado, de forma esporádica o con la periodicidad establecida (Consultas médicas, ingesta de medicamentos, realización de gestiones, etc.).

f) Información sobre recursos sociales existentes de utilidad para las personas usuarias e información, en general, de interés para las mismas.

3.16.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. En este servicio los límites temporales de prestación se establecerán en función de la evaluación individualizada de las necesidades de las personas usuarias. La prestación máxima será de 3 horas/día, es decir 15 horas/semana. Este máximo semanal podrá ser de 18 o 21 horas en casos excepcionales. Las fracciones horarias se establecerán en divisiones no inferiores a 15 minutos.

Los servicios mínimos se establecen en:

a) Apoyo doméstico: Limpieza del hogar; Preparación de la comida; Lavado, repaso, planchado, ordenación y cuidado de la ropa.

b) Atención y apoyo personal: Cuidado e higiene personal, incluido el cambio de ropa personal y cama; Ayuda para levantarse y acostarse, y movilidad dentro del hogar; Ayuda para comer y vestir; Control y seguimiento de la administración de la medicación oral señalada por el médico; Acompañamiento fuera del hogar en gestiones de carácter personal: bancarias, de salud, tramitación de recursos, solicitud y entrega de documentación, etc. Y el entorno domiciliario: guarderías, centros escolares, transporte centros de servicios sociales especializados, etc.

c) Telealarma.

d) Relacionadas con el mantenimiento de la vivienda: Limpieza y mantenimiento de la vivienda, no incluyendo la realización de grandes limpiezas generales; Hacer la cama; Limpiezas extraordinarias del hogar; Limpieza de espacios pertenecientes a la comunidad de propietarios.

3.16.3. Centros de Día. Se considerará centro de día para personas mayores dependientes, cualquiera que sea su denominación o titularidad, todo establecimiento que ofrezca un programa de atención diurna individualizada a 5 o más personas mayores de 60 años que necesitan la ayuda de otras para la realización de sus actividades de la vida cotidiana, así como a aquellas que por circunstancias personales y sociales puedan equipararse a las del mencionado colectivo, en un espacio e instalaciones destinados a tal fin, con un personal y unos programas de actuación propios. Los centros de día para personas con discapacidad constituyen un recurso intermedio entre la atención domiciliaria y la atención residencial, siendo su objetivo ofrecer atención diurna durante los días laborables, así como, en su caso, proporcionar un servicio de respiro durante los fines de semana, para aliviar el esfuerzo de los cuidadores de la red natural, que garantizan la atención de la persona con discapacidad durante el resto del tiempo.

Para el reconocimiento del servicio se precisa de los mismos requisitos que para el resto, siendo necesario aportar:

- a) Condiciones físicas y arquitectónicas: ubicación, construcción y diseño.
- b) Instalaciones y equipamiento.
- c) Condiciones higiénico-sanitarias y de seguridad.
- d) Reglamento de régimen interior.
- e) Derechos y obligaciones de las personas usuarias, en razón de la tipología del servicio o centro.
- f) Requisitos cuantitativos y cualitativos de personal.
- g) Libro de registro de las personas atendidas.
- h) Régimen contable y régimen de precios.

□

Los medios materiales mínimos incluyen:

- Aseo obligatorio: uno cada 15 usuarios o fracción, con superficie útil individual mínima de 3,5 m².
- Baño geriátrico: Un baño geriátrico por cada 20 personas usuarias o fracción, con superficie útil individual mínima: 8 m².
- Dimensiones comedor: 2m² por persona usuaria, en utilización simultánea del comedor. Se establece en dos el número máximo de turnos.
- Dimensiones sala de estar: 4,5 m² por plaza.
- Ascensor: cuando disponga de más de una planta.
- Guardarropa de 4,5 m² de superficie por plaza.

El personal mínimo incluye:

- Auxiliar cuidador, monitores de actividades y trabajador social. La ratio mínima de personal de atención fija: un profesional de atención directa/6 personas usuarias mayores de 60 años que convivan con familiares y presenten una dificultad de grado medio o alto para la realización de las actividades de la vida diaria. Un profesional de atención directa/9 personas usuarias con un nivel ligero de discapacidad. Una ratio de 1/5 de personal de atención directa con respecto a las personas mayores diagnosticadas de demencia.

Los servicios mínimos incluyen:

- a) Atención personal básica orientada a la prestación de ayuda para cubrir las necesidades que la persona mayor no pueda satisfacer por falta de autonomía.
- b) Readaptación para las actividades de la vida diaria.
- c) Dinamización sociocultural.
- d) Restauración.
- e) Atención familiar.

3.16.4. Centros Residenciales. Se considerará servicio social residencial para la tercera edad, cualquiera que sea su denominación, titularidad o características, todo establecimiento que, mediante contraprestación económica, proporcione alojamiento, manutención y atención a cinco o más personas mayores de 60 años, así como a aquellas otras que por circunstancias personales y sociales puedan equipararse a las del mencionado colectivo. Existen dos tipos: *Residencia*, Centro de convivencia con capacidad superior a 14 plazas, destinado a servir de vivienda permanente y común, en el que se presta una atención integral y continua a las personas mayores, y *Vivienda Comunitaria*, unidad convivencial con

un máximo de 14 plazas, destinada a personas mayores que posean un cierto nivel de autovalimiento, y con un estilo de vida similar al del ambiente familiar. Por su parte, los servicios residenciales para personas con discapacidad son centros destinados a proporcionar una atención integral –alojamiento, manutención y asistencia– a aquellas personas con discapacidad cuyo grado de dependencia es demasiado elevado para posibilitar su permanencia en su domicilio o en su entorno sociofamiliar habitual. Los servicios residenciales ofrecerán, así mismo, atención durante los fines de semana y estancias de corta duración, con el doble objetivo de paliar situaciones problemáticas de carácter coyuntural y/o aliviar la situación de los familiares que conviven habitualmente con la persona con discapacidad.

Los requisitos para los centros que sean de titularidad privada son los mismos que en los Centros de día. Así, para obtener la homologación es imprescindible que, previamente, las entidades, los servicios o centros:

- a) Hayan obtenido las autorizaciones administrativas previa y de funcionamiento (los servicios o centros), y que hayan sido inscritos en el Registro correspondiente.
- b) Se adecuen a los criterios de calidad, eficacia y coste económico y social.
- c) Hayan acreditado estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social.

Además del cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales para la obtención de la preceptiva autorización, los servicios sociales residenciales de titularidad privada que voluntariamente soliciten su homologación deberán ajustarse a los siguientes criterios de calidad, eficacia, coste económico y social:

- a) Existencia de dependencias o espacios no contemplados en los requisitos de autorización, pero que pudieran favorecer la mejora en la calidad de vida de las personas usuarias.
- b) Dotación de sus dependencias con equipamientos que aumenten el bienestar de las personas usuarias.
- c) Balance económico saneado.
- d) Adecuación de sus objetivos y, en su caso, programas y actividades, a los objetivos y líneas de actuación que en materia de planificación y programación establezca la Administración competente.
- e) Cumplimiento de las sugerencias propuestas por la Administración.

Además de los criterios especificados tendrán la obligación de presentar un plan de evaluación propio, de carácter formativo, un programa de actividades específico de participación en la comunidad y entorno social donde esté ubicada la residencia, fomentando así la integración sociocomunitaria de las personas usuarias. Así mismo, se requiere la implantación de un proceso dinámico e integrador en que se conciba la residencia como espacio abierto, donde se realizan actividades en las que puedan participar el resto de colectivos de la comunidad. Igualmente, se exige:

- a) Programa de formación permanente para el personal.
- b) Bajo índice de absentismo laboral y de accidentabilidad del personal y de las personas residentes.

- c) Tener área de vestíbulo y/o recepción.
- d) Obtención de resultados positivos con la aplicación del programa rehabilitador, verificable en las preceptivas evaluaciones practicadas a la residencia.

<p>□</p> <p>Los requisitos materiales exigidos en las Residencias de la tercera edad:</p> <ul style="list-style-type: none">- Capacidad máxima por dormitorio: Uno o dos usuarios/habitación. El porcentaje de las primeras respecto del total de plazas no será inferior al 25%.- Dimensiones dormitorio: Doble: 14 m² y simple: 10 m², excluidos los cuartos de aseo.- Aseo obligatorio: en zonas comunes se exigirá un lavabo y un inodoro/15 usuario.- Baño geriátrico: todas las residencias de más de 50 plazas deberán contar, al menos, con un cuarto de baño geriátrico asistido. La superficie del cuarto de baño medirá un mínimo de 15 m² y contará con bañera adaptada, un inodoro y lavabo, permitiendo la maniobra de una grúa geriátrica.- Dimensiones comedor: 4,5 m² útiles por cada residente.- Dimensiones sala de estar: 4,5 m² útiles por cada residente.- Dimensiones sala de curas/enfermería: con más de 25 plazas dispone de sala de consulta y de curas en una sala conjunta, más de 50 plazas estarán en espacios diferentes.- Dimensiones sala de actividades: 4,5 m² útiles por cada residente.- Dimensión sala rehabilitación: con más de 25 plazas debe contar con sala de fisioterapia y rehabilitación, destinada a la realización de ejercicios físicos de mantenimiento y recuperación, con superficie mínima de 2n/5 m², donde n es el número de personas residentes, no pudiendo ser en ningún caso inferior a 15 m².- En todas las residencias de más de 70 plazas existirá una sala dedicada exclusivamente a mortuario, con las siguientes características una superficie mínima de 12 m². <p>Los requisitos materiales exigidos en las viviendas comunitarias:</p> <ul style="list-style-type: none">- Capacidad máxima por dormitorio: una o dos personas por dormitorio. La proporción de habitaciones individuales representará, como mínimo, el 25% del total de las plazas.- Aseo obligatorio: un servicio higiénico por cada 4 personas (4).- Dimensiones comedor: 4,5 m²/persona (4).- Ascensor: uno cuando exista más de una planta.- La vivienda comunitaria deberá tener una superficie útil mínima de 20 m²/persona. <p>El personal mínimo exigido en Residencias de mayores y viviendas comunitarias incluye:</p> <ul style="list-style-type: none">- Profesionales sanitarios: En las residencias con plazas asistidas, existirá un servicio de enfermería (D.U.E. o A.T.S.).- Ratio mínima de plantilla:<ul style="list-style-type: none">- Plazas de válidos: Para residencias y viviendas comunitarias 0,25.- Plazas asistidas: Para residencias y viviendas comunitarias 0,45.- Ratio mínima de personal de atención: La proporción de personal de atención directa –D.U.E./A.T.S. y personal cuidador–, deberá superar el 65% de la plantilla total.
--

Los servicios mínimos incluyen:

- a) Actividades de ocio.
- b) Servicio de comidas.
- c) Servicio de acompañamiento exterior
- d) Servicio médico.
- e) Rehabilitación y fisioterapia

La principal normativa reguladora es la siguiente:

<p>□</p> <ul style="list-style-type: none">- Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.- Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad.- Decreto 202/2000, de 17 de octubre, sobre los centros de día para personas mayores dependientes.

-
- Decreto 155/2001, de 30 de julio, de determinación de funciones en materia de servicios sociales.
- Decreto 125/2005, de 31 de mayo, de modificación del Decreto sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales

Álava

- Decreto Foral 39/2007, del Consejo de Diputados de 24 de abril, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el Territorio Histórico de Álava
- Decreto Foral 45/2007, del Consejo de Diputados de 8 de mayo, que aprueba el Reglamento Regulador del Régimen de Acceso y Traslado de las Personas No Reconocidas Dependientes, que sean usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales del Territorio Histórico de Álava.
- Decreto Foral 70/2007, del Consejo de Diputados de 23 de octubre, regulador de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar de personas en situación de dependencia.
- Decreto Foral 11/2008, del Consejo de Diputados de 12 de febrero, que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica de asistencia personal prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Álava.
- Decreto Foral 85/2008, del Consejo de Diputados de 16 de septiembre, que modifica los Decretos 39 y 45/2007, de 24 de abril y de 8 de mayo, respectivamente, reguladores del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y del régimen de acceso y traslado de las personas no reconocidas dependientes que sean usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales de este Territorio Histórico.

Guipúzcoa

- Orden Foral 320/2007, de 25 de abril, por la que se establece el baremo de la de valoración de la situación de dependencia y el procedimiento de actuación para su determinación.
- Decreto Foral 38/2007, de 22 de mayo, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes.

Vizcaya

- Decreto Foral 235/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral, por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio asistencial.
- Decreto Foral 74/2007, de 24 de abril, de la Diputación Foral de Bizkaia por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia.
- Decreto Foral 98/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar.
- Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal.
- Decreto Foral 197/2007, de 6 de noviembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se modifica el Decreto Foral 74/2007, de 24 de abril, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia.
- Decreto Foral 198/2007, de 6 de noviembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se modifica el Decreto Foral 98/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar.
- Decreto Foral 199/2007, de 6 de noviembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se modifica el Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal.

3.17. LA RIOJA.

3.17.1. Teleasistencia. El servicio se define como equipamiento de comunicaciones informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios, que permite a éstos ante cualquier situación o emergencia entrar en contacto verbal permanente con el personal de este centro de atención durante las 24 horas del día.

La autorización de las entidades gestoras del servicio requiere:

- a) Visado previo

- b) Licencia municipal.
- c) Autorización administrativa.
- d) Inscripción en Registro.

Entre la documentación solicitada, se incluye:

- a) Estatutos de la entidad
- b) Memoria de la entidad (año de constitución, fines, actuaciones desarrolladas en el ámbito de los servicios sociales, relación de Centros o Servicios Sociales de los que la entidad titular es gestora).
- c) Memoria explicativa de la actividad a desarrollar, especificando: Las características de las personas usuarias; Las prestaciones del servicio; Los medios técnicos empleados; Las necesidades que se pretenden satisfacer.
- d) Memoria justificativa del cumplimiento de los requisitos funcionales.
- e) Modelo de la hoja de reclamaciones.
- f) Modelo de la ficha de usuarios.
- g) Titulaciones y contratos del personal.
- h) Póliza de seguro que cubra los riesgos de indemnizaciones exigibles en casos de siniestros o lesiones por praxis profesional o negligencia del personal o del titular del servicio.

Mediante la acreditación el Gobierno de La Rioja reconoce que un centro o servicio autorizado es idóneo para desempeñar sus funciones y formar parte de la Red pública de Servicios Sociales, atendiendo a los siguientes aspectos:

- a) Sistema de ingresos y condiciones para su utilización.
- b) Garantía de participación democrática de los usuarios.
- c) Sistema de contabilidad adecuada a la legislación.
- d) Articulación de los cauces de información con la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- e) Encuadramiento dentro de la planificación general del sistema de Servicios Sociales autonómicos.
- f) Cualificación profesional del personal.

El período máximo de otorgamiento de la acreditación será de 4 años.

3.17.2. Servicio de Ayuda a Domicilio. Mediante la acreditación el Gobierno de La Rioja reconoce que un centro o servicio autorizado es idóneo para desempeñar sus funciones y formar parte de la Red pública de Servicios Sociales. La acreditación, con los mismos requisitos que en el caso anterior, contrae la obligación de:

- a) Comunicar anualmente altas y bajas de los beneficiarios, indicando causas.
- b) Comunicar las variaciones en la plantilla de personal, en su aspecto cuantitativo y cualitativo.

c) Remitir balance económico y presupuesto anualmente

Los recursos humanos precisan el perfil director, que es el de un trabajador social. Los profesionales sanitarios serán auxiliares de ayuda a domicilio. Personal de atención: educador, psicólogo, voluntariado. El tiempo de atención por usuario los fijan en cada caso los Servicios Sociales Municipales en función de sus necesidades y de las disponibilidades del servicio.

Las condiciones mínimas del servicio son las siguientes:

a) De carácter personal: Apoyo en el aseo y cuidado personal con el objeto de mantener la higiene corporal; Ayuda para comer; Supervisión, si procede, de la medicación simple, siempre prescrita por personal facultativo, y del estado de salud para la detección y comunicación de cualquier cambio significativo; Apoyo a la movilización dentro del hogar; Otras atenciones de carácter personal no recogidas en los apartados anteriores, que puedan facilitar una relación con el entorno.

b) De carácter doméstico: Alimentación. Comprenderá entre otras las labores de compra y la preparación de alimentos en el hogar; Ropa. Comprenderá las funciones de lavado, planchado, cosido, orden, compra y otras análogas; Limpieza y mantenimiento de la vivienda, así como la realización de pequeñas reparaciones y otras que no impliquen la participación de especialistas.

c) De carácter psicosocial y educativo. Se refiere a las intervenciones técnico profesionales formativas y de apoyo al desarrollo de las capacidades personales, a la afectividad, a la convivencia y a la integración en la comunidad donde se desarrolle la vida del usuario, así como el apoyo a la estructuración familiar. Incluye las actividades de ocio en el hogar mediante la entrega de material para la realización de trabajos manuales, prensa periódica, revistas, libros o similares.

d) Técnicas y complementarias: Compañía en el domicilio; Acompañamiento fuera del hogar par la realización de diversas gestiones; Teleasistencia; Comidas a domicilio; Lavandería.

3.17.3. Centros de Día. Incluye la Atención Diurna para Personas con Discapacidad como Centros de atención diurna para personas con discapacidad grave que precisen apoyo permanente. Estos centros se conciben también como recursos de apoyo familiar. Centro de Día para personas mayores, dirigidos a personas mayores con autonomía reducida.

La autorización requiere:

- a) Visado previo.
- b) Licencia municipal.
- c) Autorización administrativa.
- d) Inscripción en el Registro.

La documentación necesaria incluye:

- a) Solicitud suscrita por quien tenga poder para representar a la entidad titular ante la Administración.
- b) Licencia de obras y licencia de apertura del Ayuntamiento correspondiente.

- c) Certificado final de obra visado.
- d) Póliza de seguro del continente del edificio y póliza de responsabilidad civil.
- e) Plan de evacuación y emergencia.
- f) Modelo de hoja de reclamaciones y modelo de ficha de registro de usuarios.
- g) Programa anual de actividades con el siguiente contenido mínimo.
- h) Modelo de contrato a suscribir con el residente.
- i) Modelo de normas de régimen interior.
- j) Plantilla de personal (con indicación de la categoría profesional y el tipo de jornada laboral de trabajo)
- k) Precontratos del personal con el que el centro inicia la actividad.
- l) Póliza de la contratación de la desinfección y desratización anuales.
- m) Certificado realizado por técnico competente o empresa homologada, de las instalaciones eléctricas, de calefacción, ascensor, gas y producción y suministro de agua caliente sanitaria.
- n) Memoria justificativa del cumplimiento de los requisitos funcionales.
- o) Reglamento de régimen interior.

Los requisitos mínimos de prestación del servicio incluyen:

- a) Atención geriátrica y rehabilitadora.
- b) Cuidados personales.
- c) Asistencia médica de carácter preventivo.
- d) Terapia ocupacional.
- e) Atención psicosocial.
- f) Actividades físicas y de tiempo libre.

3.17.4. Centros Residenciales. Incluyen Residencias de mayores para personas, válidas o asistidas y Residencias para personas con discapacidad física o psíquica. Incluye también estancias temporales por un período máximo de 3 meses (sin posibilidad de prórroga), en residencias para personas mayores de la Comunidad Autónoma de La Rioja, cuando determinadas circunstancias transitorias familiares como ingresos hospitalarios, maternidad, viajes, etc., hacen imposible que dediquen a sus mayores la atención que les prestan habitualmente.

Los requisitos formales y funcionales para la acreditación y concertación del servicio son los mismos que para los Centros de día.

□
Requerimientos materiales para las residencias de hasta 40 plazas incluyen:

- Capacidad máxima por dormitorio: 2 personas por habitación.
- Dimensiones dormitorio: 7,5 m² de superficie útil por plaza asistida y espacio que permita inscribir un círculo de 135 cm de diámetro entre paramentos. En dormitorios dobles de residentes válidos 6 m² por plaza.
- Dimensiones comedor: mínimo 1,5 m² por plaza, mínimo de 15 m² total.
- Dimensiones sala de estar: 1,8 m² por cada plaza del centro y no será menor de 20 m².
- Dimensiones sala de curas/enfermería: superficie no menor de 6 m².
- Ascensor: al menos un ascensor que comunique todas las plantas.

Requerimientos materiales para las residencias de más de 40 años:

- Capacidad máxima por dormitorio: 2 plazas por dormitorio. Excepcionalmente podrá haber 3 plazas en un porcentaje máximo del 30% del total de plazas del centro. Dimensiones dormitorio: 7,5 m² de superficie útil por plaza.
- Dimensiones comedor: superficie mínima 1,5 m² por plaza y turno, con un máximo de dos turnos y un mínimo de 60 m².
- Dimensiones sala de estar: 1,8 m² por cada plaza del centro y no menor de 80 m².
- Dimensiones sala de curas/enfermería: no menor de 18 m².
- Dimensiones sala de actividades: Sólo en los de más de 150 plazas, no menor de 25 m².
- Ascensor: al menos un ascensor que comunique todas las plantas.
- Dimensión sala rehabilitación: Disponer de zona de rehabilitación no menor de 0,35 m² por plaza y 15 m² como mínimo, con al menos 4 aparatos gimnásticos y de rehabilitación diferentes.
- Habrá un despacho fijo y exclusivo para Trabajador/a Social de 10 m² mínimo. Disponer de zona de atención especial, la capacidad de plazas de esta área no superará el 30% del total de plazas del centro. La altura mínima libre en la superficie útil de locales será mayor o igual que 2,5 m. En zonas de paso y aseos o puntos localizados del espacio principal, podrá disminuir hasta un mínimo de 2,30 m.

Los recursos humanos exigidos son:

- Perfil director: para residencias de hasta 40 plazas un director/a responsable del centro, con titulación universitaria, como mínimo, de grado medio o superior. Para residencias de más de 40 plazas un director/a gerente responsable del centro en jornada completa y con titulación superior.
- Profesionales sanitarios: para residencias de menos de 40 plazas A.T.S. o D.U.E., auxiliares de clínico, asistente U.T.S. del Ayuntamiento. Para residencias de más de 40 plazas médico, auxiliar de clínica, fisioterapeuta.
- Personal de servicios: para todos los tipos de residencias: una persona de mantenimiento jornada completa, dos personas de manutención jornada completa, dos personas de lavandería jornada completa y una persona de limpieza jornada completa por cada 40 plazas o fracción.

Ratio mínima de personal de atención:

- Total de plazas: Hasta 40.
- Plazas de válidos y asistidos: Un A.T.S. o D.U.E. a jornada completa, cuatro trabajadores por cada 20 plazas como auxiliares de clínico, un asistente U.T.S. del Ayuntamiento.

Ratio mínima de personal de atención:

- Total de plazas: 40 hasta 75.
- Plazas de válidos y asistidos: 20 horas/semana de médico titulado, 60 horas/semana de ATS o DUE, 280 horas/semana de auxiliares, media jornada completa de diplomado en trabajo social o asistente social, un fisioterapeuta de 10 horas semanas y un terapeuta ocupacional de 10 horas/semana.

Ratio mínima de personal de atención:

- Total de plazas: 75 hasta 150.
- Plazas de válidos y asistidos: 40 horas/semana de médico titulado, 80 horas/semana de ATS o DUE, 480 horas/semana de auxiliares, jornada completa de diplomado en trabajo social o asistente social, un fisioterapeuta de 20 horas/semana y un terapeuta ocupacional de 20 horas/semana.

Ratio mínima de personal de atención:

- Total de plazas: 150 hasta 200.
- Plazas de válidos y asistidos: 60 horas/semana de médico titulado, 100 horas/semanas de ATS o DUE, 800 horas/semana de auxiliares, jornada completa de diplomado en trabajo social o asistente social, un fisioterapeuta de 40 horas/semana y un terapeuta ocupacional de 40 horas/semana.

Ratio mínima de personal de atención:

- Total de plazas: Más de 200.
- Plazas de válidos y asistidos: 80 horas/semana de médico titulado, 160 horas/semana de ATS o DUE, 800 horas/semana más 40 horas/semana por cada 10 residentes o fracción que supere los 200 residentes de auxiliar, jornada completa de diplomado en trabajo social o asistente social, un fisioterapeuta de 40 horas/semana y un terapeuta ocupacional de 40 horas/semana.

Las condiciones mínimas en la prestación del servicio incluyen:

- a) Asistencia sanitaria.
- b) Rehabilitación.
- c) Depósito farmacéutico.
- d) Servicio de comidas.
- e) Atención especial en situaciones de crisis que no requieren hospitalización.
- f) Inspeccionar periódicamente los alimentos, dependencias, locales y actuaciones del personal.
- g) Vigilar el cumplimiento de las ordenanzas y reglamentos en la manipulación de alimentos cuidando de que el personal afectado disponga del preceptivo carnet de manipulador.
- h) La dotación y control del botiquín, que dispondrá de los específicos necesarios, bien señalados y estratégicamente situados.
- i) Estará resuelto el tema de la recogida de residuos sanitarios.
- j) Control y administración de los tratamientos indicados por el facultativo a los residentes que lo requieran
- k) Ocuparse de los posibles desplazamientos derivados de una indicación médica para favorecer el diagnóstico médico de los residentes, así como los desplazamientos de urgencia
- l) Llevar una ficha sanitaria, con la historia clínica de cada usuario, desde el reconocimiento de entrada, donde se anotarán las incidencias que vayan sucediendo. Así mismo, deberá vigilar el cumplimiento de las normativas habituales de declaración obligatoria de enfermedades transmisibles.

La principal normativa reguladora es la siguiente:

- - Decreto 12/1993, de 18 de febrero, sobre registro, autorización y acreditación de centros, servicios y entidades destinados a la prestación de Servicios Sociales.
- Orden de 26 de julio de 1994, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se desarrolla el registro y autorización de Entidades, Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.
- Decreto 27/1998, de 6 de marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos, de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja.
- Decreto 6/2000, de 4 de febrero, por el que se regula el Registro de Entidades, Centros y Servicios de Servicios Sociales.
- Orden 14/2000, de 25 de septiembre de 2000, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales por la que se establece el sistema de concesión de plaza en los servicios de estancias diurnas para personas mayores del Gobierno de La Rioja.
- Orden 6/2003, de 29 de mayo, de la Conserjería de Salud y Servicios Sociales, por la que se establece el sistema de ingreso en las residencias propias y concertadas para personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Orden 5/2005, de 4 de julio, de la Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales, por la que se aprueba el procedimiento de adjudicación de Plazas de Atención Diurna para Personas con Discapacidad en centros propios y concertados de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Orden 4/2007, de 16 de octubre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regula el procedimiento para la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia en la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Orden 5/2007, de 31 de octubre, de la Consejería de Servicios Sociales por la que se regulan las

- condiciones de acceso y la cuantía de las prestaciones económicas del Sistema Riojano para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Decreto 126/2007, de 26 de octubre, por el que se regula la Intervención Integral de la Atención Temprana en La Rioja.
- Decreto 131/2007, de 27 de diciembre, por el que se modifica el decreto 32/2005, de 29 de abril, por el que se crean y regulan las prestaciones para cuidadores de personas mayores dependientes.

4. INDICADORES DE ACTIVIDAD DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA

Como se ha señalado, entre los servicios de atención a domicilio para personas mayores se incluyen el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), el Servicio de Teleasistencia y otros recursos que facilitan la permanencia en el hogar, como: prestaciones monetarias de carácter público (prestaciones para ayuda a domicilio, la adecuación de la vivienda, ayudas técnicas y las ayudas a familias cuidadoras), y servicios de comidas a domicilio y lavandería.

La oferta existente actualmente se corresponde con servicios ofrecidos desde el sector público (con aportación pública en su financiación) gestionados, en su mayoría, por entidades de carácter privado bajo el sistema de concertación.

En el servicio de ayuda a domicilio el número de usuarios se sitúa, a enero de 2007, en 330.371 personas de 65 años o más. Esta cifra ha aumentado en el último año en casi 25.000 usuarios, lo que supone un incremento del 8% en la población a la que se da servicio. El índice de cobertura estatal se establece, por tanto, en 4,39% de promedio, es decir, algo más de cuatro personas mayores de cada cien son usuarias del SAD. Existen muchas diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas, oscilando la cifra de beneficiarios entre el 2% y el 10%. Las Comunidades Autónomas con mayor índice de cobertura de SAD son: Extremadura (10,0%), Castilla-La Mancha (7,25%) y la Comunidad de Madrid (6,62%). En el lado opuesto se sitúan: la Región de Murcia con un índice del 2,25%, seguida de Galicia y la Comunidad Valenciana con un 2,5% cada una de ellas.

Indicadores como la intensidad horaria, el coste y las características u orientación del servicio son imprescindibles en el análisis de esta prestación por Comunidades Autónomas. Así, el índice de intensidad horaria es otro dato altamente significativo en la diversidad interterritorial respecto a la oferta del SAD en nuestro país. Mientras que la media nacional se sitúa en 16,41 horas/mes/usuario, aproximadamente 4 horas semanales, existen Comunidades Autónomas que duplican esta media, como la Ciudad Autónoma de Melilla con 36 horas/mes/usuario, y otras que se sitúan a menos de la mitad, como es el caso de Navarra con 7,22 horas. Las Comunidades Autónomas con mayor intensidad horaria en este recurso son: Galicia con 25 horas/mes/usuario, Canarias (24 horas) y las Ciudades Autónomas de Ceuta (36 horas/mes/usuario) y Melilla (26 horas/mes/usuario). En la posición opuesta se encuentran Navarra, Andalucía y Aragón que no superan las 10 horas al mes de atención por usuario. Estas diferencias entre Comunidades Autónomas en la intensidad horaria de la prestación del SAD tienen siempre que analizarse teniendo en consideración dos factores imprescindibles que hacen referencia al coste y a las características de la ayuda. El bajo índice de cobertura de algunas Comunidades Autónomas viene explicado a la hora de complementar esta información con el precio público de este servicio y el porcentaje de ayuda dedicada al cuidado personal, algo que está directamente relacionado con la calidad de la atención.

El precio público del SAD se sitúa como media nacional en 12,79 euros/hora/usuario, existiendo diferencias significativas entre las Comunidades Autónomas. Estas diferencias aportan una idea bastante realista sobre la desigualdad de la atención dispensada. Las Comunidades Autónomas con precios públicos más elevados son: Navarra (30 euros/hora/servicio) y la ciudad autónoma de Melilla (20,09 euros/hora), frente a Extremadura y Cantabria con precios que no superan los 8 euros/hora. Esta diferencia de más de un 300% en el precio hora, evidencia la distinta concepción, naturaleza, tipología y calidad del servicio que, sin lugar a dudas, trasciende a las características socioeconómicas propias de cada Comunidad.

En cuanto a la distribución de las tareas que realiza el SAD, destacar el paulatino aumento del porcentaje de tiempo en la ayuda dedicado a cuidados personales, que alcanza en 2007 un 47% de media nacional. Sin embargo, todavía más de la mitad de la ayuda prestada en el SAD se destina a las tareas domésticas. Las Comunidades Autónomas en las que el mayor porcentaje de horas se dedica a tareas de cuidado son Baleares y Cataluña, con un 84% y un 72%, respectivamente. Mientras que Comunidades Autónomas como Canarias, Extremadura y la Ciudad Autónoma de Ceuta no llegan a invertir en tiempo de cuidados más del 25%.

La evolución del servicio de ayuda a domicilio en los últimos cinco años (período 2002-2007) refleja la intención política de impulsar este tipo de recursos como base de los servicios sociales futuros. Así, entre 2002 y 2007 ha aumentado el número de usuarios del SAD en 133.065 personas, pasando de un 2.75 a un 4.39% en los índices de cobertura. Sin duda, el SAD es uno de los servicios sociales que mayor impulso necesita desde las Administraciones Públicas, especialmente porque todavía está lejos de conseguirse una ratio óptima para afrontar las necesidades de la dependencia.

En el Servicio Público de Teleasistencia la asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad y aislamiento, se constituye como una prestación básica de la dependencia, como servicio domiciliario complementario a la ayuda a domicilio.

En enero de 2007 el número de usuarios atendidos por este servicio público era de 330.071. El índice de cobertura nacional se sitúa en el promedio de 4.38%. En algunas Comunidades Autónomas su accesibilidad es universal para todas las personas octogenarias y/o las personas que viven en soledad. Así, las Comunidades Autónomas con mayores índices de cobertura son: Madrid (10.46%), Castilla-La Mancha (7.91%), Aragón y Navarra (con 5.58 y 5.39% de cobertura). Por otro lado, con los índices más bajos se sitúan: Galicia, Canarias y La Rioja que no superan en ninguno de los casos el 2%.

El precio público por usuario muestra la desigualdad territorial existente en este servicio. Mientras que la media nacional se establece en 260,6 euros anuales, hay Comunidades Autónomas que destacan por un aumento de esa cifra hasta los 465,30 euros / año de La Rioja o los 383,87 euros/ año de Galicia, y en otras se reduce, como en Aragón con 180 euros al año o en Navarra con 163,03 euros / año por usuario.

En los últimos años el servicio de Teleasistencia ha tenido un enorme desarrollo, triplicándose la cifra global de beneficiarios respecto a 2002. Así, la tasa de cobertura ha pasado de 1.45% a 4.38%, con un incremento de casi 3 puntos. El precio público del Servicio Público de Teleasistencia ha ascendido también en un 6.7%, pasando de 244,21 euros al año en 2002 a 260,57 en 2007. En la actualidad este servicio se ha complementado ofre-

ciendo cada vez más posibilidades y más variados recursos; en muchos casos no sólo se trata de un dispositivo de alarma ante caídas u otro tipo de emergencias, si no que se ofrece seguimiento de medicación, nutricional, diagnóstico y hasta pequeños acompañamientos. No obstante, a pesar de este importante aumento hay que decir que se trata de un servicio aún bastante desaprovechado para avanzar en la atención integral de personas mayores en situaciones de dependencia o soledad.

El resto de Servicios de Atención Domiciliaria, como el servicio de Comidas y Lavandería a domicilio y las prestaciones económicas para la adaptación de la vivienda, las ayudas técnicas o para las familias cuidadoras, constituyen un complemento esencial a los principales servicios de atención domiciliaria (SAD y teleasistencia). Una característica constante en todos los recursos sociales y que también se ve reflejada en estos servicios es la enorme dispersión y diferencias entre territorios. Son servicios que, en primer lugar, no se prestan en todas y cada una de las Comunidades, el número de usuarios, en aquellas que los llevan a cabo, es muy diferente entre sí, y más distinto aún es el gasto que suponen (euros/año/usuario).

Los servicios de atención diurna están constituidos por Hogares y Clubes para personas mayores y Centros de Día para personas mayores dependientes. Los primeros no se integran en la red de recursos que configura la Ley 39 al no tener una finalidad de apoyo o ayuda a personas en situación de dependencia, pero tienen una gran importancia para la vida cotidiana de muchas personas mayores, ya que aunque están destinados fundamentalmente a promover las relaciones sociales entre las personas mayores y proporcionar apoyo a su participación, mediante la organización de actividades para la ocupación del tiempo libre, el ocio y la cultura, también ofrecen información acerca de la solicitud y acceso a diferentes servicios sociales.

Los Centros de Día para Personas Mayores en situación de dependencia presentan una gran variedad de recursos con distintos grados de especialización que ofrecen servicios muy diferenciados. Estas grandes diferencias no sólo responden a la diversidad que presentan las situaciones de dependencia (personas con problemas de movilidad, personas con deterioro cognitivo y/o disminución de la capacidad funcional, etc.) sino, y sobre todo, a los diferentes enfoques sanitarios, rehabilitadores, asistenciales, o sociosanitarios e integrales, que se han venido estableciendo en la atención social de la vejez y que presentan diferencias territoriales significativas.

En enero de 2007, el número total de plazas diurnas para personas mayores en situación de dependencia era de 55.067, repartidas en 2.112 centros, públicos y privados. Esto supone un incremento importante respecto a enero de 2005 (39.568 plazas y 1.703 centros), observándose una elevación del índice de cobertura de 0,54% a 0,73% en sólo dos años. La gestión y titularidad de los centros de día es predominantemente privada, mientras que la financiación de las plazas es, en el 64% de los casos, pública. Sin embargo, este modelo no se repite en todas las Comunidades Autónomas, habiendo algunas, como Asturias, en las que el sector público acapara la mayoría de la gestión de los centros y plazas; mientras que en otras, la distribución entre el sector público y privado es más equitativa.

El precio público de una plaza de centro de día se sitúa, por término medio, en torno a los 7.800 euros anuales, si bien existen importantes diferencias entre unas Comunidades Autónomas y otras, consecuencia de las discrepancias existentes entre la propia concepción del recurso y sus distintos niveles de profesionalización, servicios prestados y calidad. La Comunidad con el precio público más elevado es la del País Vasco, con un precio anual de cada plaza que supone casi el doble de la media del Estado: 14.165 euros. Por su parte, Murcia y Navarra ofrecen los precios más bajos, inferiores a los 5.000 euros / año / plaza.

Igualmente, el País Vasco es la Comunidad Autónoma con un precio de concertación más elevado; 13.539,9 euros/ año/ plaza. A continuación le sigue Navarra aunque a una considerable distancia (9.183,8 €). Los precios más bajos se encuentran en Murcia y Galicia, ambos por debajo de 6.000 €/año (4.460,3 € y 5.149,4 €, respectivamente) y el resto se sitúa entre 6.000 y 8.900 euros anuales por plaza.

Desde el año 2002, la oferta de centros y plazas de atención diurna para personas mayores en situación de dependencia ha experimentado un incremento considerable. En este período el número total de plazas casi se ha triplicado, pasando de 18.819 a 55.067. Es de destacar el crecimiento que han experimentado las plazas concertadas respecto al total, pasando de un 15,8% a un 24,9%; esta casi duplicación, responde a una extensiva y generalizada política de mayor financiación pública de los recursos de titularidad privada.

Los Servicios de Atención Residencial dirigidos a las personas mayores ofrecen, en centros de carácter abierto, una atención integral, individual, especializada y continuada, además de alojamiento y manutención, en régimen permanente o temporal, y en numerosas ocasiones, una atención sociosanitaria completa.

Entre estos servicios se encuentran los siguientes recursos:

- a) Los centros residenciales.
- b) El sistema público de estancias temporales
- c) Los sistemas alternativos de alojamiento: viviendas tuteladas, servicio público de acogimiento familiar, apartamentos residenciales, etc.

La atención a las personas mayores en situación de dependencia se desarrolla en centros residenciales habilitados al efecto, según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona, a través de un plan de cuidados establecido con pleno respeto a la voluntad y capacidad de decisión de la persona mayor, a través de una intervención multiprofesional integrada en un plan general de intervención.

En enero de 2007, la oferta de centros residenciales en España es de 5.213, con un total de 311.730 plazas. Esto significa que algo más de 4 de cada 100 personas de 65 años o más, dispone de una plaza residencial. La oferta de plazas privadas es superior a la pública y la distribución de estas no es homogénea por Comunidades Autónomas.

La elevada edad de los residentes explica el alto índice de dependencia (69%), especialmente en las Comunidades Autónomas de País Vasco y Aragón, con cifras del 88% y el 80% respectivamente, mientras que en Madrid y Baleares este índice es inferior al 50%.

Como se ha señalado la titularidad y gestión de los centros residenciales son mayoritariamente privadas. El 76% de los centros son de titularidad privada y gestionan el 77% de las plazas (privadas vs concertadas). De las plazas gestionadas por el sector privado, la mayoría son plazas financiadas por las aportaciones de los usuarios a precio de mercado. Al igual que en los centros de día, no existe un modelo único de titularidad y financiación en los centros residenciales, de manera que hay Comunidades Autónomas que no coinciden con el criterio general señalado. Por ejemplo, en Extremadura, tanto la titularidad de los centros como la financiación de las plazas son mayoritariamente públicas.

Respecto al tamaño de los centros, que condiciona enormemente la forma de vida y la calidad de muchos servicios prestados, el 84% de los centros tiene menos de 100 plazas, predominando los centros con menos de 50 plazas, que son el 57% del total.

Las casi 170.000 plazas privadas tienen, sin embargo, un índice de ocupación muy variado y, generalmente, inferior al 100%, mientras que la oferta de plazas de financiación pública resulta insuficiente y se caracteriza por un elevado número de solicitudes de ingreso y largas listas de espera.

Por Comunidades Autónomas, las dos Castillas son las que tienen un índice de cobertura mayor, superando las 6 plazas por cada 100 personas mayores. Castilla y León presenta una cobertura de 6,56%. Sin embargo, muchas de estas plazas son privadas; es la Comunidad que presenta la cobertura de plazas privadas más amplia (4,40%). Por el contrario, en Castilla-La Mancha es donde encontramos un mayor índice de cobertura en plazas de financiación pública (plazas estrictamente públicas □ concertadas). En el otro extremo, destacan Ceuta, Galicia, Andalucía, Melilla, Baleares y Murcia cuyos índices de cobertura no llegan al 3%.

Del total de las plazas residenciales, el 73,02%, están dirigidas a cubrir las necesidades de personas mayores en situación de dependencia. Es de señalar el caso de Canarias donde la totalidad de las plazas residenciales financiadas con dinero público es para cubrir esta situación, lo que viene a avalar la prioridad concedida a la dependencia.

El peso relativo de la oferta pública y privada en el ámbito de la dependencia varía de unas Comunidades a otras, teniendo primacía en algunas el sector público (País Vasco y Cantabria). Aunque la información disponible sobre las plazas destinadas a la dependencia ha mejorado sensiblemente respecto a la de años anteriores, todavía quedan lagunas importantes que subsanar.

El precio de una plaza en una residencia varía mucho según diversos factores: el tipo de plaza, su financiación pública o privada y sus características. Las diferencias encontradas entre las Comunidades Autónomas constituyen un indicio de la falta de homogeneidad en los modelos de atención y, por tanto, en las prestaciones ofrecidas a los usuarios.

En estos últimos cinco años la oferta de plazas residenciales ha pasado de 239.761 a 311.730, lo que supone un crecimiento interanual de 14.400 plazas. Destaca el incremento que han experimentado las plazas concertadas, que en términos absolutos casi se han duplicado y en términos relativos han pasado de representar el 16% del total de plazas en 2002, al 22% en 2007. En este período se han abierto 621 nuevos centros públicos, mientras que han desaparecido 208 centros de titularidad privada lo que, sin embargo, no ha supuesto en absoluto un retroceso en la oferta de plazas privadas. En cuanto al tamaño de los centros, el sector público muestra una marcada preferencia por los pequeños, ya que mientras que en 2002 el número medio de plazas de sus centros era de 96, en 2007 se ha reducido a un promedio de 58 plazas. Por el contrario, los centros de titularidad privada están creciendo de tamaño y han pasado de tener una media de 43 plazas en 2002 a 60 en 2007.

Las estancias temporales en centros residenciales forman parte de los servicios intermedios que prestan atención, en período de corta estancia, a personas mayores que viven habitualmente en su domicilio. Además de ofrecer la posibilidad de participar en programas de rehabilitación o vacaciones, cumplen también una función de respiro para las familias cuidadoras, procurándoles un tiempo para disfrutar de unas vacaciones o cualquier otra actividad de descanso.

Los datos disponibles hacen referencia a una oferta de 559 centros que tienen 3.818 plazas de estancia temporal. Existe una gran diferencia entre las Comunidades Autónomas también en este servicio, de manera que en Castilla-La Mancha se registran 1.833 plazas, mientras que en Cantabria cuenta con 2 plazas.

Finalmente, bajo el término de Sistemas Alternativos de Alojamiento se recoge un amplio y variado conjunto de servicios que ofrecen atención residencial en un entorno normalizado a las personas mayores, como alternativa a los centros residenciales. Entre los servicios que se incluyen destacan las viviendas tuteladas, los apartamentos residenciales y el acogimiento familiar. Actualmente se dispone de información poco precisa acerca de este tipo de recursos, ya que la disparidad en la implantación de los sistemas alternativos de alojamiento entre las Comunidades Autónomas dificulta su análisis comparativo y la obtención de resultados globales.

Tabla 1. Principales indicadores de atención social

	2007	PLAZAS	PRECIO PÚBLICO		CONCERTADO
Servicio Público de Ayuda a Domicilio		330.371	208,47 €	12,79 €/hora	
Servicio Público de Teleasistencia		330.071	21,71 €		
Socios Hogares y Clubs para personas mayores		3.551.934			
Plazas en centros de día para dependientes		55.067	652,68 €		
Plazas en centros residenciales		311.730			1.233,55 €
Plazas para dependientes		193.422			1.422,02 €

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 2. Evolución de indicadores del SAD

SAD	2002	2007	ÍNDICE
Población >65	7.269.439	7.529.879	104
Indicadores			
Nº de usuarios	197.306	330.371	167
Indice de cobertura	2,75	4,39	160
Precio Pub/hora(Euros)	9,50 €	12,79 €	135

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 3. Evolución de indicadores de teleasistencia

TELEASISTENCIA	2002	2007	ÍNDICE
Población >65	7.269.439	7.529.879	104
Indicadores			
Nº de usuarios	104.313	330.071	316
Indice de cobertura	1,45	4,38	302
Precio Pub/hora(Euros)	244,21 €	260,57 €	107

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 4. Evolución de indicadores de hogares y clubs de mayores

HOGARES Y CLUBS	2002	2007	ÍNDICE
Población >65	7.269.439	7.529.879	104
Indicadores			
Nº de usuarios	2.684.634	3.551.934	132
Indice de cobertura	37,45	47,17	126
Nº de centros	2.115	4.402	208

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 5. Evolución de indicadores de centros de día

CENTROS DE DÍA	2002	2007	ÍNDICE
Población >65	7.269.439	7.529.879	104
Indicadores			
Nº Total Plazas	18.819	55.067	293
Plazas Públicas	7.391	21.626	293
Plazas Concertadas	2.969	13.731	462
Plazas Privadas	8.459	19.710	233
Nº total centros	964	2.112	219
Centros T.Pública	340	736	216
Centros T.Privada	624	1.376	221
Indice de cobertura			
Total Plazas	0,26	0,73	281
Públicas+Concert	0,14	0,47	336
Plazas Privadas	0,12	0,26	217

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 6. Evolución de indicadores de centros residenciales

RESIDENCIAS	2002	2007	ÍNDICE
Población >65	7.269.439	7.529.879	104
Indicadores			
Nº Total Plazas	239.761	311.730	130
Plazas Públicas	61.374	73.116	119
Plazas Concertadas	37.855	68.706	181
Plazas Privadas	140.532	169.908	121
Nº total centros	4.800	5.213	109
Centros Titularidad Pública	640	1.261	197
Centros Titularidad Privada	4.160	3.952	95
Indice de cobertura			
Total Plazas	3,34	4,14	124
Pl.Púb+ Concertadas	1,38	1,88	136
Pl.Privadas	1,96	2,26	115
Nº Plazas/centro			
Total Plazas/Centro	50	60	120
Plazas/Centro Tit. Pública	96	58	60
Plazas/Centro Tit. Privada	43	60	140

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 7. Usuarios de servicios sociales por Comunidades Autónomas

A enero 2007	USUARIOS			POBLACIÓN 2007
	SAD (%)	Teleasistencia (%)	Socios hogares (%)	>65 (%)
Andalucía	11,6	16,4	19,8	15,7
Aragón	3,4	4,4	7,3	3,5
Asturias	2,8	2,1	2,5	3,1
Baleares	1,5	1,5	5,8	1,9
Canarias	2,5	1,0	7,3	3,3
Cantabria	1,0	1,6	0,4	1,4
Castilla y León	7,8	5,8	4,1	7,6
Castilla-La Mancha	7,9	8,7	3,2	4,8
Cataluña	17,3	10,8	12,2	15,7
C.Valenciana	6,0	7,9	6,5	10,5
Extremadura	6,3	1,9	0,8	2,7
Galicia	4,5	2,0	2,3	7,9
Madrid	17,5	27,7	3,6	11,6
Murcia	1,3	1,5	5,9	2,5
Navarra	1,1	1,7	3,9	1,4
País Vasco	6,5	4,3	10,9	5,3
La Rioja	0,8	0,3	3,5	0,8
Ceuta	0,1	0,1	0,0	0,1
Melilla	0,1	0,1	0,1	0,1
España	100	100	100	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 8. Oferta de centros de día por Comunidades Autónomas

A enero 2007	CENTROS DE DÍA DEPENDIENTES		
	Públicos (%)	Privados (%)	Totales (%)
Andalucía	7,0	93,0	100
Aragón	50,0	50,0	100
Asturias	72,3	27,7	100
Baleares	68,6	31,4	100
Canarias	46,9	53,1	100
Cantabria	7,4	92,6	100
Castilla y León	39,5	60,5	100
Castilla-La Mancha	75,3	24,7	100
Cataluña	23,5	76,5	100
C.Valenciana	37,7	62,3	100
Extremadura	86,8	13,2	100
Galicia	13,9	86,1	100
Madrid	38,7	61,3	100
Murcia	67,4	32,6	100
Navarra	10,3	89,7	100
País Vasco	64,9	35,1	100
La Rioja	50,0	50,0	100
Ceuta	50,0	50,0	100
Melilla	50,0	50,0	100
España	34,8	65,2	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 9. Oferta de plazas de centros de día por Comunidades Autónomas

A enero 2007	PLAZAS CENTROS DE DÍA DEPENDIENTES			Totales (%)
	Públicas (%)	Concertadas (%)	Privadas (%)	
Andalucía	21,3	71,7	7,1	100
Aragón	31,2	9,0	59,8	100
Asturias	77,3	0,0	22,7	100
Baleares	56,2	10,9	32,9	100
Canarias	81,7	4,0	14,2	100
Cantabria	8,4	85,2	6,4	100
Castilla y León	35,6	11,7	52,7	100
Castilla-La Mancha	61,3	17,9	20,8	100
Cataluña	30,1	13,3	56,6	100
C.Valenciana	49,4	22,4	28,1	100
Extremadura	84,4	0,0	15,6	100
Galicia	11,9	12,8	75,3	100
Madrid	33,9	33,1	33,0	100
Murcia	69,4	3,3	27,3	100
Navarra	35,3	22,8	41,9	100
País Vasco	49,2	35,8	15,0	100
La Rioja	38,6	19,3	42,1	100
Ceuta	44,4	55,6	0,0	100
Melilla	49,0	36,7	14,3	100
España	39,3	24,9	35,8	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 10. Proporción de plazas de centros de día por Comunidades Autónomas

A enero 2007	PLAZAS CENTROS DE DÍA DEPENDIENTES			Totales (%)	POBLACIÓN 2007
	Públicas (%)	Concertadas (%)	Privadas (%)		>65 (%)
Andalucía	5,7	30,3	2,1	10,5	15,7
Aragón	2,4	1,1	5,0	3,0	3,5
Asturias	4,3	0,0	1,4	2,2	3,1
Baleares	1,9	0,6	1,2	1,3	1,9
Canarias	7,9	0,6	1,5	3,8	3,3
Cantabria	0,3	4,1	0,2	1,2	1,4
Castilla y León	5,1	2,6	8,3	5,6	7,6
Castilla-La Mancha	6,6	3,0	2,5	4,2	4,8
Cataluña	16,4	11,4	33,8	21,4	15,7
C.Valenciana	14,9	10,7	9,3	11,9	10,5
Extremadura	5,1	0,0	1,0	2,4	2,7
Galicia	1,7	2,9	12,0	5,7	7,9
Madrid	14,9	22,8	15,9	17,2	11,6
Murcia	4,3	0,3	1,9	2,5	2,5
Navarra	0,7	0,7	0,8	0,7	1,4
País Vasco	7,2	8,2	2,4	5,7	5,3
La Rioja	0,5	0,4	0,6	0,5	0,8
Ceuta	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
Melilla	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
España	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 11. Precios en centros de día por Comunidades Autónomas

PRECIO/AÑO	CENTROS DE DÍA DEPENDIENTES		
	Público Euros	Copago (%)	Concertado Euros
A enero 2007			
Andalucía			8.097
Aragón		25,00	8.742
Asturias	5.219	20,00	
Baleares	11.050	32,00	8.899
Canarias	8.680	10,00	
Cantabria	8.287	0-100	8.287
Castilla y León		25,00	7.020
Castilla-La Mancha		30,00	6.786
Cataluña	6.210	17,00	
C.Valenciana	6.427	32,00	8.793
Extremadura	6.000	25,00	6.000
Galicia	5.149	50,00	5.149
Madrid	11.514	11,40	8.741
Murcia	4.273	35,00	4.460
Navarra	4.731		9.184
País Vasco	14.165	21,00	13.540
La Rioja	7.477		
Ceuta	7.500	25,00	
Melilla	10.800	25,00	
España	7.832		

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 12. Proporción de centros residenciales por Comunidades Autónomas

	CENTROS RESIDENCIALES POR TITULARIDAD		
	Públicos (%)	Privados (%)	Totales (%)
A enero 2007			
Andalucía	52,7	47,3	100
Aragón	23,9	76,1	100
Asturias	14,0	86,0	100
Baleares	46,7	53,3	100
Canarias	28,7	71,3	100
Cantabria	8,0	92,0	100
Castilla y León	24,4	75,6	100
Castilla-La Mancha	31,1	68,9	100
Cataluña	13,2	86,8	100
C.Valenciana	17,8	82,2	100
Extremadura	65,5	34,5	100
Galicia	14,1	85,9	100
Madrid	12,1	87,9	100
Murcia	22,0	78,0	100
Navarra	33,8	66,2	100
País Vasco	21,5	78,5	100
La Rioja	34,5	65,5	100
Ceuta	33,3	66,7	100
Melilla	50,0	50,0	100
España	24,2	75,8	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 13. Tamaño de centros residenciales por Comunidades Autónomas

A enero 2007	CENTROS RESIDENCIALES POR DIMENSIÓN				Total (%)
	<50 plazas (%)	50-100 (%)	100-150 (%)	>150 (%)	
Andalucía	62,8	26,5	6,6	4,1	100
Aragón	61,8	27,0	6,8	4,4	100
Asturias	73,3	18,6	3,6	4,5	100
Baleares	51,1	28,9	4,4	15,6	100
Canarias	73,8	14,6	4,3	7,3	100
Cantabria	40,0	30,0	12,0	18,0	100
Castilla y León	61,1	21,1	9,2	8,6	100
Castilla-La Mancha	44,7	34,1	12,3	8,9	100
Cataluña	67,0	27,8	3,7	1,6	100
C.Valenciana	36,6	35,0	22,7	5,7	100
Extremadura	58,9	20,8	5,6	14,7	100
Galicia	54,9	23,5	8,2	13,3	100
Madrid	40,6	29,1	11,1	19,2	100
Murcia	24,0	44,0	22,0	10,0	100
Navarra	43,7	33,8	5,6	16,9	100
País Vasco	65,0	19,3	10,3	5,5	100
La Rioja	37,9	31,0	6,9	24,1	100
Ceuta	0,0	100,0	0,0	0,0	100
Melilla	50,0	50,0	0,0	0,0	100
España	58,0	26,3	8,2	7,5	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 14. Proporción de plazas de centros residenciales por Comunidades Autónomas

A enero 2007	Nº PLAZAS CENTROS RESIDENCIALES			Total (%)	%DEPENDIENTES
	Públicas (%)	Concertadas (%)	Privadas (%)		Pub+concertadas (%)
Andalucía	12,6	26,1	61,3	100	100,0
Aragón	35,4	2,9	61,7	100	61,7
Asturias	30,9	6,7	62,5	100	67,0
Baleares	50,3	0,5	49,1	100	45,3
Canarias	20,3	11,6	68,1	100	100,0
Cantabria	11,3	44,2	44,5	100	85,0
Castilla y León	27,8	5,1	67,2	100	74,2
Castilla-La Mancha	28,1	18,8	53,1	100	75,7
Cataluña	17,6	25,6	56,9	100	97,9
C.Valenciana	20,0	45,7	34,3	100	91,8
Extremadura	52,5	8,5	39,0	100	50,7
Galicia	24,8	23,6	51,6	100	71,1
Madrid	22,4	26,2	51,4	100	80,4
Murcia	19,5	21,1	59,4	100	65,4
Navarra	24,5	17,0	58,4	100	47,2
País Vasco	23,8	40,0	36,2	100	56,7
La Rioja	17,4	22,1	60,5	100	81,2
Ceuta	29,3	25,0	45,7	100	46,1
Melilla	44,6	42,1	13,4	100	79,4
España	23,5	22,0	54,5	100	80,4

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 15. Peso relativo de plazas de centros residenciales según tipo de gestión por Comunidades Autónomas

A enero 2007	Nº PLAZAS CENTROS RESIDENCIALES			Total (%)	POBLACIÓN >65 (%)
	Públicas (%)	Concertadas (%)	Privadas (%)		
Andalucía	5,5	12,2	11,6	10,3	15,7
Aragón	7,4	0,6	5,5	4,9	3,5
Asturias	4,1	0,9	3,6	3,1	3,1
Baleares	2,7	0,0	1,1	1,2	1,9
Canarias	3,1	1,9	4,5	3,6	3,3
Cantabria	0,7	3,0	1,2	1,5	1,4
Castilla y León	14,2	2,7	14,8	12,0	7,6
Castilla-La Mancha	8,3	5,9	6,8	7,0	4,8
Cataluña	13,1	20,3	18,2	17,5	15,7
C.Valenciana	7,0	17,0	5,2	8,2	10,5
Extremadura	6,8	1,2	2,2	3,0	2,7
Galicia	4,9	4,9	4,3	4,6	7,9
Madrid	13,1	16,3	13,0	13,7	11,6
Murcia	1,5	1,7	1,9	1,8	2,5
Navarra	1,9	1,4	1,9	1,8	1,4
País Vasco	4,9	8,8	3,2	4,9	5,3
La Rioja	0,6	0,9	1,0	0,9	0,8
Ceuta	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Melilla	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
España	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 16. Precios de plazas de centros residenciales por Comunidades Autónomas

A enero 2007	PRECIOS EN PLAZAS PÚBLICAS Y CONCERTADAS	NO DEPENDIENTE	CONCERTADO DEPENDIENTE		
		Público Euros	Concertado Euros	Dependiente Euros	Psicogeriatrica Euros
Andalucía			8.833	16.308	20.900
Aragón		14.505	8.741	15.841	25.433
Asturias		12.257	12.257		
Baleares		21.266		15.075	15.075
Canarias		17.520			
Cantabria				15.896	21.030
Castilla y León			13.320	13.320	18.720
Castilla-La Mancha			16.378		
Cataluña		17.052			23.021
C.Valenciana		17.580	14.278	15.803	17.271
Extremadura		7.964	15.817	15.817	15.817
Galicia		19.500	14.600	14.994	15.790
Madrid		25.714	12.538	19.542	20.057
Murcia		14.498	14.498	14.498	15.264
Navarra		7.043		19.218	17.220
País Vasco		34.211	27.171	28.585	28.648
La Rioja		12.451	18.308	18.308	23.550
Ceuta			15.695	15.695	
Melilla		16.720			
España		17.020	14.803	17.064	19.842

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 17. Proporción de plazas de centros de día según titularidad y gestión

Centros de día	Nº	(%)	(%)	(%)
Total	2.030	100		
Centros de día (gestión)	1.071	53	100	
Gestión pública	70	3,4	6,5	
Gestión privada	992	48,9	92,6	
Gestión mixta/concertada u otra	9	0,4	0,8	
Centros de día (titularidad)	1.757	86,6	100	
Privadas	781	38,5	44,5	100
Gestión pública	2	0,1	0,1	0,3
Gestión privada	778	38,3	44,3	99,6
Gestión mixta/concertada u otra	1	0,0	0,1	0,1
Privadas sfl	100	4,9	5,7	100
Gestión pública	2	0,1	0,1	2,0
Gestión privada	97	4,8	5,5	97,0
Gestión mixta/concertada u otra	1	0,0	0,1	1,0
Públicas	876	43,2	49,9	100
Estatales	0	0,0	0,0	0,0
Autonómicas	421	20,7	24,0	48,1
Gestión pública	31	1,5	1,8	3,5
Gestión privada	27	1,3	1,5	3,1
Gestión mixta/concertada u otra	5	0,2	0,3	0,6
Provinciales	33	1,6	1,9	3,8
Gestión pública	4	0,2	0,2	0,5
Gestión privada	24	1,2	1,4	2,7
Gestión mixta/concertada u otra	0	0,0	0,0	0,0
Locales	422	20,8	24,0	48,2
Gestión pública	30	1,5	1,7	3,4
Gestión privada	62	3,1	3,5	7,1
Gestión mixta/concertada u otra	2	0,1	0,1	0,2

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

Tabla 18. Proporción de plazas de residencias según titularidad y gestión

RESIDENCIAS	Nº	%	%	%	%
Residencias (gestión)	4.446	100%			
Concertadas	1.695	38,1%			
No concertadas	2.751	61,9%			
Residencias (titularidad)	4.289	96,5%	100%		
Privadas	2.972	66,8%	69,3%	100%	
Concertadas	1.132	25,5%	26,4%	38%	
No concertadas	1.840	41,4%	42,9%	62%	
Privadas sfl	421	9,5%	9,8%	100%	
Concertadas	136	3,1%	3,2%	32%	
No concertadas	285	6,4%	6,6%	68%	
Públicas	896	20,2%	20,9%	100%	
Estatales	3	0,1%	0,1%	0,3%	100%
Concertadas	1	0,0%	0,0%	0,1%	33,3%
No concertadas	2	0,0%	0,0%	0,2%	66,7%
Autonómicas	301	6,8%	7,0%	33,6%	100%
Concertadas	87	2,0%	2,0%	9,7%	28,9%
No concertadas	214	4,8%	5,0%	23,9%	71,1%
Provinciales	58	1,3%	1,4%	6,5%	100%
Concertadas	13	0,3%	0,3%	1,5%	22,4%
No concertadas	45	1,0%	1,0%	5,0%	77,6%
Locales	534	12,0%	12,5%	59,6%	100%
Concertadas	319	7,2%	7,4%	35,6%	59,7%
No concertadas	215	4,8%	5,0%	24,0%	40,3%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social y elaboración propia

**Valoración del coste de la
dependencia en España según las
horas de cuidado recibidas.
Simulación de alternativas de
financiación a partir de los datos
SHARE 2004.**

2

1. INTRODUCCIÓN

La exposición de motivos de Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (a la que nos referiremos en adelante como ley de dependencia) expone un panorama del que podrían resaltarse los siguientes rasgos característicos:

- a) Envejecimiento de la población española. En los últimos 30 años se ha duplicado la cifra de población mayor de 65 años, pasando de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7% de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6%).
- b) Se añade además el fenómeno del envejecimiento, debido a que el colectivo de población con edad superior a 80 años se ha duplicado en sólo veinte años.
- c) Cuanto mayor es la edad de un individuo, mayor es la probabilidad de que presente alguna discapacidad (más del 32% de las personas mayores de 65 años muestran alguna discapacidad, siendo este porcentaje solamente del 5% para el resto de la población).
- d) Además de la dependencia que se deriva de la vejez, deben añadirse otras circunstancias como los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y, también, por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral.

La exposición de motivos de la ley de dependencia reconoce que la atención al colectivo de dependientes constituye un “reto ineludible”, y también que la situación ha sido asumida hasta ahora por las familias mediante el “apoyo informal”, recayendo especialmente sobre las mujeres las tareas del cuidado de los dependientes. Los cambios en la estructura de la familia tradicional (familias sin descendencia, ruptura de los lazos familiares, incorporación de la mujer al mercado laboral) hacen plantear al sector público una solución a la situación en la que cada vez hay más personas a las que cuidar y menos personas dispuestos a asumir los cuidados.

En el artículo 3 de la ley, en su apartado m), está prevista la participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia. Esta circunstancia unida al hecho de que la ley de dependencia está aprobada desde 2006 pero se ha instrumentado poco en la práctica a día de hoy, constituyen un entorno ideal para la presentación de este trabajo, en el que se propondrán alternativas de instrumentación en el marco PPP (Participación Pública Privada).

Cualquier propuesta debe ser realista para su aplicabilidad en un entorno particular, por ello, en este trabajo se realizará un análisis empírico que comprende la descripción de la situación actual de la dependencia en España a partir de estudios previos y de la explotación de los microdatos del SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe), así como la utilización de los datos para plantear escenarios de actuación realistas.

Si bien la idea de la PPP implica el que se involucren sector público y privado a la hora de prestar un servicio, dicha participación se puede producir en términos monetarios o en especie, es decir, se pueden prestar servicios por parte de instituciones privadas que tradicionalmente ha prestado el sector público, o bien se puede implicar a los dependientes mediante una participación monetaria, en cuyo caso se estaría considerando el copago.

2. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Uno de los grandes retos al que se enfrentan los países de la UE, entre ellos España, es el envejecimiento de su población. Las cuestiones demográficas determinan muchos otros aspectos en un país. España, al igual que los países de su entorno, experimentó un baby boom y las generaciones procedentes de este fenómeno representan un tercio del total actual. El baby boom se presentó con diez años de retraso con respecto al resto de países, por lo que las consecuencias a largo plazo del mismo se pueden anticipar en la observación de los países vecinos. Cuando todas estas generaciones se conviertan en personas mayores provocarán un difícil reto para los poderes públicos, por lo que las soluciones a problemas que todavía no se han planteado se reflexionan ya. Pero no hace falta esperar a que estas generaciones se hagan mayores, el envejecimiento se caracteriza por el incremento de la longevidad y por la existencia de unas muy bajas tasas de fecundidad, lo que convierte a la española en una de las sociedades más envejecidas entre el conjunto de países avanzados. En España ya sucede que el envejecimiento, que tiene su origen positivo en el alargamiento de la vida, plantea retos y problemas que deben asumirse con cierta urgencia. La esperanza de vida al nacer prácticamente se ha duplicado entre el principio y el final del siglo XX, partiendo de un nivel inferior a 35 años para hombres y mujeres en 1900 y superando los 75 años para los hombres y los 80 para las mujeres en 1999. Según datos del IMSERSO (2002), este alargamiento de la vida ha generado que durante el siglo pasado, la población de mayores creciera más que la de ningún otro grupo. Desde principios del siglo XX en que las personas de más de 65 años no llegaban ni a un millón, a finales del siglo pasado rozaron los 7 millones, y se estima que en 2050 serán más de 12 millones. Los octogenarios se multiplicaron por 12 en ese mismo período: de 115.000 a 1,5 millones y se estima que superarán los cuatro millones en 2050. Las tasa de fecundidad en España se sitúa en 2007 en 1,37, que si bien supone un incremento con respecto a los valores ínfimos de años anteriores, se sitúa muy por debajo del 2,1 necesario para mantener la reposición. Desde que en 1981 se situase por debajo de la tasa de reposición, el descenso ha sido tal que ha llegado a mostrar los niveles más bajos mundiales. Cuando hay menos niños, el peso de los mayores se incrementa, por lo que también la evolución de la fecundidad contribuye en nuestro país a un escenario de envejecimiento.

Las variables demográficas condicionan en gran medida el gasto público percibido por los mayores. Las pensiones de jubilación y el gasto sanitario se multiplican con el envejecimiento, mientras que su sostenibilidad se dificulta por el menor número de contribuyentes activos. Ello se debe al sistema de reparto utilizado en nuestro país, donde el gasto público de un momento se financia con las aportaciones de los contribuyentes de ese mismo momento. El gasto sanitario público en España es muy demandado (y muy bien valorado) por los mayores españoles, que en porcentajes inferiores al 5% cuentan con seguros privados sanitarios. Las pensiones de jubilación son eminentemente públicas, ya que los sistemas complementarios privados solamente han comenzado a proliferar cuando se ha cobrado conciencia del potencial problema de sostenibilidad de las mismas, lo que se ha producido de forma reciente. Según las proyecciones del INE, en el año 2050, la pirámide de población dejará de ser tal pirámide, ya que el peso de los grupos de más edad (aunque decreciente para tramos de edad cada vez más elevados) será superior o igual al peso de los grupos de edad más joven. Añadido al efecto del alargamiento de la esperanza de vida y de la fecundidad, se encuentra el efecto de la migración, que en el caso español contribuye favorablemente al sostenimiento de las pensiones. Teniendo en cuenta estas tres variables, las predicciones del INE apuntan que la situación de dependencia empeorará a partir del año 2025. Si en el 2005 la tasa de dependencia (o cociente entre mayores de 65 años y población en edad de trabajar) fue de 24,4 por ciento (por cada persona con más

de 65 años había cuatro en edad de trabajar), en 2025 comenzará a empeorar por efecto del comienzo de las jubilaciones de la generación del baby boom, para finalmente situarse alrededor del 55% en 2050. Ello significa que por cada persona con más de 65 años habrá menos de dos personas en edad de trabajar.

Si se analiza cuál va a ser la evolución del gasto sanitario ligada al envejecimiento, se puede caer en el alarmismo debido a la correlación positiva bien conocida entre gasto sanitario y edad. Sin embargo, el trabajo de Ahn et al. (2003) concluye que si bien se prevé un crecimiento real, éste no tiene porqué ser desmesurado, estimándose en un 0,75 de crecimiento anual real hasta el año 2040.

Sin duda, una de las situaciones que aparece vinculada en mayor medida al envejecimiento de la población es el incremento de la dependencia, por lo que los siguientes epígrafes se dedican al análisis de la misma mediante la explotación de microdatos y subrayando conclusiones extraídas de estudios previos. Asimismo, se realizará una estimación del coste de la dependencia a partir de los datos de cuidado informal declarado.

3. ESTUDIOS PREVIOS DE LOS DATOS DE DEPENDENCIA: DATOS DE LA ENCUESTA SOBRE DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y ESTADO DE SALUD

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), según las propias palabras del INE “es una gran operación estadística en forma de macro-encuesta (79.000 viviendas y 220.000 personas aproximadamente) que da respuesta a la demanda de esta información por parte de las Administraciones Públicas y de numerosos usuarios, en particular organizaciones no gubernamentales□ cubre buena parte de las necesidades de información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento de la población y el estado de salud de la población residente en España”.

La desventaja de esta encuesta es que no se encuentra actualizada, ya sus datos se refieren a 1999, si bien entre sus puntos fuertes se halla el constituir una fuente de información muy rica para cualquier estudio de las necesidades de los dependientes en España. A partir de la explotación elaborada por parte del INE de los datos de la EDDES y sin necesidad de utilizar los microdatos, es posible trazar un mapa de cuáles son las cifras de dependientes por niveles de edad, por discapacidad sufrida, por y tipo de actividades para las que se ven limitados. Para ello se pueden utilizar las aplicaciones que el INE pone a disposición de los usuarios. Si se desea profundizar más y elaborar otro tipo de descriptivos “a la carta” es necesario utilizar los microdatos. Para el investigador familiarizado con el uso de microdatos, es entonces más aconsejable utilizar el SHARE referidos al módulo español, ya que contienen información de 2004 y en breve será publicada una segunda ola que contiene datos más recientes, referidos a 2006□ “En el presente trabajo se desarrolla tanto un análisis descriptivo de la situación de la dependencia en España, como una estimación de las horas de apoyo informal que reciben los dependientes. En el primer caso se usan datos de la EDDES referidos a 1999, mientras que para los cálculos se usan microdatos más recientes”.

A continuación se muestran algunos cuadros y gráficos elaborados a partir de la información extraída de la EDDES. Con ello se pretende situar al lector en una serie de hechos característicos de la dependencia en España. La EDDES detalla una gran cantidad de actividades, que en caso de no poder ser realizadas por el individuo marcan la existencia de cierta dependencia. Dichas actividades son:

□ En el momento de redactarse este trabajo, los datos de la segunda ola SHARE no se encontraban disponibles al público. En el momento de la publicación, ya se encuentran disponibles los referentes al año 2006.

<ul style="list-style-type: none"> - Ver - Percibir cualquier imagen Tareas visuales de conjunto - Tareas visuales de detalle- Otros problemas de visión - Oír - Recibir cualquier sonido - Audición de sonidos fuertes - Escuchar el habla - Comunicarse - Comunicarse a través del habla - Comunicarse a través de lenguajes alternativos - Comunicarse a través de gestos no signados - Comunicarse a través de escritura-lectura convencional - Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas - Reconocer personas y objetos y orientarse - Recordar informaciones y episodios - Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas - Entender y ejecutar órdenes y/o tareas complejas - Desplazarse - Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo - Levantarse, acostarse 	<ul style="list-style-type: none"> - Desplazarse dentro del hogar - Utilizar brazos y manos - Trasladar objetos no muy pesados - Utilizar utensilios y herramientas - Manipular objetos pequeños con manos y dedos - Desplazarse fuera del hogar - Deambular sin medio de transporte - Desplazarse en transporte público - Conducir vehículo propio - Cuidar de sí mismo - Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto - Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio - Vestirse-desvestirse y arreglarse - Comer y beber - Realizar las tareas del hogar - Compras y control de los suministros y servicios - Cuidarse de las comidas - Limpieza y cuidado de la ropa - Limpieza y mantenimiento de la casa - Cuidarse del bienestar del resto de la familia - Relacionarse con otras personas - Mantener relaciones de cariño con familiares - Hacer nuevos amigos y mantener la amistad - Relacionarse con compañeros, jefes
--	--

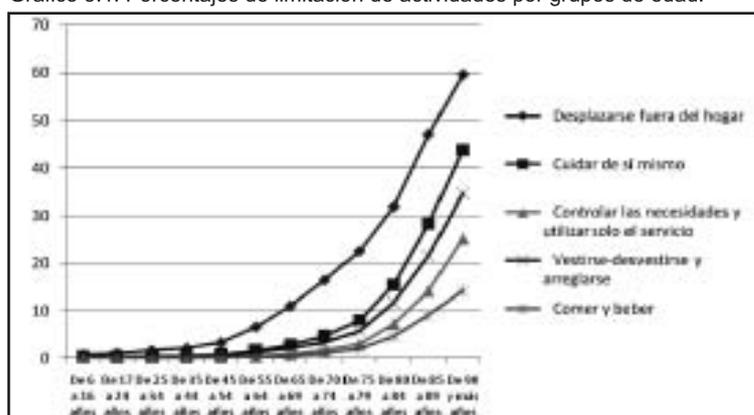
Debido a la dificultad de manejar la información relativa a todas estas actividades, se ha decidido escoger aquellas que según nuestro criterio marcan la necesidad de que alguien ayude a estas personas en su vida diaria. La cuestión clave es si una persona es capaz de cuidar de sí misma, pero se puede concretar más la ayuda que una persona necesita si sabemos si es capaz de alimentarse, de usar el servicio, vestirse o salir de su casa para ir a cualquier sitio. Así, las actividades que detallaremos son:

- a) Desplazarse fuera del hogar
- b) Cuidar de sí mismo
- c) Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio
- d) Vestirse-desvestirse y arreglarse
- e) Comer y beber

Estas actividades se ven limitadas para el conjunto de la población a medida que las personas van cumpliendo años, como se muestra en el siguiente gráfico.

De esta forma se vincula la existencia de discapacidades a la adquisición de la condición de dependiente por la necesidad de percibir ayuda de otra persona.

Gráfico 3.1. Porcentajes de limitación de actividades por grupos de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EDDDES 1999.

Se han tomado todos los grupos de edad que permite desagregar la encuesta. Los datos se presentan en tasa por cada 100 habitantes de 6 a 64 años, de 65 a 79 años y de 80 o más años. Es importante hacer esta aclaración, puesto que la mortalidad creciente con la edad hace que la masa de población de más edad sea decreciente en relación al conjunto total. En cambio, si la relación se establece con respecto a colectivos de edad diferentes, cada vez más avanzada, se capta mejor el fenómeno de aumento de la dependencia¹.

El Gráfico 1 muestra cómo la dependencia tal y como la hemos definido aquí (caracterizada por la imposibilidad de realizar las cinco actividades anteriormente mencionadas) presenta un perfil inequívocamente creciente con la edad. Además, la dependencia y edad no se relacionan linealmente, sino que cuanto más avanzada es la edad de los individuos más crece la dependencia al pasar de un grupo de edad a otro mayor.

Donde mayor limitación aparece es en el hecho de desplazarse fuera del hogar. Si bien es cierto que esto no constituye una actividad “vital”, es destacable que el 60% de los mayores de 90 años no puede desplazarse fuera de su hogar, cuando en el colectivo del 55 a 65 años el porcentaje es “solamente” del 6%. Si trazamos una línea imaginaria en el colectivo de 55 a 64 años veremos cómo las líneas de dependencia crecen de manera exponencial, poniendo de manifiesto el fenómeno del “envejecimiento del envejecimiento”.

Otra actividad que se escogió por mostrar la capacidad de supervivencia del individuo (independientemente de la calidad de la vida) es si podía alimentarse de forma autónoma. Los datos muestran que hasta el grupo de edad de 55 a 64 años, el porcentaje de gente que no logra comer o beber sola es del 1% o menor, mientras que pasa a tomar los valores de 5,82% (de 75 a 79 años), 11,72% (de 80 a 84) 21,49% (de 85 a 89) y 34,58% (90 o más años). Las cifras referentes a la capacidad de usar por sí solos el servicio o vestirse, quedan enmarcadas por las de comer y beber solo (que constituyen un límite inferior por ser más básicas) y cuidar de sí mismo, que supondría un límite superior.

Es importante identificar, para caracterizar la situación de la dependencia en España quiénes son los cuidadores de las personas dependientes y qué tiempo dedican los cuidadores a los dependientes. Para ello utilizamos de nuevo los datos de la EDDDES de 1999. De los datos que publica el INE, se deriva que los cuidadores son personas diferentes dependiendo de la edad de quien percibe los cuidados. En el tramo de edad de discapacidades entre los 6 y los 64 años, el rol de cuidador lo asume el cónyuge en primer lugar (26,4%) y la madre en segundo lugar (25,2%). Para edades más avanzadas, entre 65 y 79 años, los cónyuges siguen siendo los principales cuidadores (32%) y las hijas las que ocupan el segundo lugar (25%). En edades más avanzadas, de 80 en adelante, las hijas aparecen como las principales cuidadoras (39,4%) y el segundo lugar lo ocupan “otros parientes” (18,5%). Es destacable el perfil femenino de los cuidadores, ya que en el tramo de edad en el que todavía es probable que los padres estén vivos, si las madres aparecen como cuidadoras en un 25,2% de los casos, los padres lo hacen solamente en un 2,2% de las ocasiones. En el segundo tramo de edad, en que las hijas aparecen como cuidadoras en un 25% de los casos, los hijos lo hacen solamente en un 5,1% de las ocasiones, pasando estas cifras a ser 39,4% de los casos hijas cuidadoras frente a un 6,3% de hijos cuidadores en el tramo de más edad.

Cuando se separa por sexo de la persona dependiente, también se observan algunos patrones curiosos, por ejemplo, el hecho de que las madres reciben proporcionalmente mucha más ayuda de sus hijas que los padres. Prueba de ello es que por tramos de edad, las hijas aparecen como cuidadoras de padres en el 2,2%, 12,1% y 32,0% de los casos para el primer, segundo y tercer tramo de edad respectivamente. Estas cifras se elevan

hasta 20%, 30,9% y 42% cuando la persona cuidada es la madre. Ello revela cierta solidaridad femenina, ya que si las mujeres son las que más cuidados aportan, son también las que más reciben en las relaciones materno-filiales.

Al analizar las horas dedicadas a la atención de personas dependientes, se ha optado por las situaciones extremas de mayor y menor dedicación necesaria para los cuidados (más de 40 horas semanales y menos de 7 horas semanales). Para cualquier grupo de edad ocurre que las discapacidades son muy demandantes en términos de horas dedicadas por los cuidadores. En el tramo más joven de dependientes (6 a 64 años) del total de casos en los que se percibe atención por parte de cuidadores, un 17,2% fueron para los dependientes que precisaban menos de 7 horas semanales y un 32,3% para los que necesitaban más de 40. Estas cifras se tornan en 19,8% y 30,4% en el tramo de edad de 65 y 79 años y 11,9% y 40,6% en el tramo de 80 o más años. Ello revela que siempre es mayor el peso porcentual de los casos que demandan más horas de cuidados, además la mayor dedicación crece a medida que el dependiente envejece. El patrón de horas dedicadas al cuidado de dependientes sigue presentándose en femenino: son las mujeres las que más horas dedican al cuidado de los dependientes, como muestra el hecho de que las personas que más cuidan son cónyuge y madre en el primer tramo de edad, cónyuge e hija en el segundo, e hija y otro pariente en el tercer tramo.

Aunque los datos se refieren a mayo de 1999, es posible contar con una estimación de las personas de derecho por distribución geográfica en España. Incluyendo la población dependiente de 6 o más años que consta en los datos de la EDDDES y con las cifras de población por provincias del padrón de 1999, la tasa de dependencia (de menor a mayor) por provincias es la que se muestra en la Tabla siguiente:

Tabla 1. Tasa porcentual de dependencia en 1999 por CCAA

Comunidad Autónoma	Padrón 1999	Dependientes >=6 años	Porcentaje de la población que es dependiente (Tasa de dependencia)
Rioja (La)	265.178	5.226	1,97
Navarra (Comunidad Foral de)	538.009	14.251	2,65
Aragón	1.186.849	31.499	2,65
Madrid (Comunidad de)	5.145.325	149.996	2,92
País Vasco	2.100.441	62.908	2,99
Comunidad Valenciana	4.066.474	124.921	3,07
Canarias	1.672.689	54.394	3,25
Extremadura	1.073.574	35.102	3,27
Castilla-La Mancha	1.726.199	57.015	3,30
Baleares (Illes)	821.820	27.265	3,32
Castilla y León	2.488.062	84.213	3,38
Asturias (Principado de)	1.084.314	37.227	3,43
Cantabria	528.478	18.402	3,48
Cataluña	6.207.533	224.960	3,62
Galicia	2.730.337	103.570	3,79
Ceuta	73704	2.865	3,89
Murcia (Región de)	1.131.128	48.701	4,31
Andalucía	7.305.117	319.994	4,38
Melilla	56929	3.481	6,11
Total calculado	40.202.160	1.405.990	3,50

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

¹ Es decir, el porcentaje de dependientes de más de 80 años respecto de la población total es muy pequeño, pero es enorme en relación a la población de 80 y más años.

La Tabla anterior está calculada a partir del cociente entre el número de dependientes y la población de derecho en cada CCAA. La tasa de dependencia global es del 3,342%, pero las tasas no son del todo uniformes por CCAA. Rioja, Aragón y Navarra son las CCAA con tasas menores de dependencia, con valores inferiores al 3% en todo caso, mientras que en el extremo contrario se sitúan Murcia, Andalucía y Melilla, con las tasas más elevadas, cercanas o incluso superiores al 5%. Estas cifras pueden servir como una primera aproximación para cálculos posteriores, pero dado que en diez años las cifras de población y de dependientes han podido variar considerablemente, utilizaremos todas las fuentes a nuestra disposición para realizar los cálculos de la forma más cercana a la realidad posible.

Tras la elaboración de la EDDDES el propio INE publicó un estudio en el que se presenta información muy detallada caracterizando a la dependencia en España y obteniendo una serie de conclusiones que caracterizan el fenómeno en España. Estas conclusiones se refieren a la explotación total de los datos, al contrario de lo que se presentó en el segundo epígrafe, en el que se extrajeron puntos singulares de los datos originales para caracterizar la privación en la realización de ciertas actividades, la relación entre los cuidadores y los dependientes, y las horas de cuidado percibidas, o el perfil geográfico de la dependencia. Las conclusiones (INE, 1999, pág 99-104) se resumen a continuación, extrayendo las que nos resultan más relevantes:

- a) De toda la población encuestada, un 9% manifestó sufrir alguna limitación o discapacidad.
- b) La discapacidad se encuentra ligada a la edad (58,8% de las discapacidades se declaran en personas mayores) y al género (58,3% de las personas con discapacidad son mujeres). La discapacidad es más frecuente en los varones en la etapa infantil, pasando a ser más frecuente en mujeres a partir de los 50 años.
- c) El patrón progresivo en el que las discapacidades aparecen a medida que pasan los años está ligado a las personas de más edad. En cambio, el catastrófico se produce de repente en edades infantiles o juveniles.
- d) La distribución geográfica de la discapacidad no es aleatoria, y excluyendo el factor de envejecimiento se pueden encontrar dos áreas diferenciadas: el sureste, con mayor dependencia que el noroeste.
- e) La evolución de la discapacidad se presenta bastante poco halagüeña: en el 53,4 de los casos se prevé empeoramiento, y en el 38,4% de los casos estancamiento sin perspectivas de mejora.
- f) Las causas de la dependencia están sesgadas según el grupo de edad: entre los niños de 0 a 5 años los problemas congénitos, hereditarios o gestacionales. Entre la población adulta joven (entre 20 y 44 años), son los accidentes de tráfico son la causa más importante generadora de deficiencias, mientras que en las personas de más edad, es la enfermedad común.
- g) Las personas solteras o viudas sufren mayor dependencia que las casadas, si bien esta característica cobra más importancia con la edad, donde la soledad y la dependencia se relacionan de forma más estrecha.
- h) El nivel educativo y el nivel de renta (variables correlacionadas positivamente) se vinculan negativamente a la dependencia. El riesgo de discapacidad disminuye con la formación del individuo, y en los hogares de más recursos el perfil de discapacidad se retrasa de 10 a 15 años respecto de los hogares de ingresos bajos.

i) La propia percepción del estado de salud condiciona el ser o no dependiente: una persona que percibe muy mal su estado de salud y en igualdad de condiciones que otras que lo percibe muy bien, tiene seis veces más posibilidades de ser discapacitado.

j) El sedentarismo provoca más que la duplicación de probabilidades de sufrir discapacidad.

Además del propio informe elaborado por el INE explotando la información de los datos de la EDDDES, existen varios informes muy completos detallando las cifras de la dependencia en España: el Libro Blanco, “La discapacidad en cifras” y el Libro Verde.

El Libro Blanco de la dependencia (Atención a las personas en situación de dependencia en España) fue publicado en 2005 por el IMSERSO. De aquí se pueden extraer algunas cifras de interés que permitirán realizar comparaciones en el tiempo, pero es preciso poner de manifiesto que una de las desventajas de tomar como única referencia las cifras publicadas en el Libro Blanco, es que se basan en gran medida en datos no actualizados, ya que se toma como referente la información de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, (que como ya se ha comentado anteriormente, está referida al año 1999).

Según los datos del Libro Blanco, la distribución de dependientes en España es la que se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Personas con discapacidad para el desarrollo de la vida diaria en España (1999)

	6 A 64 AÑOS	65 A 79 AÑOS	80 Y MÁS AÑOS	TOTAL
Discapacidad moderada	287.610	279.230	126.977	693.810
Discapacidad severa	258.241	307.792	165.672	731.705
Discapacidad total	261.547	257.455	296.489	815.491
No consta	13.127	17.942	13.257	44.326
Total	820.525	862.420	602.395	2.285.340

Fuente: Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco, 2005, pág.42.

La EDDS constituye una fuente de información muy rica para conocer cuál es el mapa de la dependencia en España, con información desagregada por CCAA. La explotación de los datos SHARE no permite la caracterización por regiones, ya que al realizarse desde el ámbito internacional, no se cuenta con información detallada para cada una de las regiones de los distintos países europeos.

El Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), publicó, a finales de 2002, un informe estadístico titulado “La Discapacidad en Cifras” en el que se recogen además de los principales resultados extraídos de la EDDDES, una amplia selección de información estadística relativa a la discapacidad procedente de diversos registros administrativos.

Otro de los estudios de gran envergadura realizados para el estudio de la dependencia en España es llamado “Libro Verde sobre la Dependencia en España”, elaborado en 2004 por Grupo de Trabajo “Dependencia” de la Fundación AstraZeneca, y dirigido por Julio Sánchez Fierro. El enfoque de este trabajo es multidisciplinar, ya que además de presentar datos estadísticos y plantear soluciones posibles, plantea la aproximación a la evaluación de la dependencia generada en las enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, este estudio adolece del mismo defecto que los ya citados, y es que en gran medida la fuente de datos es anticuada por proceder de la EDDDES.

4. EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS SHARE 2004.

Los epígrafes precedentes han servido para resumir los datos referentes a dependencia en España bien utilizando la información que publica el INE a la que cualquier ciudadano tiene acceso, o bien a partir de los informes que han explotado esa misma información. El pro-

blema que acusan dichos datos es que no constituyen un reflejo fiel de la realidad española actual, pues se refieren al año 1999. En aras de suplir esta deficiencia, el presente epígrafe realiza una explotación exhaustiva de los datos SHARE, referidos al año 2004. Estos datos constituyen la fuente más reciente disponible para caracterizar la situación de la dependencia en España en el momento de realizar este trabajo (Noviembre 2008).

El SHARE (acrónimo que responde a la definición en inglés Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, y en español, Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa) constituye un proyecto de recolección de microdatos realizado para varios países europeos. La explicación de su contenido, así como el acceso a los datos para todos los países se realiza de forma gratuita a partir de la página web: <http://www.share-project.org/>. A continuación traducimos el contenido introductorio de dicha página en la que se explica el contenido de los datos SHARE.

La información recogida se refiere a salud, nivel socioeconómico y redes familiares de más de 30.000 individuos que tienen 50 o más años. Son once los países que han participado en este estudio procedentes de distintas regiones de Europa: de Escandinavia, participan Dinamarca y Suecia. De Europa Central, Austria, Francia, Alemania, Suiza, Bélgica y Holanda). De la zona mediterránea, España, Italia y Grecia. Para el periodo 2005-2006 se cuenta además con información de Israel, y para el período 2006-2007, se adscriben Irlanda, Polonia y la República Checa.

Aunque de momento solamente se dispone de información para un período, una de las principales ventajas de esta encuesta es que constituye un panel que capta el carácter dinámico del envejecimiento. Otra ventaja de la encuesta es su carácter multidisciplinar, ya que contiene información relativa a salud (estado de salud autodeclarado, funciones físicas y cognitivas, comportamiento saludable, uso de los cuidados sanitarios), variables psicológicas (salud psicológica, bienestar, satisfacción con la vida), variables económicas (actividad laboral actual, características laborales, oportunidades de empleo, fuentes y composición de la renta, riqueza y consumo, vivienda, formación), variables de ayuda social (ayuda entre familiares, transferencias de renta y activos, redes sociales, actividades de voluntariado).

En los sub-epígrafes siguientes realizaremos una descripción detallada de los datos SHARE 2004. Como contamos con los microdatos, podemos realizar las agrupaciones y tabulaciones que consideremos oportunas. Los datos constituyen una muestra de la población total, por lo que es necesario corregir los estadísticos por factores de elevación para que sean representativos de la realidad. En nuestro caso realizamos descripciones de individuos (no de hogares). La muestra cuenta con 2.396

Individuos mayores de 50 años, de los cuales el 45,61% son hombres y el 54,39% mujeres. La edad media de la muestra es de 66,31 años. El nivel de estudios de los individuos de la muestra, separados por hombres y mujeres se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Nivel de formación de los individuos en SHARE 2004, por género.

NIVEL DE ESTUDIOS TERMINADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Ningún estudio	17,47	22,71	20,32
Enseñanza primaria o primera etapa EGB	43,56	48,19	46,08
Bachillerato elemental , Graduado escolar	19,31	17,48	18,32
Bachillerato Superior	7,29	4,62	5,84
Preuniversitario o COU	6,71	3,97	5,22
Estudios técnicos, FP	4,12	2,61	3,30
Aún sin est.superiores o estudiando sup.	0,58	0,05	0,29
Otro tipo (incluye extranjero)	0,96	0,37	0,64
Total	100	100	100

El detalle por nivel de estudios permite concluir que dado que la población estudiada presenta un porcentaje muy elevado de personas sin estudios, pero hay que tener en cuenta que la edad media de los individuos que se caracterizan es de 66 años aproximadamente, por lo que los niveles formativos corresponden a hechos generados en el pasado y que no describen el panorama educativo presente. Según Meseguer y Sosvilla (2004), la población española ha evolucionado en el sentido de un descenso continuo del analfabetismo (superior al 50% en 1910 y casi inexistente a comienzos del presente siglo), se ha notado un incremento para posteriormente descender en la masa de personas sin estudios a lo largo del siglo pasado, y un indudable crecimiento exponencial de las personas con estudios primarios, secundarios o universitarios que empieza a cobrar relevancia a mediados del siglo XX.

En la Tabla 3, también se pone de manifiesto el hecho de que las mujeres aparecen sistemáticamente como colectivo de menor formación por su mayor presencia en el grupo de sin estudios o en nivel primario, y menor presencia en todos los niveles a partir del elemental.

En cuanto al estado civil de los encuestados, la situación más frecuente es la de estar casado y viviendo con el cónyuge en un 63,07% de los casos. Un 22,66% de los encuestados son viudos, 8,73% nunca se han casado, 3,15% están divorciados, 1,95% casados pero viviendo separados del cónyuge, y 0,44% son parejas de hecho.

Si analizamos las dificultades para llegar a final de mes de los encuestados, encontramos que el 38,54% encuentra cierta dificultad para acabar el mes, el 34,95% lo encuentra fácil, el 16,78% halla mucha dificultad, el 8,99% facilidad, y el resto (menos del 1% no sabe o no contesta).

La situación laboral de los encuestados se separa para hombres y mujeres para resaltar las diferencias existentes.

Tabla 4. Estatus laboral (y edad media) separado por género según datos del SHARE 2004.

ESTATUS LABORAL	HOMBRES %	MUJERES %
Jubilada/o	58,77 (71,5)	17,55 (73,8)
Empleada/o por cuenta propia o ajena	32,31 (55,7)	14,93 (55,4)
Desempleada/o	3,97 (57,3)	3,14 (56,6)
Incapacidad permanente	4,45 (59,2)	4,29 (69,6)
Ama/o de casa	0,52 (71,8)	58,85 (68,3)
Otros	0,09 (62)	1,24 (76,7)
Total	100 (65,2)	100 (67,2)

En lo que se refiere al estatus laboral, se perciben diferencias notables entre hombres y mujeres. La edad de los encuestados es superior a 50 años, lo que determina el elevado porcentaje de jubilados, que tienen de media 71,5 años si son hombres y 73,8 si son mujeres). Pero este porcentaje de jubilados es más del triple para los hombres que para las mujeres, poniendo de manifiesto la escasa incorporación del mercado laboral de las mujeres frente a los hombres. En cambio, el papel más reivindicado entre las mujeres encuestadas es el de ama de casa, en casi el 60% de los casos, mientras que este rol lo asumen menos del 1% de los hombres encuestados. Entre los empleados, la tasa es más del doble para los hombres que para las mujeres. Las cifras de incapacidad permanente son superiores ligeramente para hombres (4,45%) que para mujeres (4,29%) si bien la edad media es diez años superior entre las mujeres discapacitadas que entre los hombres.

Otra cuestión importante planteada a los encuestados es cuál es el estado de salud que ellos mismos declaran. La pregunta se plantea bajo dos formulaciones alternativas, y los resultados son los que se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Estado de salud auto-declarado por los encuestados del SHARE 2004.

NIVELES. ALTERNATIVA 1	% ENCUESTADOS EN CADA NIVEL	NIVELES. ALTERNATIVA 2	% DE ENCUESTADOS EN CADA NIVEL
		Excelente	3,82
Muy bueno	10,04	Muy bueno	14,20
Bueno	38,39	Bueno	35,81
Regular	32,10	Regular	31,76
Malo	15,01	Malo	14,41
Muy malo	4,45		
Total	100	Total	100

Como se puede apreciar existe una correspondencia bastante ajustada entre las respuestas obtenidas a las dos preguntas alternativas sobre el estado general de salud de los encuestados. Grosso modo, se puede decir que la mitad de los encuestados se encuentra bien (excelente, muy bien o bien) y la mitad mal (regular mal o muy mal).

Cuando se pregunta a los encuestados si padecen alguna enfermedad de larga duración, un 58,99% contesta que sí, mientras que el resto, 41,01, contesta negativamente. Si la pregunta se plantea en términos de la limitación para realizar actividades, las respuestas indican que un 55,3% de la población no encuentra limitadas sus actividades, un 38,1% las encuentra limitadas, aunque no de forma severa, y un 6,6% se ve seriamente limitado.

Los datos SHARE también permiten extraer información acerca de la problemática psicológica de los pacientes. Entre otras cuestiones que se plantean, destacamos aquí la respuesta a la cuestión de si el individuo preferiría estar muerto. Mostramos tanto las respuestas en términos globales como separadas por género en la Tabla 6.

Tabla 6. Respuesta a la cuestión de si el individuo preferiría estar muerto, por género. SHARE 2004.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Mención a sentimientos suicidas	6,04	15,79	11,34
Ninguna mención de dichos sentimientos	92,54	82,55	87,11
No sabe o no contesta	1,43	1,66	1,56
Total	100	100	100

Los datos revelan que los sentimientos suicidas son más comunes entre las mujeres (15,79%) que entre los hombres (6,04%), ya que el dato femenino casi triplica al masculino.

En la Tabla 7 se detalla el porcentaje de encuestados que padece incapacidad para realizar alguna tarea o sufre molestia de un tipo específico. Se aporta detalle sobre 13 actividades para cuya realización el individuo puede sufrir dificultades, y 11 tipos de molestias diferentes que pueden ser padecidas por los encuestados.

Tabla 7. Porcentaje de encuestados que sufre molestias o dificultades para realizar actividades. SHARE 2004

EL INDIVIDUO TIENE DIFICULTAD PARA.....	% DE PERSONAS	EL INDIVIDUO PADECE MOLESTIAS POR.....	
Vestirse, ponerse zapatos y calcetines	9,04	Dolor en espalda, rodillas, cadera u otras articulaciones	54,07
Andar por una habitación	2,93	Problemas de corazón	6,21
Bañarse o ducharse	7,53	Dificultad respiratoria	12,40
Comer o cortar la comida	2,57	Tos persistente	6,35
Entrar y salir de la cama	5,02	Piernas hinchadas	20,88
Utilizar el inodoro	3,61	Problemas al dormir	23,5
Usar un mapa en un lugar desconocido	17,08	Caídas	7,63
Cocinar	5,61	Miedo a caer	15,74
Hacer la compra	6,48	Mareo, desmayo o pérdida de consciencia	11,94
Hacer uso del teléfono	4,58	Problemas estomacales o intestinales	15,64
Tomar la medicación	3,80	Incontinencia	8,63
Realizar tareas domésticas/jardinería	10,16		
Manejar dinero	6,53		

Según los datos de la tabla anterior, resulta que las actividades que implican dificultad a un mayor número de encuestados son el orientarse con un mapa en un lugar desconocido (17,08%), realizar tareas domésticas (10,16%) y vestirse (9,04%). En cuanto a las molestias más frecuentes aparecen los dolores en espalda, piernas o articulaciones, que afectan a más de la mitad de los encuestados (54,07%), las dificultades para dormir (23,5%) y la hinchazón en las piernas (20,88%). En general, los encuestados declaran en un porcentaje mucho mayor sufrir molestias que hallarse limitados para realizar actividades, de los que se deriva que de hecho, las molestias suponen un estadio anterior a la limitación.

Aunque es interesante clasificar a la población en función de qué porcentaje de la misma sufre molestias o limitaciones, es imprescindible saber cuál es el estado de salud y de dependencia de los individuos. Para ello es necesario conocer tanto el estado general de salud (cuya información se conoce porque se declara en la encuesta), la limitación general (también planteada como pregunta), como el conjunto de todas las limitaciones que concurren en un mismo individuo.

En cuanto a la limitación general que sufren los individuos, los datos revelan que un 6,6% de la población se considera severamente limitado para realizar actividades, un 38,1% se considera limitado pero no de forma severa, y la mayoría restante (55,3%) no considera que su estado sea limitado. Por comprobar la coincidencia de esta respuesta genérica con el número de limitaciones específicas que sufren los individuos, se ha construido un indicador de número total de actividades para las que existe dificultad de las trece detalladas en la Tabla 7. En este caso, el 73,45% de la población no encuentra dificultad para ninguna de las tareas especificada, el 12,4% encuentra dificultad en al menos una de ellas, el 4,04% en dos, el 2,66% en tres, el 1,72% en cuatro, el 1,05% en cinco tareas, y situaciones de mayor limitación recogen a menos del 1% de la población, exceptuando limitación en todas las tareas consideradas, que se da en un 1,13% de los casos.

Los datos SHARE permiten conocer enfermedades específicas padecidas por los individuos. En la Tabla 8 se detallan 14 enfermedades diferentes y la proporción de individuos que la padecen.

Tabla 8. Enfermedades padecidas. Datos SHARE 2004.

ENFERMEDAD	PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE LA SUFRE	ENFERMEDAD	PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE LA SUFRE
Ataque u otros problemas de corazón	11,15	Artritis o reumatismo	28,33
Presión arterial elevada	32,79	Osteoporosis	8,59
Colesterol elevado	23,94	Cáncer o tumor maligno	3,7
Ataque cerebral o enfermedad vascular	2,13	Úlcera péptica, estomacal o duodenal	6,15
Diabetes	14,56	Parkinson	0,98
Enfermedad pulmonar crónica	5,54	Cataratas	12,11
Asma	3,95	Fractura de cadera o fémur	2,03

Como se puede comprobar, afortunadamente las enfermedades más incidentes son también las que menor incapacidad generan (presión arterial, 32,79%, artritis o reumatismo, 28,33% y colesterol elevado, 23,94%). Enfermedades como el cáncer o el ataque cerebral presentan una incidencia inferior al 4%. Cuando se pregunta sobre si el individuo padece una enfermedad de largo plazo, el 58,99% contesta afirmativamente, y el 41,01% negativamente. Teniendo en cuenta el detalle aportado por la Tabla 8 acerca del tipo de enfermedad sufrido, comprobamos que “sufrir una enfermedad de largo plazo” puede no revertir especial gravedad.

En aras de comprobar la relación entre el estado de salud auto-declarado (1 a 5, siendo 1 muy bueno y 5 muy malo), el número de limitaciones (0 a 13), molestias (0 a 11) y enfermedades (0 a 14) que padecen los individuos se ha calculado la matriz de correlaciones (Pearson y Spearman) entre las diferentes variables, concluyéndose que la relación entre las variables es bastante estrecha.

Tabla 9. Correlación entre el número de limitaciones, molestias, enfermedades y estado de salud auto-declarado. Datos SHARE 2004.

	NÚMERO ENFERMEDADES		NÚMERO MOLESTIAS		NÚMERO LIMITACIONES		ESTADO DE SALUD AUTO-DECLARADO	
	Pearson	Spearman	Pearson	Spearman	Pearson	Spearman	Pearson	Spearman
Número enfermedades	1	1						
Número molestias	0,6020	0,5625	1	1				
Número limitaciones	0,4707	0,4773	0,5316	0,5608	1	1		
Estado salud auto-declarado	0,3026	0,3734	0,3570	0,4309	0,4264	0,4418	1	1

Las correlaciones de Pearson y Spearman arrojan valores bastante similares. Debe quedar claro que mediante el cálculo de las correlaciones no se pretende explicar el fenómeno mediante el cual se produce la relación entre las variables, sino simplemente su grado de coincidencia. El número de enfermedades y de molestias presenta la correlación más elevada (0,6020 ó 0,5625): El número de molestias y limitaciones también presentan una correlación muy elevada (0,5316 ó 0,5608). En cambio, y en contra de lo que indicaría la intuición, las variables menos relacionadas son el número de enfermedades y el estado de salud auto-declarado, lo que podría apuntar hacia una percepción errónea del estado de salud, o bien a la existencia de enfermedades que no se perciben como graves o que afectan al estado de salud del individuo (0,3026 ó 0,3734).

Una de las conclusiones a las que se llegó tras el análisis de los datos de dependencia de EDES de 1999, como se reseñó anteriormente, es que las personas que viven solas sufren más dependencia que las que viven acompañadas (en pareja o casadas). Con esta afirmación no nos referimos a que es más difícil para estas personas encontrar un apoyo por su soledad, sino que el hecho de no tener pareja desemboca más en situaciones de dependencia. Con los datos de SHARE 2004 se ha tratado de comprobar este hecho analizando diferentes variables en función del estado civil de los individuos. La Tabla 10 detalla el valor medio del estado de salud auto-declarado, así como el valor medio del número de molestias, enfermedades y dificultades según el estatus marital. Nótese que para todas estas variables un valor más elevado indica una situación peor (peor salud, más limitación, más enfermedades y más molestias).

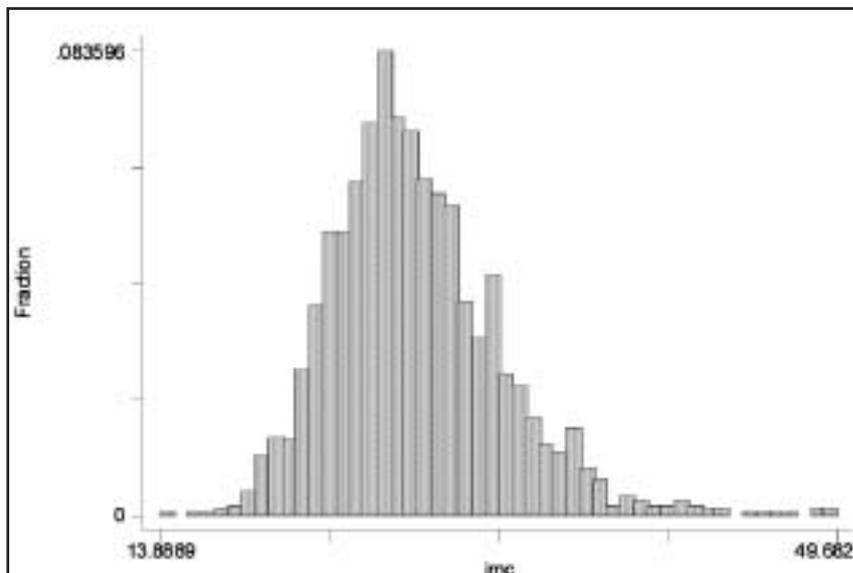
Tabla 10. Estado medio de salud, número de molestias, enfermedades y privaciones según estado marital. SHARE 2004.

ESTADO MARITAL	ESTADO DE SALUD	Nº MOLESTIAS	Nº ENFERMEDADES	Nº PRIVACIONES
Casado y viviendo con el cónyuge	2,59	1,64	1,45	0,61
Pareja de hecho	1,97	1,28	1,58	0,08
Separado/a	2,76	1,44	1,31	0,24
Nunca casado/a	2,28	1,56	1,12	0,90
Divorciado/a	2,51	1,02	0,82	0,18
Viudo/a	3,02	2,63	2,16	1,64
Total	2,65	1,83	1,55	0,85

De la comparación de los datos medios para diferentes estados maritales, así como con las medias totales, se puede concluir que efectivamente, las personas viudas presentan una situación peor que la media, pero además presentan los valores más elevados (reflejando la peor situación) de todos los grupos considerados. Aparte de este perfil más negativo para las personas viudas, no es posible encontrar un patrón tan claro para el resto de los grupos. Aquellos encuestados que constituyen una pareja de hecho declaran el menor número de privaciones y mejor estado de salud a pesar de declarar el mayor número de enfermedades después de los viudos, pero más molestias que los divorciados. Los divorciados se sitúan mejor en todas las categorías frente a los separados, con unos resultados muy similares a aquellos que nunca se han casado.

Otra de las conclusiones apuntadas en el informe de los datos de la EDDDES es que el sedentarismo hace más que duplicar las posibilidades de dependencia. Como variable proxy del sedentarismo, se ha calculado el índice de masa corporal (IMC) de los encuestados, cuya distribución se sitúa entre un valor mínimo de 13,9 y máximo de 49,7. La media se sitúa entre 25,8 y la mediana en 26,6. La OMS califica el índice como normal cuando toma valores entre 18,5 y 24,99, por lo que los datos SHARE revelan que en general existe cierto sobrepeso entre los encuestados, si bien la distribución es normal. Sin embargo, cuando se trata de comprobar si existe correlación entre el IMC y los niveles de dependencia ya sean auto-declarados o a partir del número de actividades en la que el individuo se ve limitado, la relación es muy baja (en cualquier caso, se obtienen correlaciones inferiores al 10%).

Gráfico 4.1. Distribución del IMC calculado a partir de los datos SHARE 2004 para España



Otro de los aspectos fundamentales en el estudio de la dependencia, y que los datos SHARE permiten caracterizar para España, es la presencia de cuidadores que atienden a las personas dependientes. La primera cuestión que conviene plantearse es qué porcentaje de gente recibe ayuda desde fuera del hogar. En términos globales, el 16,23% de los encuestados recibe este tipo de ayuda. Si desagregamos la cuestión por género, las mujeres perciben porcentualmente más ayuda que los hombres (19,1% frente a 12,6%).

Si catalogamos los perceptores de ayuda en función de su estatus laboral, un 34,2% de los perceptores de ayudas se encuentran jubilados, el 13% están empleados, 5,5% desempleados, un 7,2% presenta discapacidad permanente, 38,8% se dedican al cuidado de la casa, y el resto -en torno al 1%-, se encuentra en otras situaciones.

Cuando se pregunta a los perceptores de ayuda por parte de una persona que no vive en el hogar, es posible hallar situaciones en las que varias personas diferentes acuden a prestar ayuda. La relación con el dependiente puede ser de naturaleza diversa: esposos, padres, suegros, hermanos, yerno o nuera, hijos, nietos, tíos, sobrinos, otros familiares, amigos, vecinos, ex parejas, u otro tipo de relación. El hecho de que la pregunta especifique si se percibe ayuda por una persona que no vive en el hogar explicaría el hecho de que se un porcentaje muy bajo de cónyuges los que prestan ayuda (0,85% de los casos). Se han detallado las relaciones en caso de que acudan a prestar ayuda hasta tres personas, tal y como se detalla en la encuesta SHARE.

Tabla 11. Porcentaje de cuidadores por relación con la persona que percibe los cuidados.

RELACIÓN ENTRE CUIDADOR Y PERCEPTOR DE CUIDADOS	PRIMERA PERSONA DE LA QUE PERCIBE CUIDADOS (%)	SEGUNDA PERSONA DE LA QUE PERCIBE CUIDADOS (%)	TERCERA PERSONA DE LA QUE PERCIBE CUIDADOS (%)
Esposo/a	0,85		
Madre	1,30		
Padre	0,31	1,97	
Suegra	1,27		
Suegro	0,34		
Hermano	3,42	3,93	
Hermana	7,60	2,58	3,45
Hijo1	23,77	13,98	8,19
Hijo2	15,66	25,68	8,72
Hijo3	4,92	9,24	25,13
Hijo4	2,65	2,39	8,74
Hijo5	2,18	2,68	
Hijo6	1,00		4,45
Hijo7	0,94		
Hijo8	0,66		
Yerno	0,53	5,02	2,85
Nuera	2,77	7,00	21,20
Nietos	1,11	3,70	8,52
Tíos	0,26		
Sobrino	5,52	4,76	
Sobrino	4,54		
Otro parentesco	3,57	1,62	
Amigo	4,05	2,24	
Vecino	7,12	10,44	
Ex esposo/pareja	0,85		4,23
Otra relación	2,80	2,76	4,53
Total absoluto	257	85	39

Los datos indican que como primeros cuidadores desde fuera del hogar aparecen los hijos, seguidos de hermanas y vecinos. Cuando acude una segunda persona a prestar ayuda, el vínculo más frecuente es filial, seguido del vecinal. En los casos en los que acude una tercera persona (situación reseñada solamente en 39 ocasiones), son los hijos o las nueras los que presentan el mayor peso de entre todas las relaciones.

Dadas la edad media de los encuestados, es comprensible que gran porcentaje de la responsabilidad de los cuidados recaiga sobre los hijos. Además, el número de cuidadores se acrecienta con la edad de los perceptores de cuidados. La edad media de aquellos que no perciben ayuda de nadie desde fuera del hogar es 65,5 años. Los que reciben ayuda de una persona tienen de media 70,7 años, 71,5 si reciben ayuda de dos personas, y 76,8 si son tres las que acuden desde fuera del hogar. Si se calculan las edades medias además por nivel de limitación de los encuestados, resulta que el mayor número de cuidadores se da en situaciones de severa limitación, lo que además coincide con una edad más avanzada.

Se puede conocer también qué tipo de ayuda prestan los cuidadores cuando acuden a un hogar, información detallada en la Tabla 12.

Tabla 12. Tipo de ayuda prestada por los cuidadores, en porcentaje de casos y según número de personas que prestan cuidados.

TIPO DE AYUDA	UNA PERSONA (%)	DOS PERSONAS (%)	TRES PERSONAS (%)
Lavarse, ir al baño, comer	27,07	27,92	33,54
Doméstica, compra	70,94	69,71	71,86
Administrativa, rellenar formularios	48,84	36,82	22,04

Los porcentajes de distribución de tareas en función de las personas que prestan ayuda no es muy diferente, a pesar de que cuanto mayor es el número de ayudadores hablamos de personas de más edad y con mayor limitación de las actividades que pueden realizar. La misma persona que acude al hogar puede prestar diferentes ayudas, lo que explica que el reparto de tareas no sea exhaustivo. Para lo que más precisan ayuda las personas es para hacer la compra y realizar tareas domésticas (prácticamente un 70% de los casos). En un tercio de los casos se presta ayuda para lavarse, ir al baño o comer, y las ayudas administrativas y de rellenar formularios son las más cambiantes según el número de ayudadores, ya que cuantas más personas acuden a cuidar, menor peso implican (de 48,84% a 22,04%).

La frecuencia en la percepción de las ayudas se detalla en la Tabla 13 de forma separada para cada cuidador.

Tabla 13. Frecuencia (%) en la percepción de las ayudas.

¿CON QUE FRECUENCIA RECIBE AYUDA DE LA PERSONA...?	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3
Casi todos los días	37,74	30,60	28,32
Casi todas las semanas	22,81	32,26	46,76
Casi todos los meses	15,98	15,85	13,60
Con menor frecuencia	23,46	21,29	11,32
Total % (obs)	100 (257)	85 (100)	39(100)

La Tabla 13 revela que las personas que perciben ayuda casi diariamente de una primera persona son el 37,34%. Si además perciben ayudas de una segunda persona, ésta también acude diariamente en un 30,6% de los casos, y 28,32% si se trata de un tercer ayudador. Si se añade la situación en que se percibe ayuda semanalmente (independientemente del número de cuidadores), se tienen contemplados más del 50% de los casos, lo que significa que la situación de los ayudadores es en general muy comprometida.

Las horas de ayuda prestadas por las diferentes personas que acuden al hogar son un dato que recopila el SHARE, y en términos medios, la dedicación de la persona 1 es de 7,2 horas, de la segunda persona, 5,9 horas semanales, y la tercera persona, 4,9.

El cuestionario SHARE contempla ayuda percibida de distintas personas desde dentro del hogar: cónyuge o pareja, madre, padre, suegra, suegro, madrastra, padrastro, hermano, hermana, hijo1 a hijo 9, otro hijo, yerno, nuera, nieto, abuelo, tía, tío, sobrina, sobrino, otro familiar, amigo, ex compañero, vecino, ex pareja u otra relación. En el 49,26% de los casos se percibe ayuda por parte del cónyuge o pareja, seguido de un 17,24% del primer hijo, 10,34% de los casos el tercer hijo 8,86% del segundo hijo y 6,40% del cuarto hijo. El resto de vinculaciones representan menos del 5% de los casos.

Es posible caracterizar el perfil de los cuidadores de más de 50 años con los datos SHARE. Al preguntar sobre si ofrecen ayuda a otras personas, el 14% de los encuestados contestó que sí ofrecía ayuda a otras personas que no viven en el hogar, mientras que el resto no lo

hacia. Por género de los ayudadores, un 39,4% son hombres, y un 60,6% mujeres, lo que implica que el número de cuidadores mujeres es significativamente mayor. El estatus laboral no es determinante para que una persona se constituya o se pueda constituir o no en cuidador como muestran las cifras siguientes: un 24,6% de los cuidadores está jubilado, 33,23% está empleado, 6,1% desempleado, 2,9% presenta discapacidad permanente, y 33,23 se dedican a tareas del hogar. Nótese que la frecuencia de cuidadores es la misma entre los empleados que entre los que se dedican a tareas del hogar, y sin embargo, la disponibilidad de tiempo en cuanto a cumplimiento de horarios puede ser muy diferente.

De forma similar a como se ha procedido para explicar la relación entre cuidador y receptor de cuidados en la Tabla 11, procedemos ahora a explicar esta relación desde la perspectiva del cuidador y considerando a cuántas personas otorga su ayuda.

Tabla 14 Porcentaje de cuidadores por relación con la persona que percibe los cuidados.

Relación entre cuidador y receptor de cuidados	Primera persona a la que cuida (%)	Segunda persona a la que cuida (%)	Tercera persona a la que cuida (%)
Esposo/a	1,66	0,94	
Madre	22,66	8,25	
Padre	7,76	5,90	7,38
Suegra	4,86	7,03	27,63
Suegro	1,62	1,76	
Hermano	3,02	7,09	
Hermana	5,26	7,84	
Hijo1	7,91	8,10	7,82
Hijo2	4,12	13,06	
Hijo3	1,46	0,84	24,38
Hijo4	0,52	4,02	
Hijo5	2,18		
Otro hijo	0,65	1,04	
Nuera	0,88	2,04	
Nietos	1,84	1,32	
Tía	3,32		
Tío	2,73	3,76	
Sobrina	1,09	1,74	
Sobrino	1,33		
Otro parentesco	4,15	6,63	16,45
Amigo	8,39	9,21	
Ex compañero	0,59		
Vecino	8,49	7,67	16,34
Otra relación	3,44	1,39	
Total % (obs)	100 (311)	100 (61)	100(9)

Cada una de las personas que declara prestar cuidados a otra(s) puede prestar cuidados a varias personas simultáneamente. En primer lugar se declara la persona a la que más cuidados se dedica, y en tercer lugar a la que menos. Ello explica que la suma por columnas sea 100.

Entre los encuestados, hay 311 personas que cuidan al menos a una persona, 61 que cuidan al menos a 2 y tan solo 9 que cuidan a 3. La primera persona receptora de cuidados es la madre (22,66%), siguen los hijos que en conjunto pueden llegar a suponer cerca del 15%, amigos (8,49%) y padre (7,76). Cuando se atiende a una segunda persona, el peso fundamental lo adquieren los hijos en términos relativos, seguidos de amigos (9,21%), madre (8,25%) y vecinos (7,67%). Cuando son tres las personas a las que se prestan cuidados, los hijos en conjunto ocupan el primer lugar, alrededor del 30%, siguiendo las suegras (27,63%), pero el padre ocupa el lugar de menor peso relativo (7,38%).

A contrario de lo que ocurre cuando se adopta la perspectiva del que recibe los cuidados, aquellos cuidadores que prestan ayuda a más personas son los de menor edad: la edad media de los que no cuidan a nadie es de 67 años, si cuidan a una persona la edad media es de 61,8, si cuidan a dos es de 60,8 y si cuidan a tres, 60,6 años. Esto es así tanto por el hecho de que menos edad implica mejor situación de salud para poder prestar ayuda a otros, como el hecho de que más juventud significa contar con progenitores (colectivo prioritario de recepción de cuidados) vivos.

La frecuencia con la que se ofrecen cuidados a las distintas personas, se detalla en la Tabla 15.

Tabla 15. Frecuencia (%) con la que se presta ayuda.

¿CON QUE FRECUENCIA PRESTA AYUDA A LA PERSONA...?	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3
Casi todos los días	33,70	23,95	15,57
Casi todas las semanas	19,56	29,20	32,86
Casi todos los meses	15,72	14,76	14,11
Con menor frecuencia	31,03	32,10	37,46
Total % (obs)	100 (311)	61 (100)	9(100)

Como se puede comprobar, un tercio de las personas que presta ayuda al menos a una persona lo hace de forma diaria, indicando un nivel más elevado de dependencia por parte de los perceptores de ayuda.

Además de la frecuencia de ayuda, podemos conocer las horas de ayuda que se presta a cada una de las personas a las que se ayuda. En términos medios, se declaran 8,7 horas, 9,4 horas y 3,5 horas de ayuda para la persona 1, 2 y 3 respectivamente.

Para caracterizar mejor las necesidades que atienden los ayudadores, la Tabla 16 detalla las actividades para las que se presta ayuda.

Tabla 16. Tipo de ayuda prestada por los cuidadores, en porcentaje de casos y según número de personas a las que prestan cuidados.

TIPO DE AYUDA	UNA PERSONA (%)	DOS PERSONAS (%)	TRES PERSONAS (%)
Lavarse, ir al baño, comer	45,90	24,96	7,38
Doméstica, compra	64,20	68,92	62,54
Administrativa, rellenar formularios	35,81	36,3	53,92

Los datos mostrados en la Tabla 16 son bastante coincidentes con los presentados para los perceptores de cuidados (sobre todo cuando nos referimos a dos personas cuidadas), si bien ello implica coincidencia, ya que nos referimos a la misma muestra de población, en la que coexisten cuidadores y perceptores de cuidados, pero no nos referimos a la misma sub muestra de población. Cuando nos referimos a una sola persona perceptora de cuidados, las tareas más prestadas son de nuevo la ayuda doméstica; el aseo y la comida significan la mitad de las tareas cuando se ayuda a una sola persona, y en un tercio de los casos se prestan ayudas en tareas administrativas.

Una atención especial requieren los cuidados que los abuelos prestan a los nietos. En un entorno difícil para la conciliación de horarios laborales y escolares por parte de los padres, los abuelos cobran un papel primordial como apoyo para el cuidado de los niños. En los datos SHARE se encuentran casos de abuelos que cuidan hasta 8 o 9 nietos de forma esporádica, y hasta siete nietos a diario. Un 38,9% de las personas que tienen nietos los cuidan con mayor o menor dedicación, lo que representa una cifra considerable. Entre la población que cuida a los nietos, un 56,40% cuida al menos a un niño, 41,44% al menos a

dos, un 19,07% cuida al menos a tres, representando el cuidados de cuatro o más nietos una situación que se presenta en menos del 10% de los casos. En la Tabla 4.15 se muestra la frecuencia con la que se cuida hasta a cuatro nietos.

Tabla 17. Frecuencia de cuidado de los abuelos a los nietos.

¿CON QUE FRECUENCIA CUIDA AL ...	NIETO 1	NIETO 2	NIETO 3	NIETO 4
Casi todos los días	31,85	43,99	32,75	30,44
Casi todas las semanas	23,61	23,31	25,40	28,93
Casi todos los meses	22,83	12,18	16,35	16,80
Con menor frecuencia	21,72	20,52	25,50	23,84
Total % (obs)	100(331)	100(241)	100(113)	100(50)

Nota: los casos en los que se cuida a 5 nietos o más no se detallan por representar 25 observaciones o menos en la muestra total.

Los datos anteriores ponen de manifiesto el papel primordial que representan los abuelos en el cuidado de los nietos, ya que en todos los casos (independientemente de que se tengan más o menos nietos) los abuelos suponen más del 30% del cuidado diario. Las cifras rondan el 25% de los cuidados semanales y el resto de casos implica menor frecuencia. La Tabla 18 detalla el número de horas que se dedica al cuidado de cada uno de los nietos.

Tabla 18. Horas semanales medias de cuidado dedicado a los nietos.

NIETO	1	2	3	4	5	6	7	8
Horas medias	17,33	30,80	12,17	42,49	39,00	8,26	6,11	12,00

Como puede observarse, el cuidado de los nietos supone una actividad que reclama más tiempo en términos medios que el cuidado de otros dependientes.

Tras el análisis pormenorizado de los datos SHARE, podemos confirmar que las conclusiones que aportan estudios previos sobre la dependencia se mantienen. Se sigue observando un perfil eminentemente femenino de los cuidadores en España, así como la presencia de una gran red informal de cuidados que recae sobre los familiares. Las meras cifras pueden esconder la carga de trabajo que para muchos cuidadores implica la atención de los niños, los mayores, y en muchas ocasiones la compatibilización de horarios de trabajo fuera del hogar con continuación de jornadas de cuidados a familiares dependientes.

5. ESTIMACIÓN DEL COSTE DE LA DEPENDENCIA

Los epígrafes anteriores han servido para caracterizar la situación de la dependencia en España. En este último epígrafe se tratará de realizar estimaciones sustentadas sobre los datos reales para poder diseñar estrategias útiles de ayuda a la dependencia. La idea final es diseñar un esquema de participación público-privada (PPP) en que se establezca una cofinanciación de los costes de la dependencia, tal y como se pretende en la exposición de motivos de la ley de dependencia. Pero ello requiere una estimación de cuáles son los dependientes en España, cuál es su nivel de dependencia y su distribución espacial por el territorio. A fecha de hoy, esta información no se encuentra disponible, ya que los datos SHARE no están desagregados por CCAA, pero es posible buscar solucionar esta deficiencia mediante diferentes posibles alternativas:

- Tomar los datos más recientes disponibles (1999) y asumir dichas cifras de dependencia para trazar un panorama no real, pero si existente en el pasado.
- Utilizar variables proxy que permitan estimar, dada la población total, la edad media, los niveles previos de discapacidad y dependencia observados, cuál es la población

dependiente en cada una de las CCAA, y estimar las necesidades de financiación.

Antes de comenzar con ninguna estimación, trataremos de resumir la información que necesitamos y la información con la que contamos. Nuestro interés reside en calcular para el coste de la dependencia, para poder instrumentar sistemas alternativos para su sostenimiento, con mayor o menos participación del sector público y privado. La primera cuestión importante es delimitar qué se entiende por ser dependiente, y como muestra el capítulo IX del Libro Blanco de la Dependencia (2004) esta definición no es fácil. Existen multitud de criterios basados en la limitación sufrida por los individuos para realizar ciertas actividades, pero tal y como se manifiesta en el Libro Blanco (pág 559) “el objetivo principal es el estudio de la gravedad de la dependencia o intensidad de la necesidad de ayuda de otra persona para realizar diversas actividades y no de la necesidad de utilizar ayudas técnicas que la persona pueda usar de forma autónoma e independiente”. Dado que establecer una definición de dependencia y una clasificación de la gravedad de las discapacidades no acorde con los datos existentes complicaría más todavía el análisis empírico, se ha optado por utilizar las definiciones que se utilizan en la clasificación del INE. A partir de trece de actividades de la vida diaria, los encuestados registran el nivel de dificultad con que las realizan y son clasificados en uno de los siguientes grupos:

- a) Discapacidad inexistente (sin dificultad alguna para realizar la actividad).
- b) Discapacidad moderada (con dificultad moderada para realizar la actividad).
- c) Discapacidad severa (con dificultad grave para realizar la actividad).
- d) Discapacidad total (no puede realizar la actividad).

Según esta clasificación, el INE estimó que en 1999 el número de personas mayores de seis años con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria era de 2.285.340, lo que representaba un 5,68% sobre una población total para ese año de 40.202.160.

Para estimar el coste total de la dependencia para el SSPP habría que considerar los servicios prestados desde el SSPP, las prestaciones económicas, las desgravaciones que se producen por la existencia de situaciones de dependencia y el gasto en las medidas de conciliación.

Pero realmente nuestro objetivo no es determinar cuánto le cuesta la dependencia al sector público español. Nuestro interés reside en determinar exclusivamente cuál es el coste de la prestación de servicios destinados a la atención de la dependencia para ver en qué medida se pueden compartir con el sector privado mediante distintos sistemas de copago. La razón de que solamente nos interese la prestación de servicios y no la cuantía de las prestaciones económicas o las ventajas fiscales es que este tipo de ayuda prestada por el sector público no se puede repartir con el sector privado. Si el SSPP decide compartir gastos derivados del mantenimiento de la dependencia lo que no tiene sentido es exigir un copago en una prestación económica, ya que el resultado es el de rebajarla. Del mismo modo, el copago de una ventaja fiscal equivaldría a reducirla o eliminarla.

Esto no significa que los gastos que actualmente se cuentan como registrados sean la cifra fiable sobre la que se deba calcular, ya que existen dependientes que actualmente no generan ningún gasto registrado (o generan uno de menor cuantía) por los servicios que implica su cuidado pero que no están valorados. Por poner un ejemplo, existen personas ancianas que precisan cuidados que están siendo provistos por familiares o amigos de manera informal, y que no constan como dependientes. Si se considera el coste de su cuidado, el coste total por servicios de dependencia se vería incrementado. Del mismo modo, el cuidado de los nietos es una labor bastante común por parte de los abuelos, pero estos servi-

cios no quedan registrados por no existir una transacción económica entre el prestador de servicios (los abuelos) y quienes reclaman dichos servicios (sus propios hijos).

Por tanto, calcular el coste por dependiente conforme a los datos registrados implica cometer una infra-estimación del verdadero coste y debería tenerse en cuenta la información auto-declarada por los encuestados. A modo de ejemplo, se presenta una comparativa de las cifras de personas discapacitadas contabilizadas por los servicios sociales (cifras de 2004) y las cifras de discapacidad declarada por los encuestados de la EDDDES en 1999 por CCAA

Tabla 19. Cifras de discapacidad auto-declarada (1999) y valorada por los Servicios Sociales (2004).

CCAA	Nº PERSONAS QUE SE DECLARAN DISCAPACITADAS EN EDDDES (1999)	Nº DE PERSONAS CONTABILIZADAS COMO DISCAPACITADAS POR LOS SERVICIOS SOCIALES (2004)	DISCREPANCIA PORCENTUAL
Andalucía	217.836	319.994	-46,90
Aragón	68.035	31.499	53,70
Asturias	130.204	37.227	71,41
Baleares	33.811	27.265	19,36
Canarias		54.394	
Cantabria	28.435	18.402	35,28
Castilla León	172.565	84.213	51,20
Castilla-La Mancha	101.798	57.015	43,99
Cataluña	244.952	224.960	8,16
Comunidad Valenciana	181.341	124.921	31,11
Extremadura	90.948	35.102	61,40
Galicia	73.933	103.570	-40,09
Madrid	202.714	149.996	26,01
Murcia	137.257	48.701	64,52
Navarra	38.618	14.251	63,10
País Vasco	19.357	62.908	-224,99
Rioja	16.615	5.226	68,55
Ceuta y Melilla	63910	6.347	90,07
Total	1.771.636	1.405.991	20,64

Como se puede comprobar, existe una gran discrepancia entre las cifras oficiales y las auto-declaradas. Bien es cierto que las definiciones de dependencia y discapacidad no siempre engloban las mismas situaciones, y además, los períodos temporales no son coincidentes, pero lo que sí es una evidencia constatada y puesta de manifiesto en el Libro Blanco es que el peso de la familia en el cuidado de las personas dependientes es muy importante: solamente el 6,5% de las personas que precisan cuidados de larga duración reciben servicios sociales. Del mismo modo concluye la explotación de la EDDDES de 1999, que indica que sólo el 7,3% de la personas mayores discapacitadas que reciben ayuda personal para realizar actividades cotidianas, reciben el apoyo de los servicios sociales públicos.

Los párrafos anteriores sirven para poner de manifiesto la complicación que implica la valoración monetaria de los costes de la dependencia. Son varios los intentos de llevar a cabo tal contabilización, y cada uno de los trabajos asume unos supuestos diferentes, con lo cual los resultados son también discrepantes. En Dizy (2004) se estima que el coste de atención a la dependencia en España se sitúa entre 13.000 y 28.000 euros anuales por cuidador/a informal-familiar y entre 18.000 y 29.000 euros anuales por cuidador/a contratado/a no profesional. En Rodríguez y Monserrat (2002) estiman tanto la aportación privada como pública en el coste sanitario y en el de servicios sociales por niveles de dependencia. Si consideramos exclusivamente los referentes a servicios sociales, las cifras se resumen a continuación.

Tabla 20 Coste estimado de la financiación pública y privada de los servicios sociales.

	DEPENDENCIA LEVE	DEPENDENCIA GRAVE	DEPENDENCIA SEVERA
Financiación pública	1.533	3.990	7.082
Financiación privada	1.042	1.952	2.961
Total (euros anuales)	2.575	5.942	10.043

Fuente: Rodríguez y Monserrat (2002), pág 149

La enorme casuística que se puede encontrar entre los dependientes en España hace prácticamente imposible estimar de forma ajustada la necesidad de recursos para financiar el coste de la dependencia. Esta circunstancia unida al hecho de que contamos con información de microdatos, nos hace inclinarnos hacia una estimación basada en la declaración número de horas necesarias para atender a los dependientes y valorando las horas de atención a diferentes precios de mercado.

5. ESTRATEGIA DE ESTIMACIÓN DEL COSTE DE LA DEPENDENCIA A PARTIR DEL NÚMERO DE HORAS DECLARADAS POR LOS CUIDADORES.

Puesto que los datos SHARE permiten conocer el número de horas que los encuestados dedican a personas que lo necesitan y también el número de horas recibidas, se puede realizar una estimación del coste de la dependencia valorando exclusivamente el tiempo de atención, excluyendo atención sanitaria. El interés de este cálculo reside en estimar un orden de magnitud del valor del tiempo dedicado a cuidados por parte de cuidadores informales, principalmente procedentes de la familia. Una vez que se computen las horas recibidas de cuidados por parte de los dependientes, y conociendo también su nivel de renta, se puede diseñar un sistema de copago de dicho coste y calcular los efectos redistributivos generados por este sistema de financiación.

Los encuestados de los datos SHARE 2004 declaran recibir cuidados de hasta tres personas diferentes procedentes de fuera del hogar, de las cuales detallan el número de horas recibidas de ayuda. También se pregunta si reciben ayuda de alguien que vive en el hogar, pero solamente se conoce el vínculo entre el ayudador y el ayudado, no el número de horas de ayuda que se prestan en caso de convivencia. La tabla 21 detalla las horas de ayuda recibida por número de personas que acuden desde fuera del hogar. Los datos están elevados a nivel poblacional.

Tabla 21. Media de horas de ayuda percibida y frecuencia de los casos por número de ayudantes.

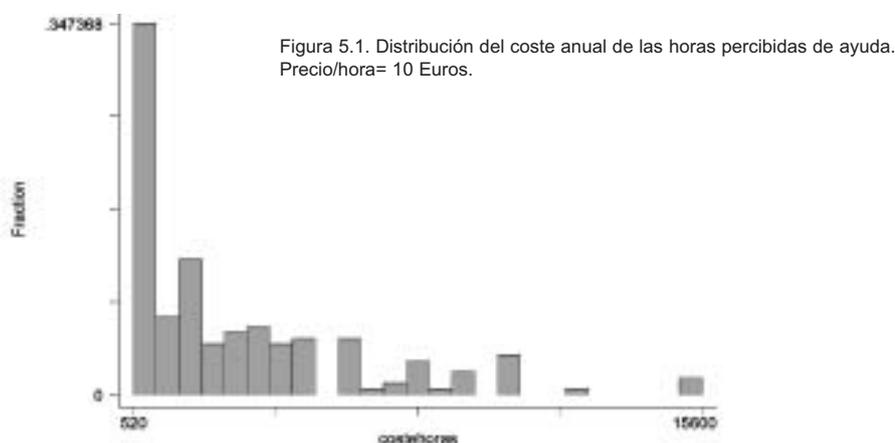
RECIBEN AYUDA DE	MEDIA DE HORAS RECIBIDAS	FRECUENCIA DE CASOS (%)
0 personas	0,00	90,25
1 persona	6,49	7,07
2 personas	37,39	1,40
3 personas	19,10	1,29
Total	1,23	100,00

Según los datos, casi un 10% de las personas recibe ayuda de otras desde fuera del hogar. La frecuencia es decreciente en el número de personas que acuden, y las horas medias recibidas son máximas cuando son dos personas las que acuden (37,39). Como contamos la información de microdatos referida a todos los encuestados, podemos calcular el total de horas, que elevado a nivel poblacional se estima en un total anual de más de 17 millones de horas (17.775.785). A partir de este dato se puede estimar el coste total de financiar las horas de apoyo informal. En lo sucesivo, presentaremos cálculos estimando el coste por hora en 10 Euros. Posteriormente presentaremos un análisis de sensibilidad con precios inferiores y superiores de valoración de la hora de trabajo.

Establecer un precio ajustado para retribuir unos cuidados que no proceden de profesionales en muchos casos, y teniendo en cuenta que se pueden referir a horarios diurnos y nocturnos es una tarea compleja, por ello simplemente se ha estimado un precio de referencia para conocer el orden de magnitud de las consecuencias en términos de presupuestos necesario y efecto redistributivos, pero los cálculos son replicables de forma sencilla para cualquier otro precio horario.

La variable clave para caracterizar el coste de la ayuda informal es el coste de las horas percibidas para cada una de las personas receptoras de ayuda, que se obtiene como el producto del total de horas semanales declaradas, por 52 semanas anuales y por el coste de la hora, que en este caso se estima en 10 euros.

En el gráfico siguiente se presenta la distribución del coste de las horas para valores inferiores a 16.000 euros anuales, lo que equivale a 30 horas de ayuda semanal (ello comprende al 95% de los casos que declaran recibir un número positivo en las horas de ayuda).



Se observa un perfil decreciente en el coste de las horas percibidas (y también de las horas percibidas, puesto que la distribución de frecuencias es la misma pero reescalada por el precio hora y el número de semanas anuales). Las situaciones más frecuente corresponde a un coste de entre 520 y 1560 euros anuales (equivalente a la percepción de entre 1 y 3 horas semanales de ayuda).

Puesto que la idea al instrumentar la ley de dependencia en forma de ayudas monetarias implica un copago por parte de los perceptores de la ayuda, es interesante conocer cuál es la distribución de horas percibidas según la renta de los perceptores. Para ello calculamos el peso que el coste de las horas anuales representa sobre la renta anual de los perceptores de ayuda en la Tabla 22.

Tabla 22. Distribución por decilas del peso del coste de las horas sobre la renta de los perceptores de ayuda.

DECILA	VALOR MEDIO (TANTO POR UNO)	INTERVALO DE CONFIANZA	
		Min	Máx
10	.1128	.07074	.3332
20	.6772	.2977	1.2063
30	1.2981	.8419	1.7323
40	2.1885	1.3546	3.1936
50	3.7223	2.4762	5.0608
60	5.2497	3.9799	7.4971
70	8.1637	5.6417	9.8630
80	10.6869	8.6667	17.0372
90	23.0981	15.5324	49.2869
Media	10.7706 0.0478	Entre los que perciben ayuda Entre el total de mayores de 50 años	

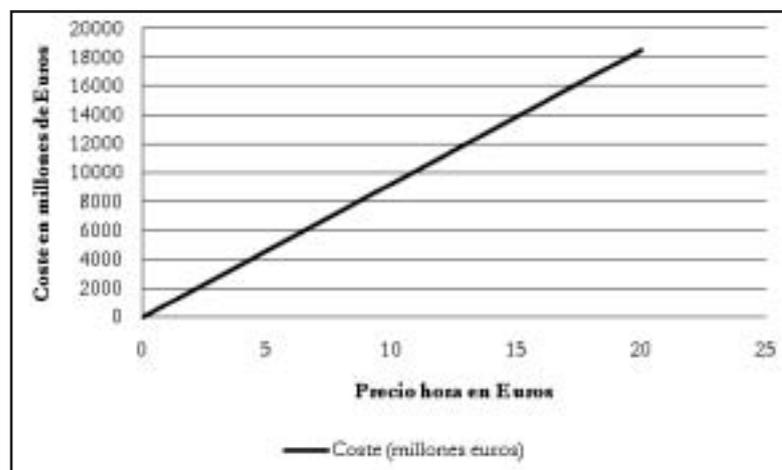
En la Tabla 22 se presenta para cada decila (de la primera a la novena) el valor medio del peso que el coste de las horas representa sobre la renta. En las dos últimas columnas se presenta el valor mínimo y máximo del intervalo que al 95% de confianza comprendería los valores para cada decila. La interpretación de esta variable es muy intuitiva. Si ordenamos los pesos del coste de las horas sobre la renta entre todos aquellos que reciben un número positivo de horas de ayuda, resulta que para el 10% de los individuos para los que el peso tiene menor importancia, representa el 11,28% de su renta. El siguiente 10, o segunda decila pasa a un valor del peso del 67,72% y en el valor mediano, el coste de las horas representa 3,7 veces el coste de las horas sobre la renta del receptor de ayuda. De aquí en adelante, las cifras suponen que el coste de las horas multiplica por 5,25 la renta en la sexta decila, por 8,16 en la séptima y hasta por 23 veces en la decila novena.

Si se grafica el coste de las horas frente a la renta o se regresa por MCO no es posible hallar un patrón de relación claro. Incluso calculada la correlación entre ambas variables, el valor tan pequeño obtenido (-0.0036) no permite inferir que el coste de las horas presente un patrón determinado a medida que crece la renta.

Aunque no se haya realizado una estimación precisa del coste de las horas, los cálculos que acabamos de presentar ponen de manifiesto que retribuir las horas de ayuda (a diez euros cada hora) resultaría prácticamente imposible para la mayor parte de la población, dado que a menos de un tercio de la población les supondría dedicar toda su renta al pago de la ayuda percibida, y al resto le supondría más de la renta con la que cuenta.

La ley de dependencia pretende tomar en consideración tanto la capacidad económica de los perceptores de ayuda como las necesidades de los mismos. Ello significa que a igualdad de necesidad, aquél con más renta contribuirá más mediante copago, y a igualdad de renta, aquel con más necesidad, contribuirá también con un copago mayor. Lo que en ningún caso es posible es considerar de forma particular las circunstancias particulares de los dependientes de forma individualizada pues los costes administrativos de dicha alternativa serían inasumibles. Por ello se establecerá un sistema genérico que considere como parámetro de reparto la capacidad y la necesidad, circunstancias que aproximamos en este trabajo mediante las horas de ayuda percibidas y la renta, respectivamente.

Gráfico 5.1. Estimación del coste de financiación de las horas de cuidado para diferentes precios horarios.



El gráfico anterior no supone cambio en el comportamiento para diferentes precios horarios, simplemente estima el coste de la “demanda actual” a precios diferentes. Por detallar algo más las cifras, se presenta en la Tabla 23., el detalle de la estimación en millones de euros para diferentes precios horarios.

Tabla 23. Estimación del coste del cuidado en millones de euros para diferentes precios horarios.

5	4.621,7	12,5	11.554,3
5,5	5.083,9	13	12.016,4
6	5.546,0	13,5	12.478,6
6,5	6.008,2	14	12.940,8
7	6.470,4	14,5	13.402,9
7,5	6.932,6	15	13.865,1
8	7.394,7	15,5	14.327,3
8,5	7.856,9	16	14.789,5
9	8.319,1	16,5	15.251,6
9,5	8.781,2	17	15.713,8
10	9.243,4	17,5	16.176,0
10,5	9.705,6	18	16.638,1
11	10.167,7	18,5	17.100,3
11,5	10.629,9	19	17.562,5

Nota: la población mayor de 50 años supone 2.396 observaciones a nivel muestral y 14.489.450 una vez elevada a nivel poblacional. El número de dependientes a nivel muestral son 198, que elevada a poblacional significa un total de 1.413.165 personas

Debido a que el cálculo de los costes se efectúa sin asumir ninguna respuesta de comportamiento (cambio de demanda) ante variaciones del coste, el incremento de 50 céntimos en el precio de la hora supone para cualquier nivel, un aumento de 462 millones de euros con derivada constante.

Por tomar como referencia comparativa un dato, el informe Económico Financiero de los PGE para 2009 señala que “para hacer efectiva la implantación gradual de la ley 28/2006, de 14 de diciembre de dependencia, se ha dotado un crédito de 1.158,69 millones de euros”. Ello significa que si las horas de cuidados a dependientes percibidas por cuidadores de fuera del hogar que se han calculado fuesen retribuidas con este monto, solamente podrían pagarse a 1,25 euros cada una [1.158,69 millones de euros/924.340.833 horas anuales].

La Tabla 24 presenta el coste medio que deberían asumir anualmente los actuales perceptores de ayuda, (o bien el conjunto personas mayores de 50 años), si se hicieran cargo de la retribución de las horas de ayuda percibida declaradas en los datos SHARE. El precio hora se varía entre 5, 10 ó 15 euros, y las alternativas de copago por parte de los mayores se suponen 100%, 75%, 50% ó 25%. Con tan solo estas alternativas de cambio, el coste medio per cápita oscila entre 818 y 9.818 euros si son los perceptores los que asumen el copago, y diez veces menos (puesto que la relación de perceptores de ayuda entre los mayores de 50 años es de 1 de cada 10) si se considera al total de mayores de 50 años.

Tabla 24. Coste medio anual del pago del apoyo informal según precios hora y alternativas de copago

Precio hora	% privado	Coste medio s/ ayudados	Coste medio s/ mayores 50
5	100	3270	319
	75	2453	239
	50	1635	159
	25	818	80
10	100	6541	638
	75	4906	478
	50	3270	319
	25	1635	159
15	100	9811	957
	75	7359	718
	50	4906	478
	25	2453	239

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SHARE 2004.

6. LA FINANCIACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y LA DISTRIBUCIÓN DE LA RENTA: UN EJERCICIO SENCILLO CON DOS ALTERNATIVAS DE COPAGO.

La financiación de los costes de atención a la dependencia es una cuestión que todavía está sin resolver, ya que no se ha instrumentado ningún sistema de copago de los servicios, tal y como se plantea en la exposición de motivos de la ley de dependencia.

El presente epígrafe pretende realizar un ejercicio de cálculo aproximativo de los efectos distributivos de formas alternativas de financiación de los costes de la dependencia en términos de horas de apoyo informal. El ejercicio es válido en un contexto muy particular, ya que los datos sobre los que se realizan los cálculos son reales (datos SHARE para España en el años 2004) y que los valores calculados se han elevado a nivel poblacional a partir de los datos muestrales, una serie de peculiaridades deben tomarse en cuenta para ser conscientes del entorno al que nos referimos. Se citan a continuación:

- a) La muestra tomada es de individuos, no de hogares, si bien muchas decisiones económicas implican mayor racionalidad en el entorno del hogar. Por ejemplo, muchas mujeres que no trabajan de forma retribuida cuentan con renta cero sin que ello implique que en su hogar no haya renta alguna. La opción por el individuo deriva de haber considerado a los dependientes de forma individual, y no en el contexto del hogar en el que habitan, para poder aprovechar la riqueza de información contenida en las preguntas específicas. En cualquier caso, nuestro análisis pretende no servir de forma fiel para describir la distribución de renta de los hogares, sino para estimar el coste de la dependencia y los efectos distributivos de formas de financiación alternativas. Por ello en los cálculos distributivos se tiene en cuenta que existan rentas suficientes o no para hacer frente a los pagos por dependencia.
- b) La muestra sobre la que se realizan los cálculos comprende individuos de más de 50 años, por lo que no es –ni pretende ser– representativa de la población española en su conjunto.
- c) Como único coste de la dependencia se ha considerado el de las horas no retribuidas en el contexto del llamado apoyo informal. Para ello se han estimado las horas declaradas de ayuda recibida y se han valorado a 5 euros cada hora. Se ha optado por esta retribución (inferior a la del mercado) porque cualquier otra implicaría un coste agregado superior al actual presupuesto sanitario para España, lo cual sería inasumible
- d) El ejercicio no pretende abarcar todas las posibilidades de diseño de sistemas de copago, sino mostrar mediante dos ejemplos lo diferente de los resultados según se establezca el porcentaje de copago público y privado, el peso de la necesidad y de la capacidad de pago en el diseño de la forma de financiación, y dependiendo también del coste de la dependencia que se asuma, que en nuestro caso incluye exclusivamente la valoración de horas de apoyo informal, dejando fuera costes sanitarios, protección social, o gastos fiscales.
- e) Se considerarán exclusivamente los efectos distributivos debidos al establecimiento de sistemas de copago, excluyendo el efecto de recepción de renta de los que ayudan y que en principio serían retribuidos por ello.

Los sistemas de financiación considerados son dos. En el primer caso (Sistema 1) se considera que solamente contribuyen a la financiación del coste de la dependencia aquellos individuos que perciben ayuda, y en el segundo (Sistema 2), todos aquellos mayores de 50

años, independientemente de que perciban o no la ayuda. El coste total a financiar ascendería (elevado el coste a nivel poblacional) a 4.621.704.170 €. Se han calibrado distintas alternativas de financiación modificando el peso de la dependencia y el peso de la capacidad económica para ajustar una recaudación suficiente para asumir tal coste. El esquema es siempre es mismo. Como se muestra en la expresión [6.1] que sigue:

$$\text{Coste total dependencia} = \sum_{i=1}^N f_1 \cdot \text{Cap. Económica}_i + \sum_{i=1}^N f_2 \cdot \text{Necesidad} \quad [6.1]$$

La capacidad económica de cada individuo se ha aproximado por la renta declarada y la necesidad, a partir de las horas declaradas de ayuda recibida. Los factores f_1 y f_2 que ponderan la capacidad económica y la necesidad, respectivamente, se suponen constantes para toda la población. Sistemas alternativos podrán diseñarse de forma que tales parámetros fuesen variable por tramos de renta y por niveles de necesidad, pero mostraremos el caso más sencillo para evitar ramificaciones.

Las características del sistema 1 son las siguientes:

- a) Solamente contribuyen con copago aquellos individuos que reciben ayuda
- b) El copago se establece de forma que depende positivamente de la renta (aquellos que ostentan mayor capacidad de pago contribuyen más al sistema). Se ha considerado que el dependiente contribuye con el 15% de su renta al pago del coste de las horas de ayuda que percibe.
- c) El copago depende positivamente de la necesidad medida por el número de horas de ayuda. Ello implica que los más necesitados contribuyen más al sostenimiento del sistema. Se ha establecido una contribución del 80% del coste de las horas recibidas de ayuda.
- d) El copago puede implicar una suma superior al coste de las horas generado por el individuo.
- e) Las personas sin renta declarada pueden obtener un copago positivo² (si obtienen ayuda).

Las cifras anteriores implican una renuncia muy importante a la renta de los dependientes (15%) y una gran contribución al financiamiento de las horas de ayuda percibida (80%). Ello se debe a que la recaudación de recursos se establece exclusivamente sobre aquellos que perciben ayuda. Esta circunstancia unida a la inequidad que genera el hecho de contribuir más al pago de la dependencia que el coste que se está generando solamente en el colectivo de los que perciben ayuda, hace que se considere un segundo sistema de financiación que incluya a toda la población de la muestra.

Las características del sistema 2 son las siguientes:

- a) Todos los individuos (sean o no dependientes) contribuyen a la financiación del sistema.
- b) El copago se establece de forma que depende positivamente de la renta (aquellos que ostentan mayor capacidad de pago contribuyen más al sistema). Se ha considera-

²El cómo hacer frente a este copago con renta individual declarada nula no es una cuestión que se vaya a resolver aquí, pero consideramos que es una situación factible por varias razones. Primero, porque incluso en ausencia de una renta declarada se puede contar con patrimonio que genere rentabilidad. Segundo, porque una renta declarada nula no tiene por qué significar que el hogar carece de renta alguna. Tercero, porque al igual que se produce una red de apoyo informal entre familiares, también se puede producir un intercambio de ayudas monetarias.

do que el dependiente contribuye con el 3,08% de su renta al pago del coste de las horas de ayuda que percibe.

c) El copago depende positivamente de la necesidad medida por el número de horas de ayuda. Ello implica que los más necesitados contribuyen más al sostenimiento del sistema. Se ha establecido una contribución del 10% del coste de las horas recibidas de ayuda.

d) El copago puede implicar una suma superior al coste de las horas generado por el individuo (que en la mayor parte de los casos es ahora cero, por incluir toda la muestra).

e) Las personas sin renta declarada pueden obtener un copago positivo, como ya se explicó en el Sistema 1.

El hecho de que la contribución se haga universal, genera que el peso de la renta y de las horas de ayuda percibida desciendan en la determinación del pago de forma considerable (de 15% a 3,08% en el caso de la renta, y del 80% al 10% en el caso de las horas de ayuda percibidas).

A continuación se muestran los valores del cambio en la distribución de la renta a través del índice de Gini calculado en distintas situaciones en los que el copago se establece en proporción de 0% para el sector público y 100% el sector privado, o 50% cada una de las partes para los dos sistemas descritos anteriormente.

Los resultados anteriores merecen varios comentarios. En primer lugar, es sorprendente el

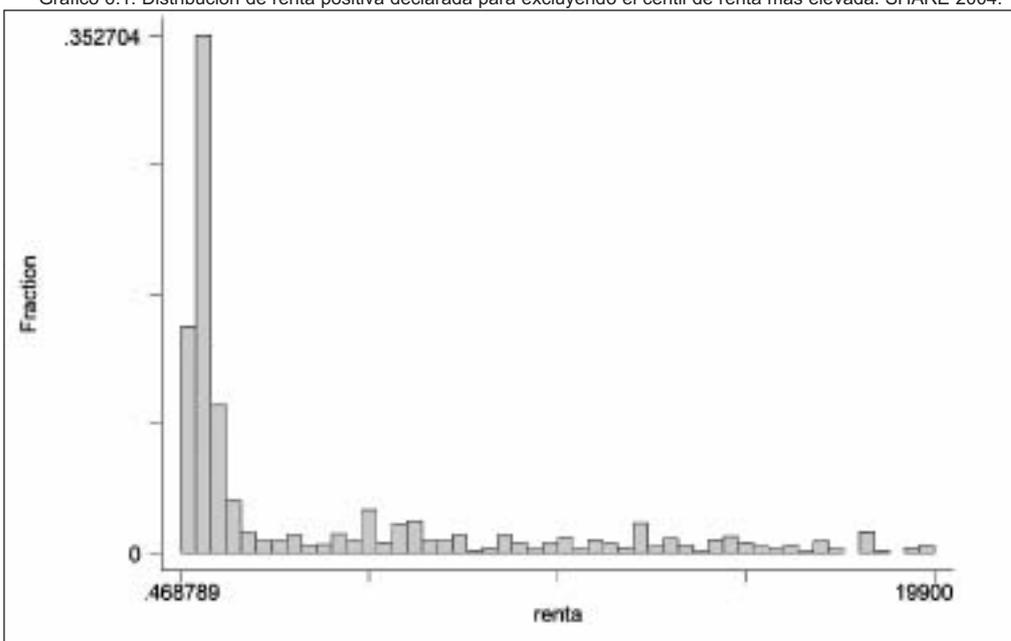
	TODOS			INDIVIDUOS CUYA RENTA SUPERA EL COSTE DE LAS HORAS		
	Coefficiente de Gini	Variación absoluta respecto a renta declarada	Variación porcentual respecto a renta declarada	Coefficiente de Gini	Variación absoluta respecto a renta declarada	Variación porcentual respecto a renta declarada
Renta sobre la que se calcula el Gini						
Renta declara por mayores de 50 años	0,9305			0,8742		
Renta coste las horas	0,9830	0,0525	5,6404	0,8757	0,0015	0,1695
Renta-100%(Sist.1)	0,9729	0,0424	4,5604	0,8762	0,0019	0,2215
Renta-50% (Sist.1)	0,9499	0,0194	2,0868	0,8751	0,0009	0,1008
Renta-100%(Sist.2)	0,9344	0,0039	0,4153	0,8744	0,0001	0,0153
Renta-50%(Sist.2)	0,9321	0,0015	0,1660	0,8743	0,0001	0,0075

elevado valor del coeficiente de Gini de la renta declarada por los individuos de la muestra (0,9305). Ello se debe a que existe un gran porcentaje de observaciones con renta nula. Si el coeficiente se calcula sobre las rentas exclusivamente positivas, asciende a “solamente” 0,8784. Si se excluyen los percentiles de renta más elevados –fuente fundamental en la contribución a la desigualdad- los valores del coeficiente de Gini se tornan mucho más habituales. En concreto, tomando rentas inferiores a 120.000 euros, lo que supone eliminar al 1% de la población con rentas positivas, el coeficiente de Gini es de 0,8643 y eliminando al 5% de rentas positivas más elevadas (es decir, considerando rentas de hasta 30.000 euros), el coeficiente de Gini toma un valor de 0,6725.

Una representación (Gráfico 6.1) de la distribución de la renta declara para el 99% de la muestra con valores positivos puede aclarar los resultados obtenidos en términos de medición de la desigualdad.

La distribución concentra las frecuencias en valores muy bajos, lo que explica los elevados niveles de desigualdad medidos por el coeficiente de Gini³.

Hecha esta aclaración sobre el valor de partida, calculamos los coeficientes de Gini para distintas situaciones alternativas. Las tres primeras columnas consideran toda la muestra, Gráfico 6.1. Distribución de renta positiva declarada para excluyendo el centil de renta más elevada. SHARE 2004.



mientras que las columnas cuarta a sexta reflejan los cálculos para individuos cuya renta supera el valor del coste de las horas de ayuda recibida (lo que supone disminuir el tamaño a la mitad). Lo verdaderamente interesante es conocer el cambio en las distribuciones, ya sea de forma absoluta o porcentual (columnas segunda y tercera o quinta y sexta).

El primer efecto que destacamos es qué ocurriría si los dependientes tuvieran que pagar por la ayuda que perciben en términos de ayuda informal a 5 euros cada hora. Ello supondría que menguaría su renta y que aumentaría la desigualdad, como refleja un incremento del 5,6404% en un coeficiente de Gini de partida elevadísimo. El efecto sería menor si considerásemos exclusivamente aquellos que pudieran hacer frente al pago, lo que elimina a casi la mitad de la población. En cualquier caso, el efecto sería igualmente desigualador, como muestra el incremento en el coeficiente de Gini de 0,1695%.

Si la financiación del total del coste de la dependencia corriese a por cuenta del sector privado siguiendo lo que hemos denominado Sistema 1, los efectos serían de generación de desigualdad, pero dependiendo la población que se considere, sería una medida más igualitaria o menos que el que cada dependiente corriese a cargo de sus propios gastos. Si se considera el total de la población, aplicar el Sistema 1 significaría un incremento en el coeficiente de Gini del 4,5604%, mientras que la medida de que cada uno financie las horas que percibe supone una elevación del Gini de 5,6404%. Pero si se considera solamente la población que puede hacer frente a los costes de dependencia que genera, aun-

³ El elevado valor de la desigualdad no se debe a que el coeficiente de Gini presente una sensibilidad especial, ya que los valores de la desigualdad son igualmente elevados para toda una batería de índices calculada entre los que se encuentran el coeficiente de variación, la desviación de los logaritmos, o el índice de Theil.

que el incremento en el Gini es menor que al considerar la población total, es más desigualitario que el que cada uno se pague su propio coste (0,1695% frente a 0,2215% de incremento). Esto significa que considerar la renta además de la dependencia para financiar el coste de la misma hace incurrir en mayor desigualdad, lo que revela que existiría a partir de determinados niveles de renta una correlación negativa entre renta y dependencia. Este tipo de circunstancias deben ser estudiadas en profundidad a la hora de diseñar un sistema de financiación, corrigiendo las calibraciones como sea conveniente. Por ejemplo, eliminar del análisis a todos aquellos con renta inferior al coste que deben financiar es equivalente a establecer un umbral de tributación entre los dependientes para la financiación de la dependencia. Ello implica que no todo el coste que se quería sostener en un primer momento se puede recaudar, o lo que equivaldría a un incremento en el copago por parte del sector público y un descenso en el copago privado, que partía del 100%.

Siguiendo con los resultados distributivos obtenidos, el establecimiento de un copago del 50% por parte del sector público implicaría que aunque la obtención de los recursos privados para financiar la dependencia resultase generadora de desigualdad, lo sería en menor medida que cualquiera de las alternativas comentadas, ya fuere para toda la población o exclusivamente para los que disfrutan de renta superior al coste de las horas de ayuda percibidas, como muestran los incrementos porcentuales en el coeficiente de Gini de 2,0868% para toda la población, o de 0,1008% para la selección de los de renta superior al coste.

El análisis de las distribuciones de renta netas cuando se utiliza el Sistema 2 revela que los efectos son mucho más ligeros. La desigualdad crece en todo caso con la financiación de la dependencia, pero lo hace de forma mucho menos apreciable, al repartirse el efecto entre dependientes y no-dependientes. Además, los efectos se reducen prácticamente a la mitad cuando el sistema de copago es del 50%.

Los resultados distributivos que acabamos de mencionar deben tomarse no como genéricos, sino como meros ilustradores de la importancia en la elección de los parámetros en el diseño de la financiación del coste de la dependencia. Ninguna diseño debería instrumentarse en la práctica sin el apoyo de las conclusiones que se derivan del uso de los micro-datos.

7. REFLEXIONES FINALES

La revisión de las cifras relativas a los mayores, así como los ejercicios de cálculo ensayados en los epígrafes anteriores, aún sin ánimo de ser exhaustivos, han servido para reflexionar acerca de cuestiones importantes referentes a cómo diseñar un sistema de financiación de la ley de dependencia.

Una primera cuestión clave es **quiénes deben ser los financiadores del sistema**. Si bien es cierto que en la exposición de motivos de la ley se habla de que debe contribuir más aquél que genera más gasto, no se dice nada de aquéllos que no generan ningún gasto relativo a dependencia, por lo que en principio, también pueden considerarse los no-dependientes como financiadores del sistema. (A igualdad de rentas entre un dependiente y un no dependiente, siempre contribuiría más el dependiente si además se vincula la financiación al nivel de dependencia).

Si solamente se obtienen recursos de los dependientes, el gravamen que recae sobre estas personas puede llegar a ser insostenible en términos económicos, y más teniendo en cuenta que muchas de las personas dependientes son mayores o están enfermas, por lo que no pueden recurrir al factor trabajo para generar rentas. Si además carecen de

capital, nos encontraríamos ante una situación sin salida. Tomando la opción de financiación por parte de dependientes y no dependientes el sistema es menos gravoso para los dependientes, más fácil de sostener en términos económicos que si solamente lo financian los perceptores de ayuda. La opción de “financiación universal” puede generar en términos individuales que el pago por dependencia sea superior al coste generado por la misma, al igual que ocurre con el pago de impuestos en términos generales y la percepción del gasto público: no son los contribuyentes más gravados en el conjunto del sistema fiscal los que más gasto público disfrutan proporcionalmente, ya que uno de los fines de la actuación pública es el logro de la equidad medida en términos de necesidades y capacidades, y no según el concepto de pago de servicio.

Lo racional, a la hora de instrumentar un sistema de financiación de la dependencia es **considerar el grado de discapacidad de los individuos, pero la capacidad económica del hogar**, ya que de otra forma, no se podrá establecer una cuantificación verdadera de la capacidad de cada dependiente al sostenimiento de su dependencia. Es necesario explorar los datos que servirán de guía para el diseño de sistemas de financiación y captar los perfiles de correlación entre dependencia y renta para diferentes subgrupos (por género, edades, regiones, etc) para evitar incidir negativamente sobre colectivos especialmente perjudicados, como los de poca renta y elevado nivel de dependencia.

Como en todas las actuaciones públicas, la equidad del sistema debe ser tenida en cuenta, pero no hay que olvidar que **el fin de la financiación de la ley de dependencia no es el conseguir una distribución más justa** de la renta sino que la contribución al sistema se haga conforme a los criterios que se consideran más justos y que se establecen a priori.

La consideración de la salud como bien preferente exige una garantía mínima de cuidados incluso a los individuos que no cuentan con recursos para costearla. Ello lleva a recordar que no sería deseable que se produjese un empobrecimiento de los dependientes, sobre los que concurren ya circunstancias más difíciles que sobre los que no ostentan dependencia alguna. Concretando en términos de directrices a la hora de diseñar el sistema de financiación, habría que tener en cuenta **un mínimo de renta garantizado al dependiente, o un umbral de renta por debajo del cual no es posible contribuir a la financiación, independientemente del coste de dependencia que se esté generando.**

La instrumentación de un sistema de provisión de recursos para financiar la dependencia cuenta con muchos grados de libertad, y **el cómo se elijan cada una de las variables bajo control del policy-maker, determinará totalmente los efectos finales.** Las variables determinantes de los efectos finales son: el coste que se pretende financiar -que a su vez depende de los elementos incluidos en el concepto “dependencia” y de la forma de valorarlos-, la población contribuyente, el peso otorgado a la dependencia y a la capacidad de pago para determinar el porcentaje de financiación desde el sector privado, el mínimo de renta establecido para determinar quiénes contribuyen o no al sistema, el porcentaje de copago que financia el sector privado y el público, y el objetivo distributivo que se haya marcado a priori.

Si bien las consideraciones que aquí se han realizado tienen en cuenta exclusivamente los efectos inmediatos, financiar un sistema de dependencia genera efectos en el largo plazo, y además plantea cuestiones de justicia intergeneracional: los contribuyentes netos al sistema de una cohorte pueden serlo en un período, pero **pasar a ser receptores netos en un período futuro.**

BIBLIOGRAFÍA

Ahn, N., J. Alonso Meseguer y J.A. Herce San Miguel (2003) “Gasto sanitario y envejeci-

miento en España". *Documentos de Trabajo* Fundación BBVA. 7/2003.

Alonso Meseguer, J y S. Sosvilla-Rivero (2004) "El capital humano en España: Una estimación del nivel de estudios alcanzado" *Documentos de Trabajo de FEDEA*, 08/04. (<http://www.fedea.es/pub/Papers/2004/dt2004-08.pdf>).

Blasco Lahoz, J. (2008). "Ley de dependencia y normas de desarrollo". Tirant lo Blanch. Valencia.

Braña, F J. (2004). "Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia de los mayores en España". *Estudios de Economía Aplicada*, 22 (3): 1-33.

Caballer Mellado, V. (dir.) (2009). "Valoración de la dependencia". Pirámide D.L. Madrid.

Crespo, L. (2006). "Caring for Parents and Employment Status of European Mid-Life Women". *CEMFI Working Papers* n°0615.

Dizy Menéndez, D. Dir. (2004). *Las personas mayores en situación de dependencia. Propuesta de un modelo protector mixto y estimación del coste de aseguramiento en España*. PREMIO Edad&Vida 2004.

Fernández Cordón, J.A. (1996). *Demografía, actividad y dependencia en España. Serie "Economía pública"*. Fundación BBV. Bilbao.

García Díaz, N. Coord. (2002). *La Discapacidad en Cifras*. MTAS. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Jiménez-Ridruejo Ayuso (Dir) (2007). *La sostenibilidad del sistema de pensiones en España: envejecimiento, inmigración y productividad*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/51591.pdf>

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE 15 de diciembre de 2006).

López López, M^oT. (2005) (dir.). "Familia y dependencia. Nuevas necesidades, nuevas propuestas". Editorial Cinca. Colección Acción Familiar. Madrid.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2005) *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*.

IMSERSO (2002). *Envejecer en España*. II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de migración y servicios sociales. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-envejecerespania-01.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (1999) *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. (http://www.ine.es/prodyser/pubweb/disc_inf05/discapa_inf.htm)

Martínez, M.F. et al. (2001). *Programas de respiro para cuidadores informales. Intervención Psicosocial*, vol. 10, n° 1.

Rodríguez Cabrero, G. y J. Monserrat Codorniu (2002). *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Roqueta Buj, R. (2007). *La protección a la dependencia: comentarios a la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Tirant lo Blanch. Valencia.

Sánchez Fierro, J. (2004). *Libro Verde sobre la Dependencia en España*. Fundación AstraZeneca.

Sempere Navarro, A.V. (2008). *Comentario sistemático de la ley de dependencia: ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y normas autonómicas*. Thomson-Aranzadi. Navarra.

**Propuestas para el desarrollo de la
participación público-privada en la
instrumentación de la ley de
dependencia.**

3

1. CAMBIOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS. NUEVAS NECESIDADES QUE EXIGEN NUEVAS FÓRMULAS DE COLABORACIÓN.

Un problema añadido a la actual crisis económica en la que están inmersos los países más desarrollados es el derivado de los cambios en los comportamientos sociales y demográficos de la población, que plantean importantes dificultades para la sostenibilidad de los actuales sistemas públicos de protección social. Una de las principales consecuencias de estos cambios es el envejecimiento de la población. Los datos de la OCDE (Tabla 1) muestran, en términos de media, un cambio muy importante en la estructura de la población. En el año 1980 las personas mayores de 65 años representaban el 10,80% de la población, mientras que los menores de 14 suponían el 25,23%. Sin embargo las estimaciones realizadas para el año 2050 consideran que la población mayor de 65 años alcanzará el 25,24%, mientras que los menores de 14 tan sólo representarán el 15,83%.

Tabla 1. Estructura de la población por edades OCDE (%)

Tramo de edad	1980	2000	2050
+ 85 años	0,73	2,46	5,21
80-84 años	1,19	2,40	3,98
75-79 años	2,11	3,43	4,87
70-74 años	3,03	4,20	5,36
65-69 años	3,74	4,82	5,81
60-64 años	3,74	5,28	6,02
55-59 años	4,90	5,66	6,13
50-54 años	5,31	6,19	6,01
45-49 años	5,48	6,45	6,07
40-44 años	5,80	6,75	6,09
35-39 años	6,25	6,94	6,04
30-34 años	7,45	6,83	5,89
25-29 años	7,82	6,74	5,71
20-24 años	8,34	6,55	5,53
15-19 años	8,80	6,50	5,41
10-14 años	8,64	6,41	5,34
5-9 años	8,53	6,30	5,28
0-4 años	8,15	6,11	5,22
Total	100	100	100

Fuente: OCDE (2009)

Estos datos ponen de manifiesto un claro envejecimiento de la población, que está ligado al desarrollo económico y social. Los datos más relevantes que muestran esta nueva realidad demográfica se recogen, a modo de síntesis, en la tabla 2, y han sido recientemente recogidos en el Documento de Trabajo *Demography Report 2008. Meeting social needs in an ageing society (2009)*, publicado por la Comisión Europea. Estos datos muestran claramente un conjunto de indicadores de dicho envejecimiento, como por ejemplo, el índice de envejecimiento que representa el número de personas mayores, considerando como tales a las de más de 60 años, en relación a la población de menor edad, es decir de 0 a 14 años. Estos datos muestran el fuerte envejecimiento existente en las regiones de mayor desarrollo económico (Europa, 136,2 o América del Norte con el 86,1) frente a tan sólo el 12,9 para África. Para 2050 se espera una mayor acentuación de este envejecimiento de la población.

La edad media de la población se espera que pase de 28,1 años en 2007 a 37,8 en el 2050 (tabla 2). Como resultado, la sociedad del futuro se encontrará con una población más anciana, que tiene muchas más posibilidades de convertirse en dependiente y que exige muchos más cuidados.

Tabla 2. Indicadores del envejecimiento de la población por regiones 2007-2050

	Indice de edad 100*b/a	% Poblacion		Edad medi a	Tasa de dependencia:	
		a: 0-14 años	b: + de 60 años		Joven es	Ancianos
2007						
Mundo	38,7	27,6	10,7	28,1	42,4	11,5
Regiones dearrolladas	124,2	26,7	20,7	38,6	24,6	22,9
Menos desarrolladas	28,0	30,0	8,4	25,6	46,7	8,8
Poco desarrolladas	12,4	41,3	5,1	18,9	74,5	5,9
Africa	12,9	41,1	5,3	18,9	74,0	6,2
Asia	35,8	27,0	9,6	27,7	40,6	9,9
Europa	136,2	15,5	21,1	39,0	22,6	23,5
America	31,3	29,2	9,1	25,9	45,3	9,8
Latina.Caribe	86,1	20,1	17,3	36,3	29,8	18,6
America del Norte	59,7	24,2	14,4	32,3	36,9	15,6
Oceanía						
Este de Europa.	123,4	14,9	18,3	37,5	20,9	19,8
Norte de Europa.	124,3	17,5	21,7	38,9	26,2	23,9
Sur de Europa.	155,6	14,9	23,2	39,8	22,2	26,5
Oeste de Europa.	147,3	15,9	23,4	40,7	24,0	26,9
Norte de Africa.	21,4	32,3	6,9	23,0	51,3	7,4
Oeste de Asia.	20,1	33,1	6,7	23,6	53,2	7,3
2050						
Mundo	107,4	20,2	21,7	37,8	31,7	25,4
Regiones dearrolladas	206,8	15,6	32,4	45,5	26,8	44,4
Menos desarrolladas	95,7	20,9	20,0	36,6	32,4	22,6
Poco desarrolladas	34,1	28,9	9,9	27,3	44,9	10,2
Africa	34,7	28,7	10,0	27,4	44,4	10,3
Asia	129,1	18,3	23,6	39,9	28,5	27,2
Europa	229,7	15,0	34,5	47,1	26,2	48,0
America	133,4	18,1	24,1	39,9	28,4	28,9
Latina.Caribe	157,6	17,1	27,0	41,5	27,7	34,2
America del Norte	139,0	18,0	25,0	40,5	28,7	30,8
Oceanía						
Este de Europa.	230,6	14,9	34,5	47,2	25,4	44,4
Norte de Europa.	187,0	16,2	30,2	43,7	27,0	40,0
Sur de Europa.	276,3	14,0	38,6	50,1	26,1	60,7
Oeste de Europa.	222,5	15,2	33,9	46,6	26,7	48,5
Norte de Africa.	94,3	20,6	19,4	36,1	31,5	21,2
Oeste de Asia.	84,2	21,2	17,8	35,3	32,1	19,4

Fuentes: Demography Report (2008). Comisión Europea (2009).

Las últimas previsiones realizadas en la Unión Europea muestran que las tasas de dependencia que podrían alcanzarse en el año 2050 pueden triplicar, en algunos países de la Unión Europea, a las actualmente existentes. Evidentemente el número de personas dependientes que deberán ser atendidas por las familias, la sociedad en general y el sector público es seguro que crecerá en la misma proporción, afectando esta nueva realidad demografica a los presupuestos públicos, que se verán obligados a crear nuevos servicios de atención con escasos recursos.

¿Qué consecuencias puede tener esta situación para las economías de los países desarrollados, donde el proceso de envejecimiento es más acuciante? En primer lugar, es previsible que la productividad y por tanto el crecimiento económico se ralentice. Y en segundo lugar también es previsible que como consecuencia del cambio en la estructura de la población, el ratio del número de pensionistas al número de personas en edad de trabajar aumentará de forma significativa. El resultado de todo ello será que el sector público se verá obligado a atender nuevas necesidades, derivadas de este mayor envejecimiento de

la población, presionando así sobre el gasto público. Este incremento va a tener mayor impacto en España que en otros países del entorno, según el Fondo Monetario Internacional, debido a la aceleración del proceso de envejecimiento y a la reducida población activa para soportar el mayor gasto público.

Tabla 3. Evolución de las tasas de dependencia de la población de más edad 2008-2050

%	2008	2020	2040	2050
EU 27	25,39	31,05	45,36	50,42
BE	25,80	30,60	42,27	43,87
BG	24,99	31,10	43,58	55,44
CZ	20,59	31,07	42,71	54,81
DK	23,61	31,85	42,69	41,31
DE	30,29	35,28	54,73	56,43
EE	25,23	29,18	38,96	47,19
IE	16,31	20,23	30,60	40,40
EL	27,77	32,75	48,25	56,99
ES	24,15	27,42	46,39	58,69
FX	25,33	32,77	43,99	44,68
IT	30,47	35,47	54,07	59,24
CY	17,69	22,26	30,76	37,65
LV	25,02	28,08	40,72	51,18
LT	23,02	25,98	42,81	51,13
LU	20,92	24,23	36,31	37,82
HU	23,50	30,31	40,11	50,83
MT	19,79	31,25	41,71	49,77
NL	21,84	30,69	46,77	45,61
AT	25,43	29,18	46,03	48,31
PL	18,95	27,19	41,29	55,69
PT	25,91	30,66	44,59	52,96
RO	21,34	25,67	40,75	54,00
SI	22,97	31,21	49,40	59,40
SK	16,58	23,85	39,98	55,46
FI	24,80	36,75	45,06	46,61
SE	26,66	33,69	40,78	41,91
UK	24,27	28,58	36,92	37,96
NO	22,10	28,32	40,24	41,43
CH	24,10	29,93	43,74	45,74

Fuentes: Demography Report (2008). Comisión Europea (2009).

Como ya se ha señalado anteriormente, una de las muchas consecuencias de este nuevo escenario va a ser un incremento drástico en el número de personas en situación de dependencia. Los países más ricos ya están experimentando un crecimiento importante en la demanda de servicios sanitarios y sociales, tanto en sus hogares como en residencias, sobre todo para personas mayores. El Congreso de los Estados Unidos, por ejemplo, proyectó en un informe reciente que el número de personas que requeriría ayuda con las tareas diarias de la vida subiría un 42% entre el 2000 y el 2020, a un coste equivalente al 1% del PIB nacional. Esta tendencia seguirá con más intensidad en el futuro. Ante esta situación, uno de los desafíos más importantes para los países más ricos es el de atender adecuadamente, a un coste razonable, al número creciente de personas en situación de dependencia, dentro de este segmento cada vez más importante de la población.

Esta nueva realidad exige nuevas actuaciones. Los cambios experimentados recientemente por las familias, el acceso casi generalizado de la mujer al mercado de trabajo remunerado, el aumento de familias monoparentales así como la importante reducción en el número de miembros, va a obligar al sector público a asumir algunas funciones que tradicionalmente han venido siendo atendidas por las familias. Ahora el papel de colchón de protección que éstas venían desempeñando parece que ha perdido fuerza. Por ello el sector público se ve obligado a dar cobertura a estas nuevas necesidades, y precisará de nuevas

ideas e incluso mucha imaginación para prestar estos servicios con la máxima eficacia y al menor coste posible. Esta segunda parte de este trabajo trata de aportar nuevas ideas para ello.

La posibilidad de poner en marcha nuevas fórmulas de colaboración entre el sector público y el privado debe ser probada en el ámbito de la dependencia, sin olvidar nunca el papel que cada agente debe cumplir en la prestación de estos servicios. En las páginas que siguen se desarrollan las ventajas e inconvenientes de esta nueva fórmula de colaboración –PPP–, analizando a modo de ejemplos algunos servicios ya en marcha en otros países, para terminar con algunas propuestas y reflexiones que puedan ayudar a abrir un debate necesario en la realidad de nuestro país.

2. PARTICIPACIÓN PÚBLICO-PRIVADA PARA ATENDER A LA DEPENDENCIA.

2.1. Conceptos previos. Ventajas de una mayor colaboración pública-privada.

El potencial de crecimiento de los sectores a desarrollar en el ámbito de la atención a personas dependientes, las presiones para el control de costes y el gran peso de la actividad privada conforman un entorno ideal para la colaboración público-privada (PPP) en la provisión de algunos de los servicios contemplados en la Ley, especialmente de las residencias de día y de la ayuda a domicilio, que son objeto de un estudio más detallado, a modo de ejemplo, en el siguiente apartado de este trabajo.

Gobiernos en todas partes del mundo han recurrido a la PPP (también llamada P3) como un vehículo para dar mejores servicios públicos a sus contribuyentes a menor coste. Definida estrictamente, una PPP crea una relación contractual entre una entidad del sector privado y el sector público, o el gobierno, para iniciar un servicio o proyecto de infraestructuras o proveer un servicio público. Ambas partes asumen obligaciones que quedan recogidas en los contratos que acompañan a cada proyecto, permitiendo y a su vez limitando estos documentos el potencial de beneficio del sector privado en el proyecto.

En una PPP, el gobierno se asocia al sector privado como contratista, en las formas más sencillas, y como co-gestor, en las más complejas, de un servicio que tradicionalmente era de provisión pública. Para ser una PPP, el proyecto, sea de carreteras, colegios, hospitales o servicios a domicilio, tiene que tener un elemento de división de riesgo y recompensas, y una división de autoridad sobre las decisiones básicas de la provisión del servicio.

Desde que el Reino Unido entró con fuerza en el mercado de las PPPs en los años 90, España se ha convertido rápidamente en uno de los usuarios más importantes de esta modalidad en la provisión de servicios tradicionalmente públicos. El total de proyectos construidos y operados en España bajo la fórmula PPP hasta 2009 era de 26 mm €, equivalente al 10% del PIB nacional. De este importe, la inmensa mayoría (85.5% por valor) han sido proyectos de transporte, sobre todo autopistas de peaje, con un total de casi 23 mm € invertidos hasta la fecha de este informe.

Pero una cifra creciente en la colaboración público-privada en España ha sido la de los proyectos PPP en el sector sanitario, sobre todo para hospitales. Hasta la fecha, se han construido hospitales PPP por valor de 2,2 mm €, o 8,3% del total invertido en PPP en España. La mayoría de estos hospitales (Tabla 4), están en la Comunidad Autónoma de Madrid (7) y en la Comunidad Valenciana (4). Hay además un hospital PPP en Palma de Mallorca, en Castilla y León, en Castilla-La Mancha y en Cataluña. Entre la lista de PPPs sanitarios tam-

bién figura una residencia de ancianos por valor de 20,5 m², que se va a construir en el País Vasco.

Tabla 4: PPPs sanitarios en España

Nombre	CCAA	Valor en €m	Fecha	Concesionario
Alcira	Valencia	123	1999	Ribera Salud, UTE - Aldesas
Denia	Valencia	97	2005	UTE FCC-Ecisa
Torre Vieja	Valencia	70	2006	UTE - Ribera Salud, ASISA, el Centro Médico Salud Bale, Necso y Enrique Ortiz e Hijos
Manises-Quart	Valencia		2006	Sanitas y Ribera Salud
Elche - Crevillente	Valencia	85	2007	Asisa, Bancaja y la CAM
Son Dureta	Palma de Mallorca	635	2006	Dragados
Majadahonda	Madrid	221	2005	Dragados S.A. Bovis Lend Lease S.A. Sufi S.A.
Valdebernardo Sur - Vallecas	Madrid	99	2005	Inic. Infraest. Servic. S.A. Begar S.A. VectrinSA S.L. Ploder S.A. Fuensanta S.L. Cajamar, Gr. Cantobl.Cat.Serv. S.L.
Hospital del Norte- San Sebastián de los Reyes	Madrid	98	2005	Acciona, S.A y Crespo y Blasco, S.A
Jarama - Coslada	Madrid	66	2005	Sacyr, S.A, Testa Inmuebles en Renta, S.A. y Valoriza Facilities, S.A.U
Parla - Los Conejeras	Madrid	64	2005	Sacyr, S.A., Testa Inmuebles en Renta, S.A. y Valoriza Facilities, S.A.U
Hospital del Suroeste - Valdecipreste Arganda	Madrid	49	2005	FCC Construcción S.A. OHL S.A. Caja Madrid S.A.
Tajo - Montaña de Aranjuez	Madrid	43	2005	Construct. Hispán. S.A. Construc. SANDO S.A. Instalac. Inabensa S.A.
Valdemoro	Madrid	61	2005 adjudicacion	Capio Sanidad S.L.-Capio AB
Hospital del Baix Llobregat	Cataluña	55	2005	Acsa Agbar Construcción, Emte, Teyco y 'La Caixa'
Hospital de Burgos	Castilla y León	231	2006	Caja de Ahorros Municipal de Burgos, Caja de Ahorros y Monte de Piedad del Círculo Católico de Obreros de Burgos, Caja España, Caja de Ahorros de Ávila, Caja Duero, Santander Infraestructuras, Gerens Management Group S.A., Urbanizaciones Burgalesas S.L., Obrascón-Huarte-Lain S.A., Corsán-Corviam S.A. y Grupo Norte Agrupación Empresarial de Servicios S.L.
Toledo	Castilla-La Mancha	299	2006	Acciona, Ferrovial, Contratas La Mancha

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Amanda Trabant, 2009.

Las ventajas fiscales, económicas, tecnológicas, sociales y políticas de utilizar la fórmula PPP para proyectos o servicios tradicionalmente de provisión pública se presentan en la Tabla 5. La más importante desde la perspectiva del gobierno se concreta en el hecho de que entrega más valor por el dinero a través de todos los conceptos indicados.

Tabla 5: Las ventajas potenciales de programas PPP

Ventajas fiscales	Ventajas económicas	Ventajas tecnológicas	Ventajas sociales	Ventajas políticas
1. Mejora de deuda pública	1. Rapidez de entrega	1. Transferencia de tecnología	1. Servir necesidades sociales	1. Nuevo papel para el gobierno
2. Mejor valor por dinero	2. Modernización	2. Formación	2. Aumentar nivel de vida	2. Asignación y no abdicación de provisión de servicios
3. Asignación optima de riesgo	3. Fiabilidad	3. Innovación	3. Mejorar medio ambiente	3. Controlar corrupción y otras influencias distorsionantes
4. Control presupuestario	4. Eficacia		4. Equilibrar objetivos públicos y privados	4. Estabilidad en el largo plazo
	5. Acceso a capital internacional		5. Asignación más eficaz de recursos	
	6. Apoyo a mercados de capital locales			

Adaptada de: BOT Expert Group, "Public-Private Partnerships: A New Concept for Infrastructure Development", Economic Commission for Europe, Publicación de las Naciones Unidas, 1998.

Dependiendo de cómo esté diseñada la colaboración público-privada en un proyecto concreto, el sector privado suele asumir responsabilidad sobre muchas fases del mismo, sin que el sector público se retire completamente. En la Tabla 6 se ve la diferencia entre una concesión sencilla o una privatización de servicios, y una PPP, donde el gobierno mantiene un papel importante en el proceso final.

Tabla 6: Responsabilidad sobre procesos en los cuatro modelos de provisión de servicios públicos

	PPP	Concurso público tradicional	Subcontratación	Privatización
Planificación	Gobierno	Gobierno	Gobierno	Privado
Diseño	Privado	Gobierno	Privado/Gobierno	Privado
Construcción	Privado	Gobierno	Privado/Gobierno	Privado
Operación/ Mantenimiento	Privado	Gobierno	Privado/Gobierno	Privado
Propiedad	Gobierno	Gobierno	Privado/Gobierno	Privado
Pago por servicios	Gobierno/ Consumidor	Gobierno/ Consumidor	Gobierno/ Consumidor	Gobierno/ Consumidor
Regulación	Gobierno	Gobierno	Gobierno	Gobierno

Adaptada de: Lynch, David, "Financing Private Infrastructure Projects – Australian Investment Bank Experience", Briefing Paper para la reunión de APEC Financiers, Tokio, Japón, febrero 1996.

Incluso dentro de la modalidad PPP, hay mucha variedad en la organización precisa del proyecto o servicio. A veces el sector privado construye un activo y lo devuelve a manos del gobierno después de un período determinado de explotación (suele ser entre 20 y 30 años). Éste sería el caso de la mayoría de las autopistas de peaje y hospitales que se han construido con la fórmula PPP en España. En otros casos, es el sector privado quien entra a alquilar el activo al gobierno para explotar u operarla, como en algunas prisiones en el Reino Unido y otros países. La modalidad que más se presta a los servicios sanitarios comentados en este informe es el Tipo 1 que se recoge en la Tabla 7, donde el sector privado construye, mantiene y gestiona un activo sin obligación de devolverlo al gobierno. Incluso esta modalidad tiene un componente importante de división de riesgo y de co-gestión a lo largo de la vida del contrato.

Tabla 7: Algunas modalidades de proyectos PPP

Modalidad	Tipo
Tipo I: Variaciones sobre diseñar-construir-financiar-operar, donde el sector privado diseña, construye, mantiene la propiedad, desarrolla, opera y gestiona un activo sin ninguna obligación de transferir la propiedad al gobierno.	<input type="checkbox"/> Construir-Operar en Propiedad (Build-Own-Operate; BOO) <input type="checkbox"/> Construir-Desarrollar-Operar (Build-Develop-Operate; BDO) <input type="checkbox"/> Diseñar-Construir-Gestionar-Financiar (Design-Construct-Manage-Finance; DCMF)
Tipo II: El sector privado compra o alquila al gobierno un activo ya existente. Lo renueva, moderniza y/o amplía para después operarlo. El sector privado no tiene ninguna obligación de devolver el activo al gobierno.	<input type="checkbox"/> Comprar-Construir-Operar (Buy-Build-Operate; BBO) <input type="checkbox"/> Alquilar-Desarrollar-Operar (Lease-Develop-Operate; LDO) <input type="checkbox"/> Ampliar activo existente (Wrap-around-Addition; WAA)
Tipo III: El sector privado diseña, construye y opera y en un momento predeterminado, devuelve el activo al gobierno. Después de la transferencia, el sector privado puede alquilar al activo al gobierno.	<input type="checkbox"/> Construir-Operar-Transferir (Build-Operate-Transfer; BOT) <input type="checkbox"/> Construir-Operar en Propiedad-Transferir (Build-Own-Operate-Transfer; BOOT) <input type="checkbox"/> Construir-Alquilar-Obtener Propiedad-Transferir (Build-Rent-Own-Transfer; BROT) <input type="checkbox"/> Construir-Alquilar-Operar-Transferir (Build-Lease-Operate-Transfer; BLOT) <input type="checkbox"/> Construir-Transferir-Operar (Build-Transfer-Operate; BTO)

Adaptado de: Fondo Monetario Internacional, "Public-Private Partnerships", marzo 2004.

En los dos sectores que se recogen como ejemplos en el siguiente epígrafe –residencias para ancianos y servicios a domicilio para personas dependientes—se han puesto en marcha algunas experiencias con PPP en muchos países, de los que se han seleccionado tres para un análisis más detallado: Estados Unidos, Reino Unido y España. Aunque han sido en general PPPs sencillas, más parecidas a concesiones tradicionales, han permitido a los gobiernos proveer servicios sociales de buena calidad a un precio razonable, cuando las instalaciones públicas estaban saturadas y la demanda excedía a la oferta.

2.2. Análisis de dos servicios básicos: ayuda a domicilio y servicios residenciales.

La Ley de Dependencia (ley 39/2006), aprobada en España en 2006 para cumplir la promesa de su Constitución y ampliar el ámbito de sus servicios públicos al “cuarto pilar” del Estado de bienestar, compromete a las Administraciones Públicas a atender a toda la gama de necesidades de personas en situación de dependencia, que son mayoritariamente ancianos. Su contenido ha sido objeto de un análisis muy detallado en la primera parte de este trabajo, seleccionándose en esta segunda parte dos de los servicios garantizados bajo esta Ley que previsiblemente experimentarán mayor demanda en España en los próximos años y que admiten claramente una participación privada en su desarrollo: los servicios a domicilio y los cuidados residenciales para las personas ancianas en situación de dependencia.

En las páginas que siguen se lleva a cabo, a modo de ejemplo, una revisión de cómo se están proveyendo estos servicios en Estados Unidos y Reino Unido, y cómo se gestiona el equilibrio entre control de costes y la mayor amplitud y calidad del servicio en estos países. Igualmente se trata de hacer una revisión de la puesta en marcha de la ley en España, especialmente en relación al desarrollo de estos dos sectores (servicios a domicilio y cuidados residenciales).

A. Residencias para Ancianos.

Las tendencias demográficas y laborales señaladas anteriormente hacen que las residencias para ancianos, definidas como instituciones para personas dependientes que requieren supervisión profesional las 24 horas del día, tengan un nivel alto de demanda y estén en un estado de permanente saturación en los países desarrollados. El empuje de la demanda y la relativa escasez de oferta hacen que el sector sea no solamente una preocupación importante para los gobiernos, sino también una oportunidad interesante para la participación del sector privado en la provisión de servicios sanitarios. Esta parte del informe analiza el sector de residencias para ancianos en EEUU y el Reino Unido, con especial énfasis en las características, innovaciones y problemas surgidos de la participación privada en el sector. Pasa después a describir el sector en España y a identificar temas de interés y oportunidades para la colaboración público-privada en ese sector como consecuencia de la aprobación de la Ley de Dependencia del 2006.

Para delinear el marco para la participación y las condiciones del servicio en este sector, se da respuesta a tres preguntas:

- 1. ¿Quién puede entrar en el mercado de residencias para operar como un centro?** La ley marca las condiciones básicas para proveer estos servicios, y por la vía de las inspecciones decide quién permanece en el sector. Estas exigencias legales, en el caso de España, han quedado prolijamente analizadas y recogidas en la primera parte de este trabajo.
- 2. ¿Quién puede entrar en una residencia como beneficiario y usuario del servicio?** Aquí entran en juego las condiciones establecidas por la ley nacional sobre cuáles son las personas que requieren de una atención constante como la que se recibe en una residencia. En el caso de España también la legislación estatal recoge estos requisitos mínimos, aunque las comunidades autónomas también pueden fijar otros requisitos complementarios a los anteriores.
- 3. ¿Cómo se paga?** La normativa local determina además a quién se le subvencionan estos servicios y cuál será la tasa por paciente. Estas tasas y las condiciones de competencia determinan a su vez los beneficios de los actores privados en el sector.

Las respuestas a estas preguntas configuran los parámetros del mercado e identifican las oportunidades para una eventual colaboración entre el sector público y el privado en el sector de las residencias para ancianos.

A.1. Las residencias para ancianos en el Reino Unido

La definición precisa de una residencia en el Reino Unido es una institución que facilita cuidados médicos a personas discapacitadas, sobre todo a ancianos, bajo la supervisión de enfermeros profesionales. Los pacientes pueden ser personas cuya salud se ha deteriorado o cuya condición requiere que durante cada 24 horas se faciliten algunos de los procedimientos siguientes: administración de medicación a través de inyecciones, alimentación artificial, limpieza y cuidado de heridas cerradas o abiertas, atención frecuente por incontinencia, rehabilitación intensiva como resultado de una operación o una enfermedad, y gestión de prótesis u otros aparatos complejos. Estos cuidados en una residencia se administran o bien por un enfermero profesional, o bien bajo la supervisión de un enfermero¹. Aunque también pueden ser atendidas personas jóvenes con discapacidades mentales o físicas, la mayoría de los residentes son ancianos y por tanto las residencias que acogen a estas personas serán el enfoque de este informe.

El crecimiento de la demanda de plazas en este tipo de servicios de cuidado a dependientes ha sido espectacular en el Reino Unido. Se espera que la cuarta parte de la población tenga más de 65 años en el año 2028 y que se duplique el número de personas que tengan más de 85 años, según el Departamento para la Sanidad. Actualmente el gasto anual para las arcas públicas del cuidado en residencias en el Reino Unido es de más de 10 mm £, o alrededor del 1% del PIB nacional, y se espera que sea el doble dentro de 20 añosⁱⁱ.

La normativa que regula las residencias varía entre las cuatro naciones del Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte).

En Inglaterra las residencias se regulan por la *Care Quality Commission*, y son tanto públicas como privadas, llevándose a cabo inspecciones por lo menos una vez cada tres años, que pueden producirse de manera aleatoria y sin previo aviso. Si una residencia obtiene un informe poco favorable, las inspecciones serán más frecuentes (hasta dos veces por año)ⁱⁱⁱ. En Gales, la *Care Standards Inspectorate for Wales* ejerce esa función, y en Escocia es la *Scottish Commission for the Regulation of Care*. Irlanda del Norte también tiene su propia comisión, que es *The Regulation and Quality Improvement Authority in Northern Ireland*. Hay un procedimiento para registrar y atender a las quejas por parte de los pacientes de cualquier residencia a nivel del NHS^{iv}.

En el ámbito de las residencias existen ejemplos de centros operados bajo muchas modalidades de propiedad en el Reino Unido, que van desde las públicas hasta las privadas con y sin ánimo de lucro. Las residencias de propiedad privada en el Reino Unido varían mucho en tamaño y organización. Aunque es un mercado muy atomizado -como promedio las residencias son independientes y pequeñas, de unas 30 camas, y las ocho mayores empresas tienen una cuota de mercado de sólo el 16%-, hay algunas que forman parte de grandes cadenas de cientos de residencias. En algunas, los propietarios son también los gestores. Un ejemplo de una cadena grande en el Reino Unido es NHP, propietario de más de 355 residencias y gerente de 192 de ellas, con un total de 9.500 camas. Estas empresas grandes obtienen beneficios y han llamado la atención de inversores privados, que ven en este mercado en expansión una actividad potencial interesante.

La normativa que regula el derecho al acceso y la financiación disponible para pacientes en residencias es el *National Health Service and Community Care Act* de 1990. En el Reino Unido, un representante del Consejo regional y un enfermero evalúan a cada candidato para una plaza en una residencia, para determinar sus necesidades médicas y sus medios económicos. Esta evaluación por ley tiene que repetirse periódicamente, por lo menos una vez al año, pero la falta de personal hace que en la práctica estas evaluaciones anuales no se lleven a cabo con tanta frecuencia.

NHP (Nursing Home Properties)

Fue adquirido por Blackstone por £564m en 2004.

Es una empresa con ánimo de lucro que gestiona activos inmobiliarios, y que ha comprado 355 residencias, algunas de las cuales alquila.

Gestiona directamente a 192 residencias (unas 9.500 camas) a través de su filial Highfield, la sexta empresa más grande del sector.

NHP reportó beneficios antes de impuestos de £24,8m en 2003, justo antes de la adquisición.

La adquisición de NHP fue la cuarta en el mismo año en el Reino Unido: también se adquirieron Westminster, Southern Cross y Four Seasons (vendido por Alchemy Partners a Allianz Capital Partners por £775m).

Como todos los servicios médicos, uno de los temas más candentes de las residencias para ancianos es cómo financiar un servicio que actualmente cuesta como promedio unas 25.000£ por año por persona (habitación individual en una residencia)^V. La parte del pago de la residencia que corresponde al paciente viene determinada por su renta y sus activos personales. El NHS fija unos pagos semanales por estos servicios, que actualmente son de 142,80£ por semana para la tasa alta y 103,80£ por semana para la tasa estándar. Estas tasas se actualizan periódicamente^{Vi}. El NHS remite directamente a la residencia los pagos acordados para el paciente, en base a la evaluación. Aquellos pacientes que reciben financiación para la tasa alta bajan a la tasa estándar en el momento en que los evaluadores consideran que ya no requieren un grado tan elevado de atención médica. Se pueden además bajar o cortar los pagos si la persona se recupera y ya no necesita cuidados en residencia.

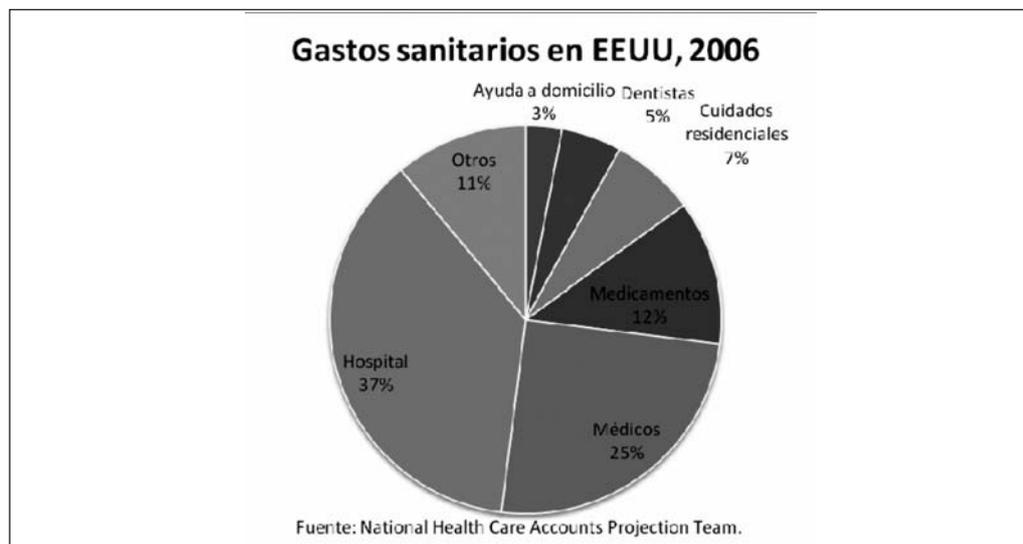
Una persona que necesita atención en una residencia y que no tiene medios para pagarla puede recibir financiación del NHS para cubrir el importe total de estos servicios. Los criterios para seguir recibiendo esta atención gratis son distintos entre los países del Reino Unido, pero en general si el anciano tiene activos por valor de más de 22.250£, la normativa le obliga a contribuir al pago de la residencia^{Vii}. Para hacer frente a los pagos, es frecuente que los ancianos británicos vendan sus casas u otros activos. Según el Partido Liberal Demócrata, unas 70.000 casas se venden todos los años por este motivo en el Reino Unido, y el número va en aumento^{Viii}. Los Consejos locales tienen la autoridad para obligar a que los pagos a la residencia se aplacen hasta la muerte del paciente, pero no se utiliza ese poder en la mayoría de los casos. Un *Green Paper* sobre la reforma de los servicios a ancianos y personas dependientes en el Reino Unido prevé una gama más amplia de opciones de pago para los pensionistas, entre ellas nuevas normas que permitirán que más personas aplacen el pago de las residencias hasta el final de sus vidas.

Existen en el Reino Unido numerosas empresas que se dedican a dar consejos financieros a las personas mayores que están tomando la decisión de ir a vivir o no a una residencia; y cómo pueden financiarla. Un ejemplo es HSBC Pensions, que se anuncia como “habiendo ayudado desde 1991 a miles de familias con sus decisiones sobre cómo financiar sus cuidados a largo plazo^{ix}.”

A.2. Las residencias para ancianos en Estados Unidos

En los Estados Unidos, aunque el proceso de envejecimiento está menos avanzado, como se ha visto anteriormente, las residencias para ancianos representan un sector grande y con altas tasas de crecimiento. Según datos oficiales, unos 12 millones de americanos necesitarán cuidado a largo plazo

Figura 1



en el año 2020. En la actualidad, sólo el 70% de los ancianos dependientes se atienden en sus casas. El gasto en cuidados residenciales supone una parte importante (7%) del gasto sanitario nacional, que en la actualidad es equivalente a alrededor del 16% del PIB nacional y podría subir hasta casi el 20% para el año 2016 (ver Figura 1).

Tradicionalmente, las residencias en EEUU se gestionaban por entidades sin ánimo de lucro, y sus propietarios eran iglesias u otros grupos de la comunidad. Algunas eran pequeñas empresas. Los grupos grandes y los inversores privados evitaban el mercado debido a su preocupación por inspecciones oficiales, posibles juicios o alegaciones de malas prácticas, que pueden incidir de manera muy importante en los costes y los beneficios.

Durante los años 1960-70, sin embargo, se comenzó a percibir el potencial de crecimiento y de beneficios del sector, y grandes grupos privados empezaron a comprar y operar cadenas de residencias. Una de las más grandes hoy en día en EEUU es Kindred, que ha figurado en el Fortune 500 como una de las principales empresas americanas. Kindred en 2008 operaba 655 residencias en Estados Unidos. La percepción actual de los inversores del sector de residencias es que se trata de un sector con un gran potencial de crecimiento. En palabras del presidente de Fillmore Capital Partners, un inversor que ha adquirido una de las cadenas de residencias más importantes de Estados Unidos por un precio de 1,8 mm \$: "Esencialmente, hay una demanda ilimitada gracias al envejecimiento de los *baby boomers*. Jamás he visto una apuesta tan segura^X."

Actualmente, hay más de 17.000 residencias en Estados Unidos. Muchas de ellas (68% de la capacidad del sector) son privadas, con ánimo de lucro^{Xi}. Casi el 7% de la capacidad total está en residencias públicas, y el restante (26,7%) son residencias privadas sin ánimo de lucro. Como promedio, hay 106 camas por residencia^{Xii}.

Desde 2000 se ha visto un proceso de consolidación en el mercado de residencias en los Estados Unidos, con numerosas fusiones y adquisiciones por grandes empresas o por inversores. Grupos privados de inversores han comprado desde entonces seis de las 10 cadenas más grandes de residencias, que representan alrededor del 9% del total de capacidad de la industria a nivel nacional (unas 141.000 camas). Entre las empresas compradas durante este período figuran una cadena de hospitales, HCA, y unos operadores grandes de residencias, Genesis Healthcare Corporation y Beverly Enterprises, entre otros^{Xiii}. Grupos de inversores privados son propietarios de por lo menos 60.000 camas más en otras cadenas menores.

Vencor/Kindred Healthcare

Kindred Healthcare es una empresa grande (ventas de \$4,19mm en 2008) con 53.700 empleados, que se dedica a la atención médica en EEUU.

Sus divisiones incluyen hospitales, servicios sanitarios, rehabilitación, y apoyo para pacientes.

La división de hospitales es la mayor de EEUU, con ventas de \$1,8mm en 2008.

La división de servicios sanitarios opera 228 centros de enfermería y de rehabilitación en 27 estados, con ventas de \$2,2mm; es también el mayor operador de residencias de EEUU. A finales de 2008, Kindred operó 655 centros que atendían a unos 35.000 pacientes al día en 40 estados.

La empresa se fundó en 1985 como Vencor, Inc. y cambió el nombre después de salir de la bancarrota en 2001.

Kindred es una empresa que ha estado en la lista de las 500 mayores empresas de EEUU; en 2008 era el 518. En 2009 se eligió como la empresa más admirada en el sector de centros sanitarios.

Según fuentes oficiales (*Medicare Payment Advisory Commission*), las residencias tenían una tasa media de beneficios de 12,9% en 2005. Para las privadas con ánimo de lucro, estos beneficios eran mayores (15,5%), comparados con sólo el 4,5% para las privadas sin ánimo de lucro^{XIV}. Según informes del sector, las residencias que pertenecen a grupos de inversores privados realizan un beneficio equivalente a unos 1.700 \$ anuales por residente, que es una cifra bastante más elevada que el promedio del sector. Los críticos alegan que se han reducido el número de enfermeros profesionales drásticamente en estos centros después de las adquisiciones para maximizar los beneficios, y que las quejas por la calidad del servicio han aumentado de forma considerable^{XV}.

Las residencias privadas sin ánimo de lucro (religiosas y no religiosas), en contraste, muestran unos costes algo mayores. Un informe señaló que estas residencias típicamente gastaban casi el doble en seguros y otros beneficios para sus empleados y que los empleados se quedaban más años como promedio, dándoles más estabilidad y calidad en el servicio. Además, registraban menos quejas de sus pacientes y sus familiares. Su tamaño reducido puede haberles impartido más flexibilidad para hacer los ajustes necesarios y seguir controlando mejor la calidad del servicio^{XVI}.

La normativa americana sobre residencias para personas en situación de dependencia se considera una de las más estrictas y detalladas de Estados Unidos, superada sólo por la normativa que rige las centrales nucleares. Esta normativa requiere que en cualquier residencia que recibe fondos de los programas federales Medicare o Medicaid estén presentes profesionales acreditados las 24 horas del día; y durante al menos 8 horas diarias tiene que estar presente un enfermero profesional. La gestión tiene que estar a cargo de un administrador profesional. Otro requisito básico es la existencia de una información mínima y actualizada (*Minimum Data Set*) sobre cada paciente, en la cual se describe su estado físico y su capacidad para llevar a cabo ciertas funciones. Cada estado puede legislar normas adicionales. Más del 94% de las residencias en EEUU están certificadas para recibir a pacientes de Medicaid o Medicare, a un coste para las arcas públicas de unos 75mm \$ anuales (aproximadamente el 0,54% del PIB nacional).

La mayoría de las personas que atienden a los residentes de estos centros no son enfermeros, sino “ayudantes a enfermeros certificados” (*Certified Nurses’ Aide*). Estas personas reciben una formación didáctica y práctica de unas 75 horas de duración, después de la cual tienen que aprobar un examen escrito y oral para recibir el título. En las mejores residencias, el personal está asignado a un número reducido de pacientes y puede desarrollar una relación bastante estrecha con ellos, el cual repercute positivamente en el bienestar y la satisfacción de los pacientes tanto como de los empleados del centro.

Las residencias se inspeccionan regularmente por *state surveyors* que tienen que certificar que la instalación y sus servicios cumplen con la normativa estatal y los requisitos de Medicare y Medicaid. Las inspecciones, a cargo de las oficinas del *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS) en cada estado, se llevan a cabo por un equipo de profesionales -uno de los cuales tiene que ser un enfermero-, por lo menos una vez al año. Las inspecciones son más frecuentes en los casos de centros que han tenido quejas en el pasado. También se hacen inspecciones puntuales como respuesta a quejas recibidas. Durante éstas, se entrevistan a empleados, residentes y familiares sobre sus experiencias en el centro. Las inspecciones recogen numerosas quejas sobre la calidad del servicio: en el 2008, más del 90% de las residencias recibieron notificaciones de que no cumplían con alguna norma federal de sanidad o seguridad. Se multan a los centros por incumplimientos de la norma y si no se corrigen, pierden su certificación para recibir a pacientes de Medicaid o Medicare, y todos los pacientes financiados por esos programas se transfieren a otro centro. El CMS publica todos los años una lista de las residencias que tienen una historia de “problemas graves de cumplimiento”^{XVII}.

El gobierno federal americano mantiene desde 2002 una página web, la Nursing Home Compare Tool, que facilita información sobre las características y los resultados de las inspecciones para todas

las residencias del país que están certificadas por Medicare y Medicaid (más del 94%, o casi 17.000). Entre la información disponible está la propiedad del centro, el número de camas, las características de sus pacientes, y el número de enfermeros y otros profesionales que atienden a los residentes. También tiene un sistema de ranking para las residencias.

En los Estados Unidos, el programa federal Medicare, que financia los servicios sanitarios para unos 40 millones de pensionistas, sólo se hace cargo del coste de una residencia durante un período limitado (20-100 días) si se considera necesario desde una perspectiva médica. En estos casos, un médico tiene que certificar que el paciente necesita la atención diaria de un profesional sanitario (p.ej., para rehabilitación, cuidados de heridas después de una operación) y que esta atención no puede impartirse en la casa del particular, utilizando servicios a domicilio^{XViii}.

La mayoría de las personas ancianas que no pueden valerse por sí mismas no son candidatas a la financiación de Medicare, porque el apoyo que necesitan no es atención médica, sino ayuda con las tareas diarias de la vida prestada por personas que no son profesionales de la sanidad (el llamado *custodial care*). Para estas personas, el programa Medicaid, que transfiere dinero a los estados para financiar sus servicios sanitarios, cubre los costes de la residencia para todas aquellas personas mayores que no tienen recursos para pagar. Según datos oficiales, Medicaid financia el 46% de los costes totales de las residencias en EEUU; y Medicare paga el 12%. Del importe restante, el 28% proviene de pagos de particulares y el resto de seguros privados^{Xix}.

Las condiciones exactas para que un paciente reciba la financiación de Medicaid varían de un estado a otro, principalmente porque cada estado define la "pobreza" de distinta manera^{XX}. Las personas con recursos tienen que contribuir con un co-pago, y/o su seguro privado, para ayudar a sufragar los costes. Hay seguros de cuidados a largo plazo que pueden hacer una contribución importante al coste total. Aproximadamente la mitad de los pacientes que entran en una residencia financian su estancia de sus propios ahorros personales^{XXi}. Cuando se agotan estos recursos particulares, el paciente pasa a financiarse por Medicaid. Este programa cubre los costes de una residencia hasta el final de la vida del paciente si no dispone de recursos personales para pagarla. La tabla 8 da una idea de la variedad de opciones de financiación que barajan las personas en estado de dependencia en Estados Unidos, y sus implicaciones.

Tabla 8: Opciones de financiación de cuidados residenciales y sus implicaciones, EEUU

Opción de financiación	sólo para cubrir costes de cuidados a largo plazo?	¿Fondos restantes disponibles para herederos?	Tasa de acumulación de activos	Requisitos de elegibilidad	Riesgo de fondos insuficientes	Coste
Apoyo y cuidados de la familia	No	No	Ninguna	No	Moderado: es posible que la familia no esté dispuesta a dar los cuidados necesarios	El paciente paga los servicios que los familiares no pueden facilitar
Ahorros personales	No	Sí	Variable	No	Alto: Los costes de los cuidados a largo plazo pueden ser mayores que los ahorros personales	El paciente tiene la responsabilidad de acumular ahorro suficiente
Seguro de cuidados a largo plazo	Sí	No	Fija	Sí	Moderado a bajo: los costes pueden exceder al importe cubierto por la póliza	Primas mensuales duante la vida de la póliza
Seguros limitados de cuidados a largo plazo	Sí	No	Fija	Sí	Moderado a bajo: los costes pueden exceder al importe cubierto por la póliza	Pagos de la prima
Póliza de seguro de vida	Sí	No	Fija	Sí	Moderado a bajo: los pagos pueden no ser suficientes para cubrir todos los costes de los cuidados a largo plazo	Ninguno
Venta del seguro de vida a un tercero	Sí	No	Fija	Sí	Moderado a bajo: los pagos pueden no ser suficientes para cubrir todos los costes de los cuidados a largo plazo	Ninguno

Beneficios acelerados (opción adicional al seguro de vida)	Sí	No	Fija	Sí	Moderado a bajo: los pagos pueden no ser suficientes para cubrir todos los costes de los cuidados a largo plazo	Ninguno
Hipoteca sobre vivienda en propiedad	No	Sí	Variable	Sí	Moderado a bajo: los pagos pueden no ser suficientes para cubrir todos los costes de los cuidados a largo plazo -- Hay que hacer frente a los costes de mantenimiento de la vivienda	Comisiones bancarias asociadas a la hipoteca
Apartamento en propiedad dentro de centro de ancianos	Sí	Sí	Variable	Sí	Bajo: cuidados adicionales conforme se necesitan dentro del centro	Precio del apartamento suele ser alto; además se pagan cuotas mensuales
Pensión de veterano de guerra	No	No	Ninguna	Sí	Moderado a alto: los pagos pueden no ser suficientes para cubrir todos los costes de los cuidados a largo plazo	Ninguno
Medicare	No	No	Ninguno	Sí	Moderado a alto: los pagos pueden no ser suficientes para cubrir todos los costes de los cuidados a largo plazo	Co-pagos y deducibles
Medicaid	No	No	Ninguna	Sí	Alto: los pagos pueden no ser suficientes para cubrir todos los costes de los cuidados a largo plazo -- Se puede recuperar la diferencia de la herencia	El paciente paga los servicios que Medicare no cubre
PACE	Sí	No	Ninguna	Sí	Moderado a alto: alto:	El paciente paga los servicios que
					los pagos pueden no ser suficientes para cubrir todos los costes de los cuidados a largo plazo	PACE no cubre

Fuente: <http://www.medicare.gov/LongTermCare/Static/PayingOverview.asp>.

Las residencias privadas americanas obtienen sus mayores ingresos y beneficios de aquellos pacientes que pagan de sus recursos particulares. Detrás están los ingresos obtenidos de pacientes cubiertos por Medicare, que representan generalmente sólo el 10% de los pacientes totales^{XXii}. Los demás ingresos provienen de Medicaid. Para controlar sus costes en cuidados residenciales, Medicaid ha fijado un techo al pago por paciente que es inferior a los costes por persona de la residencia, según fuentes del sector^{XXiii}. Esto ha hecho que los pacientes subvencionados aporten menos ingresos como proporción del total a las residencias privadas. Las críticas dicen que la respuesta de las residencias ha sido de reducir personal cualificado y no cualificado, para rebajar sus costes; y que estas reducciones inciden negativamente en la calidad del servicio. Alegan además que se da un trato inferior a los pacientes de Medicaid dentro de las mismas residencias^{XXiv}.

A.3. Las residencias para ancianos en España.

En España, el proceso de envejecimiento está avanzando tan de prisa como en los países descritos arriba: se estima que antes del año 2020, el 20% de la población tendrá más de 65 años. Tradicionalmente, a las personas mayores dependientes españoles se les atendían en sus casas. Las residencias que existían fueron operadas en general por organizaciones sin ánimo de lucro, principalmente religiosas. La incorporación de la mujer a la población activa, así como la falta de corresponsabilidad familiar y las dificultades para la conciliación laboral y familiar, han hecho que la solución familiar para personas en situaciones de dependencia sea menos automática. Como respuesta a ese problema y al crecimiento de la población anciana en España, a partir de los años 60 se empezaron a construir grandes centros públicos para acoger a ancianos^{XXv}.

Según la legislación española, las personas con mayor grado de dependencia o con problemas de salud más graves, y/o que no tienen familiares que les pueden atender, tienen prioridad a la hora de recibir una plaza en una residencia pública. Estos centros están subvencionados para las personas que consiguen una plaza. Tanto los criterios que determinan las condiciones exigidas para generar el derecho a recibir este servicio como la obtención de subvenciones, forman parte de las competencias autonómicas, variando dichas condiciones en función del lugar de residencia del anciano. También los criterios sobre la subvención son distintos entre Comunidades Autónomas. Para la Comunidad Valenciana, por ejemplo, el paciente tiene que hacer un pago fijo, que puede aplazarse o convertirse en deuda, y un pago mensual que es equivalente al 80% de la doceava parte de sus ingresos totales anuales^{XXvi}. Las listas de espera para las residencias públicas en la actualidad varían considerablemente entre Comunidades Autónomas e incluso Ayuntamiento. Así por ejemplo en Madrid, hay unas 10.000 personas esperando una plaza en una residencia pública^{XXvii}.

El sector público español ha financiado las residencias de dos maneras: mediante la producción del servicio, es decir, directamente, con la construcción y operación de residencias públicas; o mediante la ayuda a entidades privadas a través de subvenciones a los denominados centros “concertados” operados desde el ámbito privado. Con la saturación de la capacidad de los centros públicos, en los años 90 en España se empezó a experimentar con una mayor participación privada en el sector. La expansión de la actividad privada ha sido mucho mayor que la de la pública, hasta el punto que mientras el número total de camas en residencias se ha multiplicado por casi seis desde 1975, actualmente el número de camas en residencias privadas es más del doble del número total que hay en las públicas en España^{XXviii} (ver Tabla 9).

Tabla 9: Evolución tipos residencias - España, 1975-2007
 - En estos años aumento continuado de la concertación y de la ayuda pública.
 - Gran variabilidad según CCAA. Cataluña, Madrid, Castilla-León, Andalucía, Castilla-La Mancha, Com. Valenciana y País Vasco poseen más plazas privadas.

Años	Residencias				
1975	Total plazas: 55,000			Total centros: --	
1988	Total plazas: 106,485			Total centros: --	
1994	Total plazas: 163,338			Total centros: 2,707	
	Plazas priv: 110,177 (67.45%)	Plazas Púb: 53,161 (32.55%)		Priv: 2,084 (77.13%)	Púb: 618 (22,87%)
1999 (01-01-02)	Total plazas: 199,058			Total centros: 3,187	
	Plazas Priv: 120,917 (61%)	Concertada: 26,028 (13%)	Plazas Púb: 51,413 (25.9%)	Priv: 2,703 (84.81%)	Púb: 484 (15,19%)
2002 (01-01-02)	Total plazas: 239,761			Total centros: 4,800	
	Plazas Priv: 140,532 (58%)	Concertada: 37,855 (15%)	Plazas Púb: 61,374 (25%)	Priv: 4,160 (86%)	Púb: 640 (13%)
2006 (01-01-06)	Total plazas: 283,134			Total centros: 5,129	
	Plazas Priv: 160,272 (56%)	Concertada: 52,245 (18%)	Plazas Púb: 70,707 (25%)	Priv: 4,100 (80%)	Púb: 1,029 (20%)
2007 (01-01-07)	Total plazas: 311,730			Total centros: 5,213	
	Plazas Priv: 169,908 (54%)	Concertada: 68,706 (22%)	Plazas Púb: 73,116 (23%)	Priv: 3,952 (76%)	Púb: 1,261 (24%)

Fuente: Tortosa, 2008.

Muchas de estas nuevas residencias privadas son centros con ánimo de lucro (54,5% del total en 2007). Pero el crecimiento más rápido ha sido el de las concertadas, que han mostrado unas tasas de crecimiento mucho más elevadas que el sector en general y que actualmente representan el 22% de las camas totales en España (13% en 1999). La fórmula de organización de estas residencias es una modalidad sencilla de la colaboración público-privada o PPP, en la cual el sector público cede en una concesión la operación del servicio al operador privado del centro, junto con los terrenos o edificios necesarios para las instalaciones, sin compromiso de devolver el activo (la residencia) a manos públicas en ningún momento futuro, en la mayoría de los casos^{XXIX}. Es interesante notar que las CCAA que poseen más plazas privadas en residencias incluyen las mismas que han utilizado con más frecuencia la fórmula de colaboración con el sector privado para sus hospitales: Madrid, la Comunidad Valenciana, Castilla y León y Castilla-La Mancha y Cataluña, además del País Vasco y Andalucía.

Los precios de los centros privados están regulados por la Administración regional. En general, las CCAA mantienen registros de los centros disponibles, con algunos detalles para facilitar las decisiones de los ancianos y sus familias. Un guía oficial reciente de los centros privados de la Comunidad de Madrid da una lista de cientos de residencias en la zona, con información sobre sus precios, los servicios disponibles y los datos de contacto. Los precios citados en el guía oscilaban en torno a 1.000 € al mes por paciente. Sin embargo, el informe no facilita información sobre calidad o de los resultados de las inspecciones, y no hay una página web interactiva que facilite esta información y la haga más accesible al usuario.

Un experimento de interés en el sector de las residencias ha sido la utilización de "vouchers", o vales, en la Comunidad Autónoma de Valencia para que los particulares eligieran la residencia que más les

interesaba y la pagasen directamente con fondos recibidos de la Comunidad. Valencia empezó a utilizar los vales, o bonos-residencia, en 1998, siguiendo el ejemplo de Suecia y del Reino Unido en el sector de ayuda a domicilio y como parte de su Plan de Calidad Asistencial Gerontológico. Sus objetivos eran parecidos: 1) los principios básicos de libre elección del usuario; 2) el reparto extensivo de los recursos intentando que éstos llegasen el máximo de individuos posible, y 3) el traslado de la función de control y la evaluación del servicio al ciudadano. Las personas elegibles para el programa son aquellos que viven en la región valenciana y están en situación de dependencia con más de 60 años, y que no disponen de suficientes recursos para pagar el importe total de una residencia privada. Las personas admitidas al programa reciben un bono-residencia mensual con el cual pueden pagar su estancia en la residencia que ellos mismos eligen, entre todos los centros de la Dirección General de Servicios Sociales o cualquier centro acreditado por la Dirección y acogida al programa de bonos-residencia. El importe del bono se compone del coste de la plaza menos la aportación esperada del beneficiario y sus familiares. Las subvenciones se actualizan todos los años para reflejar la inflación y el coste de nuevos equipos médicos necesarios. Se pueden utilizar también para estancias cortas. La residencia remite los vales para liquidación mensual a la Consellería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.

El programa parece haber sido un éxito en la Comunidad Valenciana. Las residencias se han quejado únicamente de los retrasos en los reembolsos recibidos. Se ha observado también un aumento importante en el gasto de la Comunidad Valenciana por este concepto después de la introducción del sistema^{XXX}.

El grado de satisfacción con las residencias en España parece ser alto. Los usuarios señalan que los centros privados tienen más flexibilidad en horas de visitas y en la vida de la residencia en general. En el año 2000, la revista *Consumer* hizo una encuesta muy amplia a familiares de pacientes en 100 residencias por varias zonas del país (Valencia, Navarra, Cantabria, La Rioja, Cataluña, Madrid, Andalucía, Murcia y el País Vasco). Las residencias eran públicas (27), privadas (49) y concertadas (24) y acogían como media a 86 ancianos. Los resultados de las entrevistas y de los datos recogidos por el informe revelaban que los centros públicos no sólo eran más baratos, sino que recibían mayor puntuación (8,1 puntos de una escala de 10, como promedio) que las privadas (6,1 puntos) y las concertadas (7). El 16% “suspendían” el examen de *Consumer* por falta de intimidad para los pacientes, insuficiente seguridad o por escasez de personal cualificado; de las privadas, una de cada cuatro suspendía. Algunos de los resultados de la encuesta se resumen en la tabla 10^{XXxi}.

Tabla 10

	Sí
Me siento bien informado(a) de la evolución del paciente	90%
La infraestructura de la residencia es buena o muy buena	94%
La residencia tiene perfectas condiciones de higiene	45%
Las residencias tienen condiciones regulares de higiene	24%
La limpieza de la residencia es regular	7%
El trato a los residentes es muy bueno	43%
No vendría mal más personal	13%

Fuente: *Consumer* Eroski.

La Tabla 11 presenta algunos contrastes entre el sector de las residencias de ancianos en EEUU, el Reino Unido y España. De su lectura se deduce que en España, el sector privado en las residencias españolas probablemente tiene aun mucho potencial de crecimiento, dada la saturación de las residencias públicas y las tensiones presupuestarias. Dentro de este sector, las residencias concertadas y las PPPs más complejas son las que ofrecen un potencial más interesante, porque combinan los incentivos privados con una financiación pública, facilitando su entrada al mercado y el acceso de toda clase de pacientes.

Faltan por definir en España muchos mecanismos de certificación y control de calidad, y quedan por impulsar buenas y transparentes fuentes de información pública para que este crecimiento vaya a la par de las capacidades de financiación y de libre elección de las personas en situaciones de dependencia y de sus familias.

El experimento valenciano con bonos-residencia ha presentado una alternativa para combinar de manera eficaz la libre elección de las familias con las subvenciones estatales y los servicios privados. La larga experiencia que se está acumulando en España con los hospitales PPP, o de colaboración público-privada, y el auge de las residencias concertadas en muchas regiones del país, abren otra vía posible para aliviar la saturación de las instituciones públicas y permitir mayor elección y mecanismos de control de coste y competencia en calidad entre proveedores. Esta opción se analizará en más detalle en la tercera parte de este informe.

Tabla 11: Unos contrastes entre las residencias en el Reino Unido, los Estados Unidos y España

	EEUU	Reino Unido	España
Estadísticas	Más de 17.000 residencias 94% de plazas totales privadas; 68% con ánimo de lucro; 6% públicas Facturación al sector público (Medicare/Medicaid) en 2006: \$75mm	450.000 personas en residencias 10% pago particular Mercado grande y atomizado con valor de £10mm/año	5.460 residencias, más de 311.000 camas 54% de plazas totales privadas, 22% concertadas, 23% públicas
Modelos de propiedad	Mayoría: propiedad privada con ánimo de lucro <ul style="list-style-type: none"> • Pequeñas • Grandes cadenas privadas sin ánimo de lucro • Religiosas • No religiosas Públicas Independientes o asociadas a un hospital	Mayoría: propiedad privada con ánimo de lucro <ul style="list-style-type: none"> • Pequeñas • Grandes cadenas privadas sin ánimo de lucro • Religiosas • No religiosas Públicas PPPs	Propiedad privada con o sin ánimo de lucro Concertadas (PPPs sencillas) Públicas
Financiación	Estado <ul style="list-style-type: none"> • Medicare • Medicaid Seguro privado Particular	Estado Seguro privado Particular (10%) Toda atención médica necesaria se paga con fondos públicos	Comunidades Autónomas <ul style="list-style-type: none"> • Provisión tradicional • Subvención, sistema de bonos-residencia (Valencia) Seguro privado Particular
Formas de financiación	Reembolso a una tasa fija para residencias certificadas	Transferencias a residencias Importe fijado por necesidades médicas y medios económicos de la familia	Financiación pública Reembolsos de CCAA
Normativa	Nacional y estatal Normativa estricta	Agencia independiente	CCAA
Barreras a la entrada	Normativa nacional y estatal Márgenes estrechos por "techo" a pagos por paciente Necesidad de contener costes Posibles inspecciones, demandas		Distinta legislación en distintas CCAA

Control de calidad	Inspecciones anuales Requisitos de información sobre pacientes (<i>Minimum Data Set</i>) “Nursing Home compare” permite	Registro de residencias permite búsquedas y comparaciones <i>Care Quality Commission</i> : agencia independiente de control de calidad	El sistema de vales, o bonos-residencia, introduce un elemento de competencia entre residencias
	comparaciones entre residencias para usuarios y familiares		
Problemas o temas a resolver	Alto coste Numerosos problemas detectados en inspecciones	Alto coste	Saturación
Asociaciones		<i>Registered Nursing Home Association</i> (RNHA)	

Fuente: Elaboración propia.

B. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).

Uno de los servicios más demandados para cubrir las necesidades de personas en situación de dependencia en los países desarrollados es el servicio de ayuda a domicilio (SAD). Los cuidados prestados por profesionales sanitarios, o por miembros de la familia, permiten que las personas dependientes puedan seguir viviendo en sus casas en vez de utilizar residencias u otras instituciones. Es una opción que rebaja sustancialmente el coste de la atención a personas dependientes. Datos oficiales de EEUU demuestran que una visita de un profesional a domicilio cuesta alrededor del 25% de lo que costaría la misma atención en una residencia, y cuesta sólo una pequeña fracción de lo que costaría mantener a esa persona durante un día en un hospital. Pero aparte de las consideraciones de coste, la mayoría de las personas en situaciones de dependencia expresan una clara preferencia por recibir la atención que necesitan dentro de sus propias casas. La ayuda a domicilio, por lo tanto, no sólo minimiza costes sino que mejora en la mayoría de las situaciones la calidad de vida del paciente^{XXXii}.

Hay una serie de servicios que pueden proveerse en el domicilio del paciente. Entre ellos están la evaluación médica o psicológica; la formación sobre medicaciones y enfermedades; el control del dolor y de enfermedades; y las terapias físicas, ocupacionales y de comunicación. También se les puede prestar ayuda a personas ancianas o discapacitadas con la compra, la limpieza y otras tareas del hogar.

El recurso a la ayuda a domicilio, o SAD, es cada vez más frecuente en los países desarrollados por motivos no sólo demográficos, sino por el coste y la saturación de los recursos disponibles, y para maximizar el bienestar de las pacientes. En los Estados Unidos hay más de 9.000 agencias certificadas por Medicare para proveer servicios a domicilio. En el año 2006 más de 3 millones de personas se beneficiaron de sus servicios, con un total de 103.931.188 visitas a domicilio^{XXXiii}. En el Reino Unido, donde se abrió el mercado a proveedores privados de SAD a principio de los años 90, su valor total actualmente suma a unos 1,5mm£. La London School of Economics estima que alrededor de un 70% de esta cifra se debe a servicios impartidos por proveedores privados, a un coste que oscila por la mitad del equivalente público^{XXXiv}. En España, donde este sector es todavía naciente, la industria formal mueve unos 46m □ anuales, una cifra muy reducida (menos del 0,006% del PIB) que tenderá a aumentar rápidamente en el futuro.

El análisis de este sector plantea las mismas preguntas básicas analizadas arriba, a las que se han dado distintas respuestas en los países donde la ayuda a domicilio es más generalizada. Éstas son:

- 1. ¿Quién la recibe?** Aquí entran en juego las condiciones establecidas por la ley nacional, que determina a quién se le considera en situación de dependencia, y cómo se les califica como tal.

En el caso de España al tratarse en numerosas ocasiones de un servicio que se presta desde los Ayuntamientos, son éstos los que fijan la forma de acceso al mismo, siempre dentro de los criterios generales fijados por la normativa estatal.

2. ¿Quién la presta? La ley también marca los límites del mercado para proveer estos servicios cuando determina si los servicios se facilitarán a través de agencias públicas, o si se permitirá la entrada al mercado de agencias privadas, con o sin fines de lucro. A la vez determina el nivel de supervisión y certificación que se exigirá a las empresas o agencias que quieren participar en el mercado.

3. ¿Cómo se paga? De nuevo, la ley juega el papel fundamental con la determinación de cuál será la manera de financiar los servicios: si se pagarán enteramente con fondos públicos; si se exigirá un co-pago en función de los ingresos del paciente; o si la financiación será exclusivamente particular o a través de un seguro privado. También pueden introducirse métodos innovadores de pago que acorten los plazos de cobro que son más típicos para la facturación al sector público; y se pueden incorporar incentivos o formas de contratación diseñados para minimizar o controlar los costes.

Las respuestas a todas estas preguntas configuran el mercado y las oportunidades para una eventual colaboración entre el sector público y el privado en la provisión de los servicios a domicilio. Ayudarán también a determinar si se consigue valor por el dinero con PPP, que es siempre la pregunta subyacente más importante para esta fórmula de provisión de servicios.

Un repaso por las experiencias del Reino Unido y Estados Unidos mostrará cómo se han respondido en estas situaciones concretas a estas preguntas, señalando así algunos modelos viables para este sector naciente en España.

B.1. Ayuda a domicilio en el Reino Unido

El Servicio Nacional de la Salud (*National Health Service*, o NHS) británico administra sus servicios sanitarios a la población del país a través de los Councils locales en todo el Reino Unido. Estos Consejos son los “compradores” más importantes de servicio a domicilio en el Reino Unido, representando el 80% del gasto total. Según sus datos, el número de horas de servicio a domicilio se ha duplicado desde 1997, y como promedio cada hogar recibe unas 12,4 horas de servicio a domicilio al año^{XXXV}.

Por los motivos anteriormente señalados, el NHS británico se ha puesto como objetivo aumentar de manera considerable el número de personas dependientes que reciben atención en sus propios domicilios en vez de en residencias. Para marzo del 2006, el objetivo fijado en el NHS *Public Service Agreement* era que el 30% de las personas mayores que necesitaban “apoyo intensivo” lo recibieran en casa; y para marzo del 2008 ese objetivo se había elevado al 34%. La cifra nacional conseguida en 2007 era del 35,1%, por encima del objetivo nacional^{XXXVI}.

Los servicios sociales forman una parte muy importante –casi un tercio– del presupuesto de los Consejos regionales en el Reino Unido. Clasificados bajo este umbral figuran una serie de servicios además de la ayuda a domicilio, que incluyen las residencias, el transporte y las comidas para personas en situación de dependencia, las adopciones y otros. En total, las autoridades locales en Inglaterra gastaron 19,3 mm £ en estos servicios en el año fiscal 2005-6, y los incrementos anuales de gasto han sido importantes. Los servicios a adultos representaban más de dos tercios del total, y dentro de esta categoría, el componente de gasto más importante con mucha diferencia ha sido el gasto en la atención a ancianos^{XXXVII}.

Hay tres formas de financiar la atención a domicilio de las personas en situación de dependencia en el Reino Unido. En algunos casos, las autoridades locales proveen el SAD con empleados públicos,

en una provisión tradicional que no tiene coste para el usuario. En otros –una fórmula actualmente en auge en el Reino Unido–, el paciente recibe una subvención directa del gobierno que utiliza para pagar el servicio al proveedor que él o ella mismo/a elige. Esta opción, que se parece a los bonos-residencia valencianas descritas arriba, se llama pago directo (*direct payment*) y permite que la persona en situación de dependencia elija el servicio que mejor se adapta a sus necesidades personales, al precio que más le conviene. El control particular del gasto introduce un elemento de control de coste que puede ayudar a mejorar la relación coste/calidad del servicio. Aunque los servicios contratados por pago directo representan todavía una pequeña proporción del total de los servicios pagados, el gobierno británico lo considera una opción tan atractiva y útil que ha incluido entre los criterios de evaluación de las autoridades locales el haber hecho un esfuerzo de aumentar el acceso a esta forma de pago.

Existe además una tercera opción, que es crear una PPP sencilla para estos servicios, en la cual los departamentos públicos locales encargados de los servicios sociales contratan los SAD a agencias privadas independientes, abonándolos ellos. Esta opción ha ido en auge en el Reino Unido desde principios de los 90.

Igual que en otros países, en el Reino Unido los proveedores de SAD en los años que han seguido a la liberalización del sector pueden ser públicos o privados, con o sin ánimo de lucro. Las agencias de ayuda a domicilio se regulan de forma independiente en las cuatro naciones que forman el Reino Unido. En Inglaterra, la legislación correspondiente es *The Care Standards Act* (2000) y *The Domiciliary Care Agency Regulations* (2002). El regulador del sector es la Comisión para la Inspección de la Atención Social (*The Commission for Social Care Inspection*, o CSCI). Para Gales, las leyes son las mismas, con una versión de las regulaciones para la región galesa: *The Domiciliary Care Agencies (Wales) Regulations* (2004). En Escocia la ley marco es *The Regulation of Care (Scotland) Act* (2001). Irlanda del Norte sigue en el proceso de definición e implementación de una legislación específica para la ayuda a domicilio, pero tiene regulaciones concretas: *The Health and Personal Social Services (Quality, Improvement and Regulation) Order* (2003) y *Domiciliary Care Agency Regulations (Northern Ireland)* (2007). El regulador del sector es La Autoridad para Registración y Mejoras de Calidad (*The Registration and Quality Improvement Authority*, o RQIA).

Los cuidados a domicilio de personas en situación de dependencia en el Reino Unido forman parte de una industria grande y lucrativa, cuya actividad privada se cifra en unos 1,5mm £ anuales^{XXXVIII}. En una década y media desde que se generalizó el recurso a este tipo de servicio, los proveedores independientes en el mercado británico han pasado del 2% del total en 1992 a alrededor del 70% del total hoy en día. Hay varios modelos de negocio: están las agencias *full spectrum* que cubren todos los tipos de atención médica y social; y están los proveedores especializados que se centran en un solo tipo o varios tipos de ayuda a domicilio. En tamaño, varían desde agencias muy pequeñas a empresas grandes con una presencia nacional, como CAREUK, o multinacionales extranjeras como Home Instead. El mayor “comprador” de servicio a domicilio es el sector público: un 60% de las agencias independientes recibe alrededor del 75% de su facturación del sector público, y para el 15% es

CAREUK

CAREUK lleva 15 años como proveedor de ayuda a domicilio para personas en situación de dependencia en el Reino Unido.

Actualmente tiene contratos con 55 autoridades locales para facilitar unas 121.500 horas de atención en casa a más de 15.000 personas.

Sus pacientes incluyen tanto personas mayores como personas con discapacidades físicas, problemas de aprendizaje, enfermedades mentales, daños cerebrales o HIV.

su único cliente. Por lo tanto, el gobierno tiene el poder de influir de manera importante sobre los costes y los precios de estas agencias^{XXXIX}.

Los proveedores privados británicos de SAD están agrupados en una asociación llamada *United Kingdom Homecare Association*, o UKHCA, que actualmente cuenta a más de 1.600 agencias entre sus socios. La asociación, que es voluntaria y privada, tiene como objetivo promover una calidad alta de cuidados a domicilio y representar los intereses de sus miembros en foros públicos. Los socios de UKHCA se comprometen a cumplir el código de la asociación, *The UKHCA Code of Practice*, que fija unos baremos de calidad que a veces son superiores a los que marcan las distintas leyes nacionales, y que nunca pueden ser inferiores. El código habla del respeto por la "dignidad" y los "valores" de los pacientes y la necesidad de acatarse siempre que sea posible a sus deseos en cuanto a los cuidados a recibir. La UKHCA no acepta como socios a agencias que no se comprometen a cumplir el código, y puede investigar alegaciones de que algún socio haya trasgredido sus normas. Para el usuario británico, la UKHCA es un recurso vital para identificar a los proveedores que están en su zona geográfica y dentro del ámbito de los servicios que busca, y que reúnen los estándares de calidad de la asociación. La asociación también ofrece consejos a los usuarios sobre los cuidados disponibles y los mejores criterios a seguir para seleccionar a un proveedor. Las agencias del UKHCA cumplen o exceden las normas mínimas establecidas en más del 80% de los casos^{XL}.

Conforme ha ido progresando la liberalización del sector, y ante la presión de los incrementos continuos de costes en la sanidad y las restricciones presupuestarias, el gobierno británico ha ido redefiniendo su política en varios sentidos, buscando formas de agilizar y racionalizar los SAD y abriendo la puerta hacia una mayor participación privada en la provisión de atención a personas en situaciones de dependencia. Entre los elementos básicos de su política actual están los siguientes:

1. Una novedad muy importante para el gobierno, en línea con su objetivo de buscar siempre la mayor calidad, control de coste y poder de elección para el usuario, es la utilización de los **pagos directos** comentados anteriormente. Éstos, que se parecen al experimento de los bonos-residencia descritas en la Parte A, son una subvención pagada directamente al paciente para que pueda elegir entre proveedores y seleccione el que más le conviene para la ayuda a domicilio, abonándole directamente de su subvención. El gobierno británico anima a las autoridades a incrementar la utilización de los pagos directos, sobre todo en los servicios para ancianos, porque estima que devuelven al individuo el control sobre la atención médica que recibe, e introduce un elemento de control de costes importante, a la vez que elimina la incertidumbre presupuestaria de las autoridades locales. Las autoridades nacionales proyectan ahorros de alrededor de un 30% por los mismos servicios con la utilización de los pagos directos.
2. Otra novedad es tramitar los pagos por estos servicios a través de un **p-Card**, o **tarjeta de pago**, que evita la necesidad de facturas, agiliza los cobros y hace más rápido y eficaz en general el proceso. Tiene la ventaja adicional de reducir las tareas administrativas, reduciendo así el coste final del servicio. Algunas estimaciones apuntan a que los ahorros conseguidos a través de la utilización del *p-Card* podrían oscilar entre 5 y 25 libras por transacción, con un ahorro total potencial de entre 2 y 12 m £ por año a nivel nacional (hasta casi el 1% del gasto total nacional). Se está experimentando en el condado de Kent con una combinación de los pagos directos y las tarjetas de pago para que el paciente pueda no sólo elegir a su proveedor, sino pagarle cada vez que recibe atención con una tarjeta que funciona como una tarjeta de débito, en cuya cuenta se ha depositado el importe que se le ha asignado para cubrir el servicio. Este condado dice haber ahorrado anualmente unas 700.000 £ en costes administrativos, de un presupuesto administrativo total de 1,1m £, o un 64% del total. Reporta además una capacidad de gestión financiera mucho mayor, por tener información más inmediata y completa sobre cuáles van a ser los costes finales de los servicios prestados. Hay que tener en cuenta que la utilización de un *p-Card* puede traer un beneficio adicional, que es la generación de facturación y empleo para el sector financiero local^{XLI}.

3. Para reducir costes e incrementar la eficacia, el gobierno británico ha lanzado una iniciativa tanto novedosa como polémica: el **eProcurement**, que es la utilización de subastas online para negociar el precio final del SAD. Para agilizar el proceso de la provisión de servicios sociales, las autoridades anuncian las ofertas para estos servicios en internet, permitiendo el registro de proveedores potenciales, y abriendo un proceso de “subasta” en base al cual se toma la decisión final de contratación. En un sitio web seguro, se anuncian las características concretas de los servicios que se contratan, se registran los proveedores potenciales, y se emiten y reciben las ofertas por internet en vez de por teléfono o personalmente. El proceso ha reducido el tiempo que se empleaba en el proceso de contratación pública de servicios, y ha hecho posible que un número mayor de agencias interesadas pudieran competir para ofrecer el servicio. El *eProcurement* ofrece varias ventajas sobre la provisión tradicional, que son las siguientes:

- a. Permite una mayor difusión de las ofertas a proveedores de todos los tamaños y en todas las regiones, haciendo factible una competencia más abierta.
- b. Aumenta la transparencia del proceso, eliminando, por ejemplo, las diferencias en los costes de un mismo servicio entre distintas zonas.
- c. Reduce el tiempo del proceso de contratación, con lo cual las autoridades pueden ajustar mejor sus presupuestos.
- d. Reduce el coste administrativo asociado a la provisión del servicio^{XLii}.

Como resultado, la utilización del *eProcurement* permite dedicar más recursos a la “primera línea” de atención, que es el contacto directo con el paciente.

Las autoridades británicas han utilizado los datos obtenidos a través de las subastas electrónicas para intentar racionalizar los costes de los servicios para personas en situación de dependencia, y nivelar las tasas pagadas. Comparando datos entre distintas regiones, construyen un modelo de costes medios para el servicio y, basándose en esta información, establecen un precio objetivo para cada servicio, que oscila normalmente alrededor de un 10% por encima de los costes.

4. Un experimento algo controvertido que se ha llevado a cabo con el *eProcurement* ha sido la **negociación en bloque** de una serie de contratos para distintas regiones en una sola subasta. Esta forma de subasta se estrenó para contratos municipales de transporte y muebles y complementos de oficina. Para SAD se ha empleado hasta la fecha en cuatro municipios en el Reino Unido, entre ellos Edimburgo, la capital de Escocia. En el proceso de contratación en bloque llevado a cabo en 2007-2008, hubo 29 ofertas, 17 de las cuales representaban a empresas que ya participaban en SAD en esa zona. De este grupo, 12 proveedores acudieron a la subasta electrónica. La subasta en sí duró 87 minutos e incluyó un total de 657 ofertas. El precio final que salió del concurso representaba un ahorro promedio de 26p/hora sobre las tasas anteriores; o alrededor del 20%. Las decisiones finales tomaron en cuenta no sólo el precio ofertado, sino consideraciones sobre la calidad del servicio. Las autoridades quedaron satisfechas con el proceso, que aumentó el nivel de competencia y redujo el tiempo que se hubiera tenido que invertir en numerosos procesos paralelos. Permitted además imponer un “cap”, o techo, a los precios aceptables, eliminando incertidumbre y generando ahorros para las arcas públicas. Por lo menos en una zona en Escocia, South Lanarkshire, el Consejo llevó a cabo una inspección de calidad después de haber elegido al ganador del concurso, para asegurarse de que podía dar un SAD con niveles aceptables de calidad^{XLiii}.

A pesar de la satisfacción oficial con el proceso, ha habido críticas fuertes que se plasmaron en un documental de la BBC el 9 de abril de 2009. Los críticos argumentan que el proceso se centra exclusivamente en el precio y que fuerza a los proveedores a ajustar excesivamente a la baja sus tasas para ganar los concursos. Más tarde, alegan, estos proveedores se ven obligados a rebajar la cali-

dad del servicio para cumplir con los términos del contrato. El documental mostró imágenes de profesionales corriendo de una casa a otra en un intento de cumplir con unos objetivos de tiempo poco realistas. Hay que subrayar que un proceso parecido que se inició en Ontario, Canadá en 2005 tuvo que suspenderse tres años más tarde por las críticas e incluso juicios que surgieron a raíz del proceso. Los críticos alegaron que se dio una preferencia injusta a empresas privadas y se asignó demasiada importancia a cuestiones de costes en vez de la calidad del SAD^{XLIV}.

Los contratos se revisan periódicamente —en el Consejo de Suffolk, por ejemplo, hay una revisión anual de calidad— y se emplea un sistema de calificación abierto al público que les puede ayudar a seleccionar entre proveedores. Todos los proveedores se tienen que registrar con la *Commission for Social Care Inspection* y cumplir con las normas nacionales mínimas^{XLV}.

Como los servicios sociales no suponen contratos de grandes importes en general, no se regulan por los Directivos de la UE sobre Contratación. Sin embargo, sí se rigen por los principios de los Tratados de la EU, que exigen no-discriminación, trato justo, transparencia, reconocimiento mutuo y proporcionalidad en la contratación de los servicios públicos. Estos principios, y la búsqueda del mejor valor por dinero, se consiguen a través del *eProcurement*.

5. Para conseguir mayor eficacia, se están empleando **técnicas tele-informáticas** durante la fase de provisión del servicio. La persona encargada de dar los servicios a domicilio hace una llamada a un sistema automático al llegar al hogar y en el momento de marcharse, para confirmar la hora de inicio y de terminación del servicio. El objetivo es reducir el tiempo que los profesionales sanitarios tienen que dedicar a tareas administrativas —actualmente un 24%, según estimaciones de la NHS— para que a la vez se maximice el tiempo que están en contacto directo con la persona en situación de dependencia (actualmente sólo un 30% del total)^{XLVI}. Además, se consiguen ahorros porque se paga a los profesionales el tiempo exacto que dura el SAD, y se controla automáticamente la provisión del servicio.

Además de las llamadas, en algunas zonas del Reino Unido se está imponiendo un registro informático e instantáneo de las observaciones y comentarios sobre el paciente derivadas del SAD. En el London Borough of Barking & Dagenham, por ejemplo, los proveedores están registrando sus comentarios inmediatamente después de la provisión del servicio en equipos informáticos portátiles, permitiendo una actualización continua de la información disponible sobre cada paciente y un ahorro importante en tiempo y coste, ya que la información no tiene que registrarse dos veces. Este cambio a la registración y recepción de datos por internet ha exigido alguna inversión en equipos y la formación en informática para los empleados del SAD^{XLVII}.

B.2. Ayuda a domicilio en los Estados Unidos

La industria de ayuda a domicilio también está en auge en EEUU, donde los gastos en ayuda a domicilio, o SAD, han subido continuamente en los últimos años y actualmente son unos 36,1mm \$ (0,25% del PIB nacional)^{XLVIII}. Estos gastos suponían alrededor del 33% del gasto total médico para personas en situación de dependencia. Los cuidados en residencias representaban las otras dos terceras partes (HHS, 2002).

Hay una clara preferencia por la atención médica en el hogar del paciente, para aliviar la escasez de camas institucionales, minimizar los costes y dar mayor calidad de vida a las personas en situación de dependencia. En las últimas décadas, el porcentaje de pacientes americanos que recurrían a la ayuda a domicilio en vez de la atención residencial o hospitalaria se ha duplicado —del 5,1% al 9,5%— y el número de visitas por usuario se ha triplicado (de 27 a 79) (US Congress, 2000). En 2006, se hicieron un total de 103,931,188 visitas a más de 7m pacientes en todo el país. La tendencia ha seguido durante los primeros años del siglo 21 y está previsto que se acelerará, ya que el número de personas ancianas que necesitan ayuda sanitaria o con las tareas diarias subirá un 42% del año 2000

al 2020. Los datos oficiales muestran que actualmente casi un millón de personas trabajan en el sector de ayuda a domicilio en EEUU.

Las ayudas a domicilio forman parte de las prestaciones financiadas con fondos públicos en EEUU bajo Medicare (parte A). Un médico puede certificar la necesidad de que un paciente reciba en casa atención de enfermería o diversos tipos de terapia (física, ocupacional y otras). Esta autorización se revisa periódicamente.

Las primeras agencias que facilitan cuidados a domicilio surgieron en EEUU a finales del siglo XIX. Actualmente, hay más de 20.000 agencias, o *home care organizations*, que facilitan cuidados a domicilio para personas en situación de dependencia en todo el país. De éstos, algunos están certificados por Medicare, y sólo ellos pueden impartir los servicios que se pagan con fondos públicos. Medicare mantiene una página web llamada [Home Health Care](#) donde los pacientes o sus familiares pueden localizar proveedores certificados en cada región del país, y compararlos en precio y en calidad.

Un proveedor de SAD que recibe la certificación de calidad de Medicare pasa a llamarse *Home Health Agency* (HHA). Estas agencias están autorizadas para dar servicios especializados de enfermería o de terapia bajo la supervisión de al menos un médico y un enfermero profesional, y Medicare certifica que cumplen con todos los requisitos de la normativa federal y del estado donde operan. Las HHA pueden ser organizaciones públicas o privadas, con o sin ánimo de lucro. Las agencias sin ánimo de lucro normalmente tienen detrás una fundación o una organización religiosa que las financia. Para cuidados de los enfermos terminales, normalmente las organizaciones *hospice* cubren todos los costes del SAD. Sólo una HHA certificada por Medicare puede facturar al Estado por sus servicios.

La Tabla 12 da una idea de la evolución en el número de estas agencias certificadas en las últimas décadas en EEUU por tipo (los VNA y PNP en la tabla son privados sin ánimo de lucro; los PROP son privados con ánimo de lucro; PUB representa los públicos y COMB son agencias que combinan elementos públicos y privados) y por asociación (las *freestanding* no están asociadas a un hospital, centro de rehabilitación u otra institución). Destaca no sólo el incremento tan importante en el número total de estas agencias –se más que triplicaron entre 1967 y 2003—sino la diferencia en su composición: mientras en 1967 el 54% eran públicos, sólo el 12% lo eran en 2003; y en 2003 un 47% de las agencias eran con ánimo de lucro, comparado con un 2% en 1975. Evidentemente, y a pesar de las quejas, el SAD trae suficientes beneficios como para atraer a proveedores privados al mercado. Se observa también una tendencia a que más de estas agencias estén asociadas con una institución: mientras el 92% eran *freestanding* en el 1967, esa proporción había caído al 74% en 2003.

Tabla 12: Agencias de Servicio a Domicilio Certificadas por el Gobierno de EEUU, 1967-2003

Year	Número de Agencias de Asistencia a Domicilio Certificadas por Medicare según su asociación, para los años 1967-2003										
	FREESTANDING AGENCIES						FACILITY-BASED AGENCIES				TOTAL
	VNA	COM B	PUB	PRO P	PNP	OTH	HOSP	REHA B	SNF		
1967	549	93	939	0	0	39	133	0	0	1,753	
1975	525	46	1,228	47	0	109	273	9	5	2,242	
1980	515	63	1,260	186	484	40	359	8	9	2,924	
1985	514	59	1,205	1,94 3	832	4	1,277	20	129	5,983	
1990	474	47	985	1,88 4	710	0	1,486	8	101	5,695	
1991	476	41	941	1,97 0	701	0	1,537	9	105	5,780	

1993	594	46	1,196	2,146	558	41	1,809	1	106	6,497
1994	586	45	1,146	2,892	597	48	2,081	3	123	7,521
1995	575	40	1,182	3,951	667	65	2,470	4	166	9,120
1996	576	34	1,177	4,658	695	58	2,634	4	191	10,027
1997	553	33	1,149	5,024	715	65	2,698	3	204	10,444
1998	460	35	968	3,414	610	69	2,356	2	166	8,080
1999	452	35	918	3,192	621	65	2,300	1	163	7,747
2000	436	31	907	2,863	560	56	2,151	1	150	7,152
2001	425	23	867	2,835	543	68	1,976	1	123	6,861
2002	430	27	850	3,027	563	79	1,907	1	119	7,007
2003	439	27	888	3,402	546	74	1,776	0	113	7,265

Source: Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), Center for Information Systems, Health Standards and Quality Bureau, (2003 data obtained in January 2004).

VNA: Visiting Nurse Associations are freestanding, voluntary, nonprofit organizations governed by a board of directors and usually financed by tax-deductible contributions as well as by earnings.

COMB: Combination agencies are combined government and voluntary agencies. These agencies are sometimes included with counts for VNAs.

PUB: Public agencies are government agencies operated by a state, county, city, or other unit of local government having a major responsibility for preventing disease and for community health education.

PROP: Proprietary agencies are freestanding, for-profit home care agencies.

PNP: Private not-for-profit agencies are freestanding and privately developed, governed, and

owned nonprofit home care agencies. These agencies were not counted separately prior to 1980.

OTH: Other freestanding agencies that do not fit one of the categories for freestanding agencies listed above.

HOSP: Hospital-based agencies are operating units or departments of a hospital. Agencies that have working arrangements with a hospital, or perhaps are even owned by a hospital but operated as separate entities, are classified as freestanding agencies under one of the categories listed above.

REHAB: refers to agencies based in rehabilitation facilities.

SNF: Refers to agencies based in skilled nursing facilities.

Fuente: National Association for Homecare and Hospice.

Si una agencia no va a recibir fondos públicos como parte de su facturación, no tiene que certificarse como *Home Health Agency*. En estos casos, la necesidad de una certificación depende de la normativa del estado o estados en los que opera. Actualmente, sólo 27 de los 50 estados americanos exigen que una agencia de SAD tenga una certificación oficial para poder operar y ofrecer servicios a personas en situación de dependencia (Arizona Chapter of the National Private Duty Association).

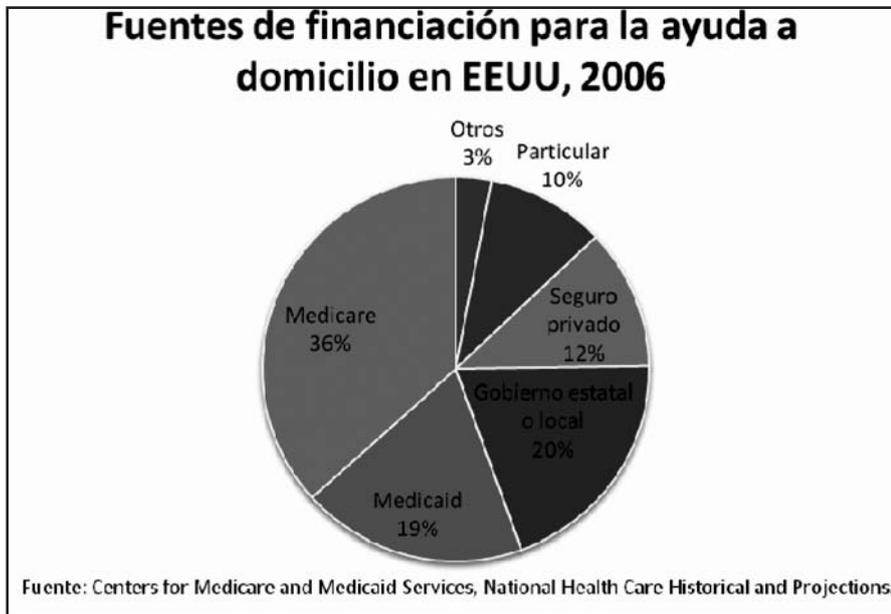
California, por ejemplo, es un estado desregulado donde la política oficial hacia la atención a domicilio es *buyer beware*; es decir, el paciente o sus familiares tienen la responsabilidad de averiguar y vigilar la calidad del servicio. En cambio, Florida es un estado donde el SAD está regulado (*licensure state*) y las autoridades estatales visan y supervisan todos los aspectos del servicio desde su Agency for Home Care Administration. Una ley actualmente ante el Congreso, la *Patient Safety and Abuse Prevention Act*, unificaría la normativa a nivel nacional para exigir como mínimo que se hiciera una investigación rutinaria criminal sobre cualquier persona que fuera a trabajar con ancianos, dentro o fuera de las HHA certificados^{XLIX}.

En los Estados Unidos, los pagos por la ayuda a domicilio pueden ser públicos, si el paciente pertenece a uno de los programas federales siguientes: *Medicare*, *Medicaid*, *Older Americans Act*, *Veterans Administration* o *Social Services Block Grant Programs*. Estos programas se describen a continuación:

- **Medicare** es un programa de seguro médico público que cubre a casi todos los jubilados americanos. Un médico puede autorizar la ayuda a domicilio para cuidados impartidos por enfermeros o terapeutas especializados, a pacientes que tienen impedimentos para recibir los servicios fuera de casa. Un médico tiene que revisar periódicamente la condición del paciente y certificar la necesidad de ayuda a domicilio. Medicare sólo reembolsa al paciente por estos servicios si el proveedor es una HHA certificada. Normalmente, Medicare financia más del 50% de los gastos totales a nivel nacional en cuidados de personas mayores y discapacitados, entre residencias y SAD.
- **Medicaid** es un programa conjunto federal/estatal de sanidad pública para las personas clasificadas como pobres. El programa está financiado por el gobierno federal y administrado por los estados, con diferentes criterios y programas en distintos estados. Las familias elegibles para recibir SAD con financiación de Medicaid tienen que estar recibiendo alguna transferencia de renta federal, como *Aid to Families with Dependent Children* (AFDC) o pensiones de la Seguridad Social. Las ayudas a domicilio financiadas bajo este programa incluyen enfermería a tiempo parcial, terapias y servicios sociales médicos, y algunos equipos o productos sanitarios. Medicaid también financia los servicios a enfermos terminales (*hospice*) en 38 estados.
- **Older Americans Act** (OAA) es una asignación de fondos federales para programas estatales o municipales que atienden a las personas de más de 60 años que necesitan ayuda a domicilio para poder vivir de manera independiente. Los servicios que pueden recibirse no son médicos, e incluyen cuidados personales, compra, comidas servidas en casa, tareas domésticas y recogidas en automóvil. Las personas que necesitan estos servicios los solicitan al *Area Agency on Aging*, que los facilita directamente o en cooperación con otras organizaciones locales. Las personas de mayor renta contribuyen al pago de estos servicios en proporción a sus ingresos, mientras las de menor renta los reciben gratis. Unas 436.000 personas que impartían cuidados en sus domicilios recibieron algún tipo de apoyo financiero bajo este programa en el 2002^L.
- **Veterans Administration** (VA) cubre la ayuda a domicilio de naturaleza exclusivamente médica para aquellos veteranos que tienen una incapacidad de un 50% o más. Un médico tiene que autorizar la atención a domicilio y se facilita a través de la red VA de hospitales para veteranos.

Existen además una serie de programas estatales financiados por la Seguridad Social federal para cubrir determinadas necesidades sociales. Muchos estados utilizan estos fondos para subvencionar los SAD para sus residentes. Si el paciente no es elegible para alguno de estos programas, las ayudas a domicilio pueden financiarse por un seguro privado, o el paciente los paga de su bolsillo, negociando las tasas directamente con el proveedor. En muchos casos, el paciente paga el servicio y recibe un reembolso del gobierno. El desglose de las fuentes de pago para el servicio a domicilio en EEUU, donde predominan las fuentes públicas, se presenta en la Figura 2.

Figura 2: Fuentes de financiación para SAD, EEUU



Para los servicios financiados por Medicare, existe un *cap*, o techo, al importe por visita o servicio, que es igual al 112% del promedio nacional. Desde 1997, hay además un techo estricto aplicado a los gastos totales por paciente, que se implementó para introducir incentivos para minimizar los gastos. Los críticos señalan que este techo ha afectado sobre todo a los pacientes con problemas más severos, y que se tuvo que compensar por mayores pagos individuales y privados por el servicio, sobre todo por parte de personas con rentas más altas (McKnight, 2006).

Las agencias americanas privadas con ánimo de lucro que proveen cuidados a domicilio corresponden a todos los modelos de negocio comentados en el caso británico: pequeños, grandes o multinacionales; franquicias y particulares; *full spectrum* y especializados. En general, reportan que no cubren costes con los SAD financiados por alguna agencia estatal: en el 2004, un 33% de las HHA indicaron que sufrieron pérdidas en los servicios que ellos facilitaron que fueron financiados por Medicare. La mayoría de las agencias da servicios para una gama amplia de programas, y se ven obligados a recuperar las pérdidas sufridas en los SAD financiados con fondos públicos por los beneficios obtenidos en los servicios financiados por particulares. También reportan que realizan beneficios sólo en los servicios en áreas urbanas, y que incurren pérdidas en los SAD en áreas rurales. El margen de beneficio para los HHA americanos en 2004 era de sólo el 1,55%, según un informe de la Asociación Nacional de HHA^{Li}. Sin embargo, como se ha visto en la Tabla 4, el número de agencias con ánimo de lucro sigue creciendo (un 714% entre 1972 y 2003), lo cual indica que están percibiendo beneficios que son suficientes para mantenerse en el mercado y atraer a competidores. Además, existen empresas muy grandes que ya tienen presencia internacional como Home Instead, que consiguen beneficios con el servicio a domicilio a través de una red mundial de franquicias.

HOME INSTEAD (MEJOR EN CASA)

Franquicia de ayuda a domicilio; fundada en EEUU en 1994 con 825 franquicias en todo el mundo y \$680m en ventas anuales (2008). Líder mundial en cuidados a domicilio para mayores y personas dependientes.

Opera en España, Estados Unidos, Canadá, Japón, Taiwán, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda, Portugal, Suiza y el Reino Unido.

Los servicios pueden contratarse por horas, desde unas pocas horas a la semana a 24 horas del día, los siete días semanales.

Tres niveles de servicios:

Nivel 1: Compañía y conversación, control del régimen alimenticio, recordatorios de toma de medicamentos, compañía en actividades de entretenimiento, recoger medicamentos de la farmacia, compañía para citas médicas, etc.

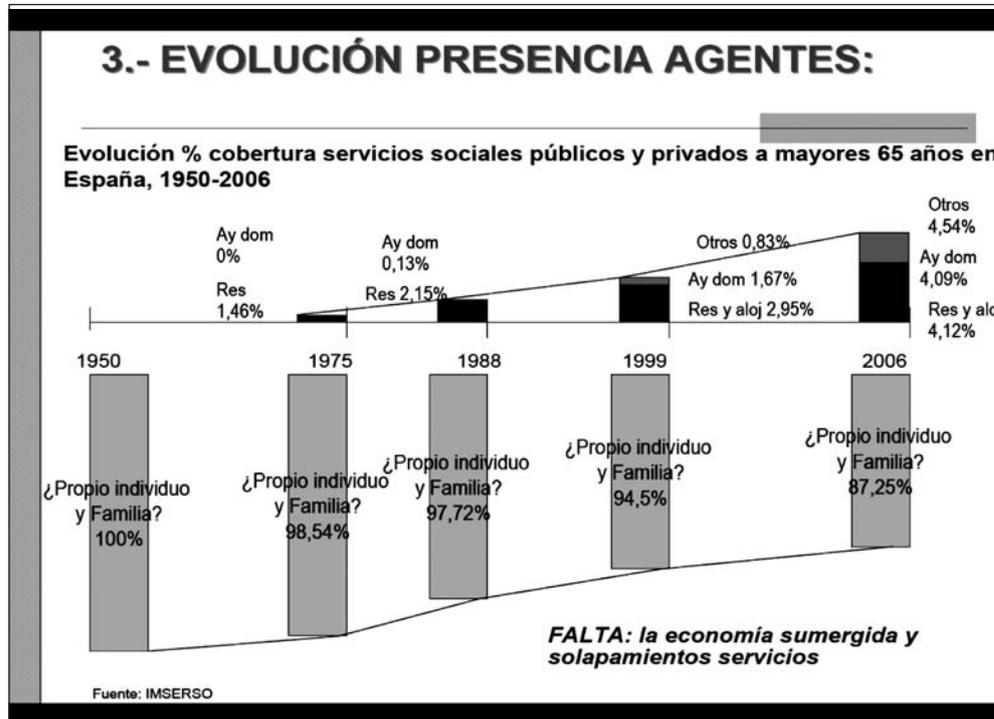
Nivel 2: Preparación de alimentos, limpieza básica del hogar, ayuda con la colada y el planchado, ayuda para caminar, etc.

Nivel 3: Ayuda en el baño y la ducha, asistencia para irse a la cama y levantarse por la mañana, asistencia con la higiene personal, cuidado especializado a personas con Alzheimer o demencia senil, etc.

B.3. Ayuda a domicilio en España

España sufre el mismo proceso de envejecimiento demográfico que están viviendo los países desarrollados de su entorno, que se ha visto atenuado sólo parcialmente desde el año 2000 por la llegada masiva de inmigrantes jóvenes con tasas de natalidad más altas. A la vez, la incorporación de la mujer española al mercado laboral ha sido un fenómeno más tardío que en la mayoría de los países europeos, y esta incorporación está todavía en proceso. El flujo de la mano de obra femenina hacia el empleo remunerado fuera de casa supone que las mujeres que tradicionalmente cuidaban de las personas mayores en sus casas ya no pueden dar ese servicio. Como se ve en la Figura 3, el porcentaje de personas mayores cuyas necesidades sociales se ven cubiertas por sus propios familiares está en declive, desde el 100% en los años 50 a alrededor del 88% en el 2006. De estas personas mayores, se estima que alrededor de la tercera parte están en situación de dependencia. Una encuesta reciente reveló que sólo el 24% de los encuestados creían que los hijos seguirían cuidando de sus progenitores en el futuro (Larizgoitia Jauregi, 2004).

Figura 3: Cobertura de servicios sociales para mayores de 65 años en España, 1950-2006



Fuente: María Ángeles Tortosa.

Por todos estos motivos demográficos y sociales, la demanda de SAD en España está en auge, y hay una necesidad creciente de apoyo para este servicio, para el cual actualmente sólo el 6% de los hogares reciben ayuda pública. Hasta la fecha, el apoyo público al SAD ha sido mínimo en España, con una clara preferencia por los cuidados en residencias. Actualmente, el 70% de la financiación para los cuidados a largo plazo está asignada a instituciones residenciales, que tienen los problemas crónicos de saturación y falta de camas y espacio para pacientes comentados arriba.

En este entorno, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas Dependientes responde a una necesidad urgente. Los expertos estiman que la ley, aprobada en 2006 tras ocho años de discusión, podría afectar directamente y en el corto plazo al 3% de la población española (unos 1,125m personas) que viven en situación de dependencia. Si la actual crisis fiscal lo permite, habrá en los presupuestos estatales un total de 12,638 m € para todos los servicios para personas en situación de dependencia entre 2007 y 2015. Las Comunidades Autónomas se comprometen a aportar las mismas cantidades. El 35% del gasto total lo sufragarán los usuarios finales, en función de su renta personal. La ley crea un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que como ha quedado puesto de manifiesto en la primera parte de este trabajo, tiene como objetivo garantizar el acceso a una gama completa de atenciones para cada ciudadano de cualquier edad o lugar de residencia, tras una evaluación médica y oficial de la necesidad del paciente y de su situación financiera. Los servicios que se anticipan no sólo son espacios en residencias, sino también servicios subvencionados a domicilio, y/o pagos a los miembros de la familia que cuidan de las personas en situación de dependencia, muchos de ellos ya en marcha antes de la aprobación de la Ley. Se prevé que todas las Administraciones Públicas españolas colaboren y se coordinen para proveer estos servicios.

La Ley entra en vigor en un momento en el que las autoridades sanitarias ya han estado trabajando para ampliar los servicios a domicilio como alternativa al tratamiento y seguimiento dentro del hospital o residencia. En un programa piloto se cambió a un grupo de personas mayores o con enferme-

dades crónicas al cuidado en domicilio, desde el cuidado institucional. El gobierno mostró satisfacción con los resultados del programa, ya que redujo la saturación de hospitales locales y mejoró la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Anunció que tenía intención de ampliar la atención médica a domicilio en el futuro^{Lii}.

La nueva Ley prevé que se desarrolle un Programa Individual de Acción para cada paciente. Este programa puede contemplar cuidados residenciales, centros de día o de noche, tele-asistencia y/o servicio de ayuda a domicilio. Entre estos servicios, se incluyen las actuaciones en domicilio para atender a las necesidades diarias de las personas en situación de dependencia, incluyendo limpieza, lavado, cocina y otros. También se evaluará la capacidad del paciente para sufragar los gastos de los servicios. En España los SAD se subvencionarán al 100% para las personas que perciben la pensión mínima (actualmente unos 800 euros mensuales para jubilados con personas a su cargo y 652 euros mensuales para los que viven solos). Las personas con una pensión cuyo importe es equivalente a dos veces o más de la pensión mínima tienen que pagar los SAD de su renta. Para las personas entre un extremo y el otro, hay un sistema de co-pago cuyo importe oscila como función del tamaño de la pensión. Los SAD se financian conjuntamente por el Ministerio de Trabajo, Inmigración e Emigración Asuntos Sociales nacional, los equivalentes regionales y los municipios. Las visitas médicas a domicilio se financian por el Ministro de Sanidad. Más allá de estos criterios básicos, se está en el proceso de definir el contenido exacto de los servicios y de avanzar hacia su implementación para todas las personas que los necesitan.

Aparte de las organizaciones sin ánimo de lucro como la Cruz Roja o asociaciones de voluntarios que prestan o financian servicios a domicilio en España, hay un mercado muy reducido de empresas privadas con ánimo de lucro que proveen cuidados a domicilio. Actualmente, se cifra el mercado español formal de asistencia privada a domicilio en unos 46m, o menos del 0,006% del PIB nacional. Si se incluyera la

ALARÉS

Desde 1999, especializada en Servicios Socio-Sanitarios.

Mercado: Particulares y empresas (Peugeot/Citroen).

Proposición de valor: Facilitar servicios sanitarios diversos no cubiertos por las instituciones públicas, desde “telesanidad” a segundas opiniones y cuidados a domicilio.

3.000 empleados (82% mujeres) en toda España.

Servicios: Teleasistencia Móvil “Alares® Siempre Contigo” ofrece un innovador servicio de atención personalizada e inmediata las 24 horas del día, todos los días del año, a través del equipo móvil.

Formación en nuevas tecnologías para mayores. MedicalHunter para búsqueda directa y selección de personal socio-sanitario y médico Consultas Telefónicas ilimitadas a Especialistas (Médicos, Psicólogos, Abogados, Dietistas y Trabajadores Sociales.

Ayuda Personal y Tratamientos Especializados a Domicilio para situaciones de enfermedad o postoperatorios y por recomendación médica.

Teleasistencia Preventiva y Asistencial 24h

Centros de Día y de Noche.

Red Médica Concertada: consultas de medicina general y especialistas con descuentos especiales sobre tarifas.

Servicio Integral “Mejor en Casa” para personas dependientes

actividad informal, la cifra podría ser bastante mayor. Una búsqueda realizada muestra un total de 1.094 empresas en el país que se identifican como empresas de ayuda al enfermo a domicilio, y 761 de ayuda social a domicilio. Aunque la mayoría son muy pequeñas, entre ellas hay algunas empresas de dimensiones importantes que ya operan en muchas zonas del país, como Alares. Esta empresa tiene 3.000 empleados y anuncia entre sus productos un “servicio integral” llamado “Mejor en Casa” para personas dependientes.

Antes de entrar en vigor la Ley de Dependencia, España no tenía unos criterios unificados para certificar oficialmente a las agencias que facilitaban ayudas a domicilio. En el desarrollo de la Ley de Dependencia, se aprobó una legislación (en 2008) que prevé que las agencias que quieran formar parte de la red del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) previsto por la Ley de Dependencia tengan que acreditarse, según criterios desarrollados por cada Comunidad Autónoma en la que operan. Conforme va implementándose la Ley de Dependencia en las 17 Comunidades Autónomas, va surgiendo un mapa variado con requisitos distintos por región que dan gran complejidad legislativa al sistema, como ha quedado patente en la primera parte de este trabajo.

Un problema importante al que se enfrentan las empresas que ofrecen ayuda a domicilio subvencionado por el sector público a cualquier de sus niveles será el previsible retraso en el cobro por los servicios prestados. Un estudio hecho en 2006 sobre el SAD por el IMSERSO (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) registró las quejas de los distintos organismos públicos sobre la financiación del SAD. Alegaban las empresas que los pagos llegaban tarde, que la financiación se utilizaba para otros fines y que el problema de pagos ocasionaba constantes deudas y faltas de liquidez. Algunos Ayuntamientos que se encargaban de proveer estos servicios directamente decían hallarse en quiebra técnica^{Liii}. Este problema se agravará con el gran aumento previsible del déficit fiscal y la dificultad consiguiente de cubrir desde el Estado los gastos en sanidad de las CCAA.

El mismo informe del IMSERSO destacaba un tercer problema para el sector privado en el mercado de SAD en España, que es el desbordamiento y la baja motivación de los auxiliares que proveen los servicios a domicilio. Las personas contratadas para facilitar estos servicios se quejaban de estar mal pagados, fatigados, en situación laboral irregular, y desmotivados por hacer un trabajo tan poco gratificante^{Liv}. La regulación y la exigencia de títulos y competencias para hacer las funciones de SAD bajo la nueva Ley ayudarán a regularizar la situación de muchas personas trabajando en ayuda a domicilio, pero también es previsible que traerá un aumento de costes para los servicios.

La Tabla 13 presenta de manera sintética los contrastes entre los distintos sectores de ayuda a domicilio en los países analizados en este informe. De su lectura, se deduce que el sector español es aun naciente, aunque tiene muchas características comunes a EEUU y el Reino Unido (tipo de propiedad y origen de pagos, una normativa descentralizada, y un grado potencialmente alto de competencia entre proveedores con modelos de negocio muy distintos). Se concluye también que hay temas fundamentales que aún están sin definir en España, entre ellos la forma de contratación de los servicios de ayuda a domicilio y las vías concretas de financiación (pago directo al paciente, reembolso, pagos exclusivamente públicos al proveedor); y la inspección continua de la calidad de los servicios facilitados. Son cuestiones que tendrán que encontrar una respuesta para que se ponga en marcha la provisión privada de una serie de servicios que previsiblemente tendrán un peso tan importante en la economía española y en la gama de servicios sanitarios y sociales en el futuro próximo.

Tabla 13: Unos contrastes entre los SAD en EEUU, Reino Unido y España

	EEUU	Reino Unido	España
Estadísticas	<ul style="list-style-type: none"> Tamaño: alrededor del 1% del PIB en gasto en cuidados de los ancianos, en domicilio y en residencias 3% del gasto personal sanitario en 2006 era para cuidados en domicilio (\$56mm) 56% del coste cubierto por Medicare y Medicaid (programas federales) 54% de las agencias son privadas, con o sin ánimo de lucro 	<ul style="list-style-type: none"> Tamaño del mercado: £1.5 B 70% de las agencias son privadas 	<ul style="list-style-type: none"> Fase temprana de desarrollo Tamaño de industria de SAD: €46m Ayuda a domicilio sólo para ancianos: €9m 35% privado
Modelos de propiedad	<ul style="list-style-type: none"> Privado, con ánimo de lucro Privado sin ánimo de lucro (religioso y no religioso) Público: federal, estado 	<ul style="list-style-type: none"> Privado, con ánimo de lucro Privado sin ánimo de lucro (religioso y no religioso) Público (Consejos) 	<ul style="list-style-type: none"> Privado, con ánimo de lucro Privado sin ánimo de lucro (religioso y no religioso) Público: CCAA, diputación, municipio
Financiación	<ul style="list-style-type: none"> Gobierno federal (Medicare, Medicaid) (reembolso con importe máximo en pagos a agencias certificadas) (75% de financiación) Gobiernos locales Seguro privado Pago por particular 	<ul style="list-style-type: none"> Gobierno financia actividades de Consejos Innovaciones: <ul style="list-style-type: none"> Contratación electrónica Contratación en bloque Seguro privado Pago por particular 	<ul style="list-style-type: none"> Estado Seguro privado Pago por particular
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> Federal Estatal 	<ul style="list-style-type: none"> Nacional (4 naciones) 	<ul style="list-style-type: none"> Comunidades autónomas
Barreras a la entrada	<ul style="list-style-type: none"> Pocas barreras; alto grado de competencia Necesidad de certificación para agencias que reciben pagos de Medicare Diferencias entre certificaciones y normativas estatales 	<ul style="list-style-type: none"> Normativa exigente Cumplimiento voluntario de estándares más altos 	<ul style="list-style-type: none"> Varian por CCAA Alto grado de competencia con algunas agencias grandes y con experiencia (www.alares.es)
Control de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Para agencias certificadas por Medicare, medición de calidad "Home Care Compare", página web federal que permite que usuarios comparen entre agencias 	<ul style="list-style-type: none"> Care Quality Commission (independiente) utiliza sistema de estrellas para calificar a las agencias Inspecciones de quejas de socios del <i>United Kingdom Homecare Association</i> (UKHCA) 	<ul style="list-style-type: none"> Inspecciones de autoridades regionales
Problemas o temas a resolver	<ul style="list-style-type: none"> Márgenes bajos para agencias Falta de regulación de agencias en algunos estados 	<ul style="list-style-type: none"> Críticas a las presiones para ajustar márgenes, que inciden en la calidad del servicio Controversia sobre el sistema de contratación por internet (<i>eProcurement</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Baja calificación y motivación de empleados de agencias; muchos en situación laboral irregular
Asociaciones	<ul style="list-style-type: none"> National Association of Home Care & Hospice 	<ul style="list-style-type: none"> United Kingdom Homecare Association (UKHCA) 	

Fuente: Elaboración propia.

3. Nuevas propuestas para una mayor colaboración público-privada en la atención a la dependencia.

Este trabajo termina con la identificación y análisis de las oportunidades de mercado para la cooperación público-privada, o PPP, en estos dos sectores concretos de servicios a personas en situación de dependencia. Como conclusión, ofrece unas recomendaciones de cómo se podría organizar y gestionar mejor la cooperación entre el sector público y privado en estos servicios, con el objetivo último de proteger mejor a la población dependiente de España en los años venideros.

Los elementos particulares de los servicios que se han tomado como ejemplos, en el Reino Unido y Estados Unidos, dan pistas importantes sobre cómo se podría avanzar hacia una colaboración público-privada más amplia y más efectiva en estos dos sectores en España en el futuro. La PPP puede ser una fórmula para dar una buena respuesta a los grandes desafíos de estos dos sectores, que se pueden resumir como:

- Protección y cuidados excelentes a las personas en situación de dependencia
- Control de costes
- Control de calidad
- Carga administrativa
- Introducción de técnicas informáticas al sector
- Acceso a información
- Libertad de elección por usuarios
- Cualificación y formación de los empleados del sector
- Condiciones apropiadas de trabajo y motivación para los empleados del sector
- Protección de las agencias o empresas contra demandas o accidentes

En España algunos de estos problemas son más importantes, como el control de calidad o la formación de los empleados; y algunos, como las demandas por malas prácticas sanitarias, son menos frecuentes. Sin embargo, es previsible que todas estas cuestiones se conviertan en claves para la industria durante los años de alto crecimiento previstos para el futuro.

Una PPP en el sector de la ayuda a domicilio podría combinar algunas características de los SAD en el Reino Unido con más elementos de co-gestión, para configurar una red de servicios excelente y accesible a las familias que necesitan apoyo en España.

Las Comunidades Autónomas, como gestores y últimos responsables de la sanidad en sus regiones, podrían evaluar las necesidades de sus residentes e identificar los servicios necesarios y la magnitud y características de estos servicios. Podrían fijar, como ya están haciendo, las condiciones mínimas para que personas o empresas estuvieran en condiciones de impartir estos servicios; y establecer un calendario de inspecciones y de controles de calidad.

Una vez trazados los parámetros de los servicios necesarios, las CCAA podrían proceder a subastas electrónicas en bloque que estuvieran abiertas a todas las agencias certificadas de la zona, que incluirían no sólo a las pequeñas, sino también a las de otras regiones y las grandes cadenas, franquicias y multinacionales del sector. Las decisiones finales tendrían que ser transparentes, con criterios públicos y claros, y deberían de incluir puntuaciones no sólo para el precio ofertado, sino también para la calidad percibida del servicio. Eventualmente, tras unos años de experiencia, la evaluación de calidad podría cuantificarse por lo menos en parte por el historial y las inspecciones de cada agencia que lleva tiempo operando en la zona. En este sentido, sería interesante que las distintas CCAA establecieran un sistema para compartir información entre ellas sobre precios, baremos de calidad y experiencias con las agencias que acudieran a las subastas.

Una vez elegidos los proveedores, las CCAA seguirían ejerciendo su papel como gestor, asignando, supervisando, inspeccionando y revisando periódicamente los contratos firmados. Para reembolsar a

las agencias por los servicios a particulares, se podrían utilizar vales parecidos a los de las residencias en Valencia; o se podría introducir una tarjeta de pago como la del Reino Unido, que ha resultado en reducciones espectaculares en gastos administrativos y ha eliminado las demoras en los pagos que ya son objeto de queja en España. Como gestores, también podrían impartir o subcontratar la formación necesaria para los empleados de las agencias, facilitándoles un título que a su vez ayudaría a que trabajaran en mejores condiciones y con mayor motivación en un sector donde abunda el trabajo irregular. Esta formación podría ofrecerse también sin coste o a un coste mínimo a aquellos familiares que van a recibir compensación por atender a personas dependientes en sus propias casas.

Para aliviar la carga sobre las pequeñas empresas operando en el sector del SAD y abrir la puerta a una mayor participación del PYME tradicional español, el gobierno local también podría subvencionar los equipos tele-informáticos que harían falta para reducir costes administrativos y mejorar el flujo y mantenimiento de información puntual y necesaria sobre los pacientes. Y por último, en un modelo similar al que España ha utilizado con tanto éxito en el sector del turismo rural, el gobierno podría facilitar la interconexión de todas estas agencias en una web permanentemente actualizada, donde los pacientes podrían informarse de sus opciones y las condiciones precisas de cada agencia operando en el sector, de manera análogo a lo que hacen los gobiernos de EEUU y el Reino Unido. El embrión de esta página ya existe con la página web creada para la [Ley de Dependencia](#), que tiene que ampliarse con una base de datos de los servicios disponibles y sus proveedores. Esta información y transparencia redundarían en beneficio de los usuarios, por el mayor control de calidad y la posibilidad de tomar una decisión bien informada. También podría ayudar a controlar los costes, y serviría como plataforma para que las agencias pequeñas y poco capitalizadas pudieran darse a conocer y lanzarse en el mercado.

En el sector de las residencias, las empresas son algo mayores que las agencias de SAD y se enfrentan a costes fijos más altos, entre ellos no sólo la construcción de centros y la necesidad de tener presente a profesionales sanitarios, sino el coste de asegurarse contra riesgos de accidentes o demandas. España ya está acumulando experiencia con residencias bajo la fórmula “concertada” que ha sido tan popular para los colegios del país, en la que se facilita un terreno o un activo inmobiliario a una organización privada (normalmente sin ánimo de lucro) para que organice y opere un centro de servicios a precios bajos. También ha utilizado la modalidad de PPP más compleja en sus 17 hospitales público-privadas, donde el sector privado o bien construye las instalaciones y después opera sólo los servicios auxiliares; o bien construye el centro y provee el servicio médico completo en el llamado “modelo Alzira”. La mayoría de estos hospitales ya están funcionando y aunque no se han evaluado todavía de una manera transparente y pública para que se conozca si han sido un éxito, el nivel de satisfacción en general parece ser alto.

Estas dos modalidades se podrían aplicar con facilidad al sector de las residencias para ancianos en España. Sería previsible que para aliviar la saturación de los centros existentes y aumentar la capacidad para una población que envejece, se podrían abrir numerosos concursos públicos para contratos PPP de residencias. Como es un sector que está dando beneficios en otros países y que ha atraído la atención incluso de grupos de inversores privados, habría interés y un grado aceptable de competencia, y se podrían concluir contratos que asignaran de manera aceptable el riesgo entre los dos socios y que estableciera un equilibrio aceptable entre control de costes y protección de la calidad durante la larga vida de un contrato. Habría que estar atentos en estos contratos a algunos de los problemas que se han experimentado con proyectos PPP en España y en otros países: la necesidad de una revisión continua de los precios y objetivos, y la evaluación frecuente y la provisión de información transparente y pública para poder identificar los problemas que se encuentren y resolverlos rápidamente. En este sentido, las CCAA tendrían un papel permanente de co-gestores, velando por el difícil equilibrio entre costes, calidad y la protección del usuario final, en un sector que se presenta como clave en el futuro de todas las regiones de España.

Se ha comentado en este informe que las distintas CCAA de España han desarrollado normativas muy distintas en cada zona para la operación y provisión de los servicios analizados en este informe y los otros que contempla la Ley de Dependencia. Aunque estas diferencias supondrán un coste y unas complicaciones adicionales para las empresas privadas que quieren entrar en cada mercado regional, además de una carga burocrática potencial importante, los casos británicos y americanos muestran que esta variación normativa no tiene por qué suponer un impedimento o una barrera a la entrada significativa. Como se ha comentado, las grandes empresas de servicios a domicilio y de residencias operan no sólo en los distintos estados de EEUU y las naciones del Reino Unido, con sus distintos marcos normativos, sino también en distintos países con éxito. Si las empresas que entran en este mercado siguen el patrón típico español, serán de tamaño reducido y tenderán a concentrar sus operaciones dentro de una misma Comunidad Autónoma. Pero es de esperar que en España se desarrollen distintos modelos de negocio para los servicios a domicilio, tal y como se ha visto en otros países. Junto con las empresas pequeñas que dan el servicio, entrarán empresas grandes como Alares que proveen todo tipo de servicios médicos y sociales a domicilio y que obtienen beneficios que son competitivos. Y dada la oportunidad de negocio que se presenta con la Ley en España y suponiendo que se resuelven los problemas de financiación, podrían entrar también multinacionales como Home Instead o franquicias que han tenido éxito en otros países. Aunque puede haber quejas sobre la carga adicional que surge de tener que cumplir con normativas tan distintas, estas empresas demuestran que es posible no sólo operar con éxito en entornos distintos, sino obtener beneficios mientras se da un servicio de calidad.

Probablemente un problema más complicado de superar al poner en marcha la Ley de Dependencia será que las 17 Comunidades Autónomas tienen competencias en la financiación, administración y supervisión de todos los servicios sanitarios, mientras las diputaciones y los municipios administran los servicios sociales. Como en el SAD las dos competencias se solapan, hará falta un esfuerzo importante de coordinación entre los dos niveles de gobierno para configurar un marco claro para la participación privada en estos servicios.

En el momento de redactar este informe, la barrera más importante que se presenta a la implementación exitosa de la Ley de Dependencia es puramente financiera. Como la implementación de la Ley coincide con la crisis económica más importante del último medio siglo para España, que lleva consigo unas tensiones presupuestarias tanto estructurales como coyunturales, el primer obstáculo a la provisión de servicios a domicilio será financiero. Aunque se ha previsto una dotación presupuestaria anual desde el Estado y las CCAA, los fondos disponibles en realidad van a ser escasos, y si se llega a ofrecer todo el abanico de servicios previstos, la necesidad de control de costes y racionalización de procesos será apremiante. En este sentido, las lecciones británicas mencionadas arriba se hacen aun más relevantes. Tanto los pagos directos y la innovación de la tarjeta de pago como el *eProcurement* y la negociación en bloque han hecho posible reducir costes administrativos, aumentar la transparencia y la competencia del proceso de contratación, e introducir elementos de control de coste que pueden hacer posible ofrecer servicios más completos con los fondos disponibles. Las CCAA podrían estudiar estos procesos para minimizar los costes de entrada. También podría ser instructivo estudiar el proceso que ha llevado al Congreso americano a poner límites al gasto total en SAD por paciente, y evaluar el éxito de esta decisión, ya que está previsible que la contención del gasto se presente como el desafío clave en España.

Los tiempos no son propicios para embarcar en un ambicioso plan de servicios, previsiblemente costosos, en España. Sin embargo, es ineludible que el problema de atender adecuadamente a un número creciente de personas en situación de dependencia en España es uno de los grandes desafíos para el futuro del país. Si se estudian las experiencias de otros países, se pueden sacar lecciones que tal vez permitan que estos servicios se faciliten a las personas que los necesitan a pesar de las restricciones presupuestarias, y que se abra la puerta a un mundo nuevo de actividad profesional y empresarial en España en el futuro gracias a la Ley de Dependencia.

BIBLIOGRAFÍA

- "About Care Quality Commission." Care Quality Commission. 22 June 2009. <http://www.cqc.org.uk/aboutcqc.cfm>.
- Andersen, Ronald, Thomas H. Rice, and Gerald F. Kominski. Changing the US Healthcare System. John Wiley and Son, 2007.
- Barnard, Anne. "Nursing home squeezed by costs operators blame medicaid payments." The Boston Globe 7 Apr. 2001.
- Basic Statistics about Homecare. Rep. 2004. National Association for Home Care & Hospice. 30 May 2009 <<http://www.congressweb.com/nahc/positionpapers.htm>>.
- Bawden, Tom. "Blackstone buys UK care home operator for £564m." Times Online 30 Nov. 2004. 14 June 2009 http://business.timesonline.co.uk/tol/business/industry_sectors/support_services/article397293.ece.
- Bosch, Xavier. "Spain's home healthcare programme goes nationwide." BMJ 320 (2000): 535.
- Brazier, Lawrence. "Domiciliary Care e-Auction." Walsall Council. 20 June 2009 <hub.westmidlandsiep.gov.uk/...%20home%20to%20school%20transport/8.%20lawrence%20brazier%20-%20walsall.ppt>
- "Britain's Homecare Scandal." BBC Panorama 9 Apr. 2009. BBC. 30 May 2009 <http://news.bbc.co.uk/panorama/hi/front_page/newsid_7990000/7990682.s>.
- The Canadian Press. "Province halts bids for home-care services." Province halts bids for home-care services 23 Aug. 2008. CBC news. 15 June 2009 <<http://www.cbc.ca/canada/ottawa/story/2008/01/23/home-care.html>>.
- "Care Home Fees Advice." Care Home & Nursing Home UK. 2009. 14 June 2009 <<http://www.carehome.co.uk/fees/>>.
- Centro de Documentación y Estudios. Atención a personas mayores en la CAPV: Servicio de Asistencia domiciliaria, Centros de día y Centros Residenciales. Rep. 2004.
- Centro de Documentación y Estudios. 22 July 2009 <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/siis-atencion-01.pdf>>.
- Concepción., et al. "Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza." Rev. Esp. Salud Publica 56 (2002).
- "A consumer's guide to choosing a Nursing Home." A consumer's guide to choosing a Nursing Home. May 2007. NCCNHR. 14 June 2009 <http://www.nursinghomeaction.org/public/50_156_455.cfm>.
- Committee on Ways and Means. "Stark Announces Hearing on Trends in Nursing Home Ownership and Quality." Committee on Ways & Means: U.S. House of Representatives. 8 Nov. 2007. 22 July 2009 <<http://waysandmeans.house.gov/hearings.asp?formmode=view&id=6615>>.

- Community Care Statistics 2007: Supported Residents (Adults), England [NS], October 30, 2007.
- Consumer Eroski. "Residencias de ancianos: Algunas deben mejorar, pero la mayor." Revista Consumer Eroski. 25 July 2009
<http://revista.consumer.es/web/es/20000201/actualidad/tema_de_portada/30606_5.ph.
- Costa-Font, J., and A. García González. "Long-term health reform in Spain." *Eurohealth* 13 (2007).
- Daly, Mark. "Concerns over private care firms." BBC 15 June 2008. 30 May 2009
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/7455711.stm.
- Dementia in Europe. 2006. 30 May 2009 <<http://www.dementia-in-europe.eu/?Im2=TOMVSRBNL-FRI>>.
- Denniston, K., A. Pithouse, and M. Bloor. "An economic analysis of Best Value for discharging patients into community care: a pilot study of Social Worker times costs." *Research Policy and Planning* 18 (2001).
- Desktop guide: E-procurement in social care. Rep. National eProcurement Project. 30 May 2009
<www.bip.rcoe.gov.uk/rce/aio/47520>.
- Duhigg, Charles. "At Many Homes, More Profit and Less Nursing." *The New York Times* 23 Sept. 2007. 15 June 2009 <http://www.nytimes.com/2007/09/23/business/23nursing.html?pagewanted=1&_r=1>.
- El servicio de ayuda a domicilio: su situación actual. Rep. Nov. 2006. Observatorio de personas mayores. 23 July 2009 <<http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/boletinopm25.pdf>>.
- Family Caregiver Alliance. Selected Long-Term Care Statistics. Rep. 2005. 23 July 2009
<http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=440>.
- Haynes, Philip, Laura Banks, Susan Balloch, and Michael Hill. "Public policy and private provisions: changes in residential care from 1991 to 2001." *Health and Social Care in the Community* 14 (2006): 499-507
- Highlights from the Pilot Study: First National Survey of Older Americans Act Title III Service Recipients. Rep. no. 2. 2004. Administration on Aging. 23 May 2009
<<http://www.gpra.net/surveys/2ndhighlights.pdf>>.
- "Home Health Compare - Agency Search." Home Health Compare - Agency Search. 12 Nov. 2008. Medicare. 30 May 2009
<<http://www.medicare.gov/HHCompare/Home.asp>>.
- "Home Health Quality Initiatives: Overview." Home Health Quality Initiatives: Overview. 15 May 2009. Centers for Medicare & Medicaid Services. 30 May 2009
<<http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthQualityInits/>>.
- Homecare Profit Margin Updates. Rep. Mar. 2006. National Association for Home Care & Hospice. 30 May 2009 <<http://www.congressweb.com/nahc/docfiles/ProfitMargins2006.pdf>>.
- "Inspection." Care Quality Commission. 14 June 2009
<<http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/socialcare/careproviders/inspection.cfm>>.

- Kirkup, James. "Cost of care home places could be 'clawed back from estates people leave top their children'" Telegraph 10 Apr. 2009. 14 June 2009
<<http://www.telegraph.co.uk/finance/personalfinance/insurance/longtermcare/5137440/Cost-of-care-home-places-could-be-clawed-back-from-estates-people-leave-top-their-children.html>>.
- "La Dependencia y el proyecto de Ley para su protección." Watson Wyatt Worldwide. 30 May 2009
<<http://www.watsonwyatt.com/europe/spain/pubs/TendenciasOnline/render2.asp?id=16059>>.
- López Casanovas, Guillem, Jaume Puig-Junoy, Juan José Ganuza, and Iván Planas Miret. Los nuevos instrumentos de la gestión pública. Rep. no. 31. Vol. 31. Colección Estudios Económicos La Caixa, 2003.
- McKnight, Robert. "Home care reimbursement, long-term care utilization, and health outcomes." Journal of Public Economics 90 (2006): 293-323.
- Medicare. "Long-Term Care." Medicare.gov. 25 Mar. 2009. 22 July 2009
<<http://www.medicare.gov/LongTermCare/Static/Home.asp>>.
- NHFA care advice. 23 July 2009 <<https://www.hsbcpensions.co.uk/nhfa/pages/aboutus.asp>>.
- "Nursing home crisis escalating; Families decry conditions; industry fights to improve." The Dallas Morning News 3 Dec. 2000.
- "Nursing Home Chain Sells for \$4.9 Billion." The New York Times 3 July 2007. 14 June 2009
<<http://www.nytimes.com/2007/07/03/business/03care.html>>.
- "Nursing Home Compare." Medicare.gov. 14 June 2009
<<http://www.medicare.gov/NHCompare/Include/DataSection/Questions/HomeSelect.asp>>.
- "Nursing Home." Nursing Home. Ed. Wikipedia. 14 June 2009
<http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_home>.
- "Nursing Home Overview." Nursing Home Overview. 27 Mar. 2008. Medicare.gov. 14 June 2009
<<http://www.medicare.gov/Nursing/Overview.asp>>.
- "Overview Home Health Quality Initiatives." Centers for Medicare & Medicaid Services. 15 May 2009. 22 July 2009
<<http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthQualityInits>>.
- "Patient Safety and Abuse Prevention Act." GovTrack.us. 2008. 22 July 2009
<<http://www.govtrack.us/congress/bill.xpd?bill=s110-1577>>.
- "Paying for Care." WPIC. 14 June 2009 <http://www.wpic.co.uk/resources/financial/pay_care.htm>.
- Poissal, John A., Christopher Truffer, and Sheila Smith. "Health Spending Projections Through 2016: Modest Changes Obscure Part D's Impact." Health Affairs 26 (2007): W242-253.
- Proc. of First European Convention of Lifestyle and Home Care Services, Paris, France. Dec. 2008. 30 May 2009 <www.servicessalapersonne.gouv.fr/Public/P/ANSP/Actus/2008/decembre/Actes-131108-GB.pdf>.
- "Program Information - Home Health Agencies." Washington State Department of Health (DOH). 31 May 2009 <http://www.doh.wa.gov/hsqa/FSL/HHHACS_HomeHealth.htm>.

Registered Nursing Home Association. 14 June 2009
<http://www.rnha.co.uk/rnha_faq.php?r=MAYVHE18995>.

"Residencia tercera edad." Tercera-edad.org. 14 June 2009 <<http://www.tercera-edad.org/residencias/>>.

"Residencias para ancianos." CONSUMER EROSKI. 4 Nov. 2003. 14 June 2009
<<http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2003/11/04/90497.php>>.

Rough, Ginger. "Ensuring safe, quality home care." Ensuring safe, quality home care. 24 May 2009.
Azcentral.com. 30 May 2009
<<http://www.azcentral.com/news/articles/2009/05/24/20090524homecare.html>>.

Tortosa, Maria Angeles, and Rafael Granell. "Nursing home vouchers in Spain: the Valencian experience." *Ageing and Society* 22 (2002): 669-87.

UKHCA. An overview of the UK domiciliary care sector. Rep. May 2009. UKHCA. 23 June 2009
<www.ukhca.co.uk/pdfs/domiciliarycaresectoroverview.pdf>

Wallace, Meredith, Kathy Murphy, Adeline Cooney, and Eamon O'Shea. "A profile of Irish and U.S. nursing homes: evidence for change." *Applied Nursing Research* 20 (2007): 158-61.

"World's Most Admired Companies: Kindred Healthcare." *Fortune* 16 Mar. 2009. *Fortune*. Mar. 2009. 14 June 2009 <<http://money.cnn.com/magazines/fortune/mostadmired/2009/snapshots/10748.html>>.

Wynne, Michael. "Overview of Corporate Nursing Home Care." Overview of Corporate Nursing Home Care. Aug. 2001. University of Wollongong - New South Wales, Australia. 14 June 2009
<http://www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/nursing_homes_gen.html>.

NOTAS

ⁱ Registered Nursing Home Association. 14 June 2009 <http://www.rnha.co.uk/rnha_faq.php?r=MAY-VHE18995>.

ⁱⁱ Kirkup, James. "Cost of care home places could be 'clawed back from estates people leave top their children'" Telegraph 10 Apr. 2009. 14 June 2009 <<http://www.telegraph.co.uk/finance/personalfinance/insurance/longtermcare/5137440/Cost-of-care-home-places-could-be-clawed-back-from-estates-people-leave-top-their-children.html>>.

ⁱⁱⁱ "Inspection." Care Quality Commission. 14 June 2009 <<http://www.cqc.org.uk/guidanceforprofessionals/socialcare/careproviders/inspection.cfm>>.

^{iv} "Paying for Care." WPIC. 14 June 2009 <http://www.wpic.co.uk/resources/financial/pay_care.htm>

^v Kirkup, James. "Cost of care home places could be 'clawed back from estates people leave top their children'" Telegraph 10 Apr. 2009. 14 June 2009 <<http://www.telegraph.co.uk/finance/personalfinance/insurance/longtermcare/5137440/Cost-of-care-home-places-could-be-clawed-back-from-estates-people-leave-top-their-children.html>>.

^{vi} Registered Nursing Home Association. 14 June 2009 <http://www.rnha.co.uk/rnha_faq.php?r=MAYVHE18995>.

^{vii} "Nursing Home." Nursing Home. Ed. Wikipedia. 14 June 2009 <http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_home>.

^{viii} "Care Home Fees Advice." Care Home & Nursing Home UK. 2009. 14 June 2009 <<http://www.carehome.co.uk/fees/>>.

^{ix} NHFA care advice. 23 July 2009 <<https://www.hsbcpensions.co.uk/nhfa/pages/aboutus.asp>>.

^x Duhigg, Charles. "At Many Homes, More Profit and Less Nursing." The New York Times 23 Sept. 2007. 15 June 2009 <http://www.nytimes.com/2007/09/23/business/23nursing.html?pagewanted=1&_r=1>.

^{xi} Committee on Ways and Means. "Stark Announces Hearing on Trends in Nursing Home Ownership and Quality." Committee on Ways & Means: U.S. House of Representatives. 8 Nov. 2007. 22 July 2009 <<http://waysandmeans.house.gov/hearings.asp?formmode=view&id=6615>>.

^{xii} Wallace, Meredith, Kathy Murphy, Adeline Cooney, and Eamon O'Shea. "A profile of Irish and U.S. nursing homes: evidence for change." Applied Nursing Research 20 (2007): 158-61.

^{xiii} "Nursing Home Chain Sells for \$4.9 Billion." The New York Times 3 July 2007. 14 June 2009 <<http://www.nytimes.com/2007/07/03/business/03care.html>>.

^{xiv} Committee on Ways and Means. "Stark Announces Hearing on Trends in Nursing Home Ownership and Quality." Committee on Ways & Means: U.S. House of Representatives. 8 Nov. 2007. 22 July 2009 <<http://waysandmeans.house.gov/hearings.asp?formmode=view&id=6615>>.

^{xv} Duhigg, Charles. "At Many Homes, More Profit and Less Nursing." The New York Times 23 Sept.

2007. 15 June 2009 <http://www.nytimes.com/2007/09/23/business/23nursing.html?pagewanted=1&_r=1>.

XVi "Nursing home crisis escalating; Families decry conditions; industry fights to improve." *The Dallas Morning News* 3 Dec. 2000.

XVii "Nursing Home." Nursing Home. Ed. Wikipedia. 14 June 2009 <http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing_home>.

XViii "Nursing Home Overview." Nursing Home Overview. 27 Mar. 2008. Medicare.gov. 14 June 2009 <<http://www.medicare.gov/Nursing/Overview.asp>>

XiX Andersen, Ronald, Thomas H. Rice, and Gerald F. Kominski. Changing the US Healthcare System. John Wiley and Son, 2007.

XX Medicare. "Long-Term Care." Medicare.gov. 25 Mar. 2009. 22 July 2009 <<http://www.medicare.gov/LongTermCare/Static/Home.asp>>.

XXi Wynne, Michael. "Overview of Corporate Nursing Home Care." Overview of Corporate Nursing Home Care. Aug. 2001. University of Wollongong - New South Wales, Australia. 14 June 2009 <http://www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/nursing_homes_gen.html>.

XXii Wynne, Michael. "Overview of Corporate Nursing Home Care." Overview of Corporate Nursing Home Care. Aug. 2001. University of Wollongong - New South Wales, Australia. 14 June 2009 http://www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/nursing_homes_gen.html

XXiii Barnard, Anne. "Nursing home squeezed by costs operators blame medicaid payments." The Boston Globe 7 Apr. 2001.

XXiv Wynne, Michael. "Overview of Corporate Nursing Home Care." Overview of Corporate Nursing Home Care. Aug. 2001. University of Wollongong - New South Wales, Australia. 14 June 2009 http://www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissent/documents/health/nursing_homes_gen.html

XXv Tortosa, Maria Angeles, and Rafael Granell. "Nursing home vouchers in Spain: the Valencian experience." Ageing and Society 22 (2002): 669-87.

XXvi Centro de Documentación y Estudios. Atención a personas mayores en la CAPV: Servicio de Asistencia domiciliaria, Centros de día y Centros Residenciales. Rep. 2004. Centro de Documentación y Estudios. 22 July 2009 <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/siis-atencion-01.pdf>>.

XXvii "Residencias para ancianos." CONSUMER EROSKI. 4 Nov. 2003. 14 June 2009 <<http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2003/11/04/90497.php>>.

XXviii Residencias para ancianos." CONSUMER EROSKI. 4 Nov. 2003. 14 June 2009 <<http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2003/11/04/90497.php>>.

XXix Tortosa, Maria Angeles, and Rafael Granell. "Nursing home vouchers in Spain: the Valencian experience." Ageing and Society 22 (2002): 669-87.

XXX Tortosa, Maria Angeles, and Rafael Granell. "Nursing home vouchers in Spain: the Valencian experience." Ageing and Society 22 (2002): 669-87.

XXXi Consumer Eroski. "Residencias de ancianos: Algunas deben mejorar, pero la mayor." Revista Consumer Eroski. 25 July 2009
<http://revista.consumer.es/web/es/20000201/actualidad/tema_de_portada/30606_5.php>.

XXXii Family Caregiver Alliance. Selected Long-Term Care Statistics. Rep. 2005. 23 July 2009
<http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=440>.

XXXiii "Overview Home Health Quality Initiatives." Centers for Medicare & Medicaid Services. 15 May 2009. 22 July 2009 <<http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthQualityInits>>.

XXXiv "Britain's Homecare Scandal." BBC Panorama 9 Apr. 2009. BBC. 30 May 2009
<http://news.bbc.co.uk/panorama/hi/front_page/newsid_7990000/7990682.s>.

XXXv UKHCA. An overview of the UK domiciliary care sector. Rep. May 2009. UKHCA. 23 June 2009 <www.ukhca.co.uk/pdfs/domiciliarycaresectoroverview.pdf>

XXXvi Community Care Statistics 2007: Supported Residents (Adults), England [NS], October 30, 2007.

XXXvii Desktop guide: E-procurement in social care. Rep. National eProcurement Project. 30 May 2009 <www.bip.rcoe.gov.uk/rce/aio/47520>.

XXXviii London School of Economics, "About Care Quality Commission." Care Quality Commission. 22 June 2009 <<http://www.cqc.org.uk/aboutcqc.cfm>>.

XXXix UKHCA. An overview of the UK domiciliary care sector. Rep. May 2009. UKHCA. 23 June 2009 <www.ukhca.co.uk/pdfs/domiciliarycaresectoroverview.pdf>

XL UKHCA. An overview of the UK domiciliary care sector. Rep. May 2009. UKHCA. 23 June 2009 <www.ukhca.co.uk/pdfs/domiciliarycaresectoroverview.pdf>

XLi Desktop guide: E-procurement in social care. Rep. National eProcurement Project. 30 May 2009 <www.bip.rcoe.gov.uk/rce/aio/47520>.

XLii Desktop guide: E-procurement in social care. Rep. National eProcurement Project. 30 May 2009 <www.bip.rcoe.gov.uk/rce/aio/47520>.

XLiii Brazier, Lawrence. "Domiciliary Care e-Auction." Walsall Council. 20 June 2009 <hub.westmidlandsiep.gov.uk/...%20home%20to%20school%20transport/8.%20lawrence%20brazier%20-%20walsall.ppt>

XLiv The Canadian Press. "Province halts bids for home-care services." Province halts bids for home-care services 23 Aug. 2008. CBC news. 15 June 2009
<<http://www.cbc.ca/canada/ottawa/story/2008/01/23/home-care.html>>.

XLv CONTRACT FOR THE SPOT PURCHASE OF DOMICILIARY CARE SERVICES <http://www.suffolk.gov.uk/NR/rdonlyres/FF723C4F-36D3-44EF-B502->

0F66A2B697BF/0/DomServiceSpotPurchasedraftv1march07.pdf

XLVi Denniston, K., A. Pithouse, and M. Bloor. "An economic analysis of Best Value for discharging patients into community care: a pilot study of Social Worker times costs." Research Policy and Planning 18 (2001).

XLVii Desktop guide: E-procurement in social care. Rep. National eProcurement Project. 30 May 2009 <www.bip.rcoe.gov.uk/rce/aio/47520>.

XLViii Family Caregiver Alliance. Selected Long-Term Care Statistics. Rep. 2005. 23 July 2009 <http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content_node.jsp?nodeid=440>.

XLix "Patient Safety and Abuse Prevention Act." GovTrack.us. 2008. 22 July 2009 <<http://www.gov-track.us/congress/bill.xpd?bill=s110-1577>>.

L Highlights from the Pilot Study: First National Survey of Older Americans Act Title III Service Recipients. Rep. no. 2. 2004. Administration on Aging. 23 May 2009 <<http://www.gpra.net/surveys/2ndhighlights.pdf>>.

Li Home Care Profit Margins Update. Rep. Mar. 2006. National Association for Homecare and Hospice. 17 May 2009 <<http://www.congressweb.com/nahc/docfiles/ProfitMargins2006.pdf>>.

Lii Bosch, Xavier. "Spain's home healthcare programme goes nationwide." BMJ 320 (2000): 535.

Liii El servicio de ayuda a domicilio: su situación actual. Rep. Nov. 2006. Observatorio de personas mayores. 23 July 2009 <<http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/boletinopm25.pdf>>.

Liv El servicio de ayuda a domicilio: su situación actual. Rep. Nov. 2006. Observatorio de personas mayores. 23 July 2009 <<http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/boletinopm25.pdf>>.