

Ámbito temático 4: Análisis de alternativas de vida elegida en la comunidad

Personas Mayores

Javier García Medina
Universidad de Valladolid

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1.- IDENTIFICACIÓN, MAPEO DE ALTERNATIVAS DE VIDA ELEGIDA EN COMUNIDAD Y ALTERNATIVAS DE CUIDADO FAMILIAR EXISTENTES EN ESPAÑA Y EN OTROS PAÍSES. CONSIDERACIONES SOBRE SU FUNCIONALIDAD	4
1.1.- ESPAÑA.....	4
1.1.1.- Castilla y León.....	4
1.1.2.- Cataluña y Navarra	16
1.1.3.- País Vasco y Asturias	20
1.1.4.- Andalucía, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura y Principado de Asturias.....	21
1.1.5.- Aragón, Castilla-La Mancha, Ceuta, Comunidad Valenciana y Navarra	23
1.1.6.- Canarias, Cataluña y Navarra.	23
1.1.7.- Identificación de aspectos que funcionan y que no funcionan en las alternativas de vida elegida en comunidad y alternativas de cuidado familiar existentes en España	25
1.2.- INTERNACIONAL.....	28
1.2.1.- SUECIA.....	28
1.2.2.- NORUEGA	29
1.2.3.- BÉLGICA.....	33
1.2.4.- PAISES BAJOS.....	34
1.1.5.- SUIZA	38
1.1.6.- REINO UNIDO	43
1.1.7.- ALEMANIA	44
1.1.8.- PORTUGAL.....	45
1.1.9.- FRANCIA	46
1.1.10.- ESPAÑA.....	46
2.- METODOLOGÍAS, TIPOLOGÍAS DE SERVICIOS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN QUE HAN SIDO MÁS EFICACES EN LAS ALTERNATIVAS DE VIDA ELEGIDA EN COMUNIDAD Y ALTERNATIVAS DE CUIDADO FAMILIAR EXISTENTES EN ESPAÑA Y EN OTROS PAÍSES.	48
2.1.- ESPAÑA.....	48
2.2.- INTERNACIONAL.....	50
3.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52

Introducción

El objetivo de este apartado es doble. Por un lado, ver qué proyectos, instrumentos y alternativas tanto nacionales como internacionales se han podido poner en marcha para que aquellas personas que ya están en residencias puedan retornar, en función de su autonomía, a una vida en comunidad, si así lo desearan y, por otro lado, presentar iniciativas que permitan a las personas mayores mantenerse en su entorno comunitario. A través del análisis de estas experiencias se pretenden obtener aprendizajes a la hora de construir nuevas alternativas.

1.- Identificación, mapeo de alternativas de vida elegida en comunidad y alternativas de cuidado familiar existentes en España y en otros países. Consideraciones sobre su funcionalidad

1.1.- España

La heterogeneidad de los proyectos hace que, a efectos expositivos, sea más idóneo ir presentándolos por ámbitos geográficos, destacando los elementos definatorios esenciales.

1.1.1.- Castilla y León

La Junta de Castilla y León viene promoviendo diferentes programas que se pueden encuadrar en la línea de mantener a las personas mayores en su marco de referencias personales y emocionales, con los cuidados necesarios. En ese sentido ha de hacerse alusión al programa “*A gusto en mi casa*”, precedente lógico e inmediato del que a partir del mes de abril de 2023 entra ya en la cartera de servicios de la Junta de Castilla y León bajo la denominación “A gusto en casa”.

“A gusto en mi casa”¹ se ha venido desarrollando entre 2017 y 2020 de forma piloto y con población rural. Esta experiencia se enmarcaba dentro de la Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo 2017-2021. Con “A gusto en mi casa” se pretendía explorar las acciones de soporte que deben implementar los sistemas de protección de la red de responsabilidad pública para que las personas mayores con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica, que residan en el medio rural, reciban los apoyos necesarios para que puedan permanecer en su domicilio, desarrollando sus actividades cotidianas, de participación social, cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades que cada persona desee.

Se ofrece como una alternativa en el marco de un nuevo modelo más eficiente que la atención en un centro residencial para que las personas puedan elegir qué servicios desean. Se primaría el reconocimiento de la individualidad y singularidad de cada situación frente a la valoración conforme a baremos que impiden percibir la diversidad de circunstancias. Nuevo escenario que requiere una coordinación más intensa de todos los servicios sociales locales, provinciales y regionales, los servicios sanitarios y la colaboración de las entidades privadas de las zonas en las que se va a desarrollar.

¹ Junta de Castilla y León <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html> (última consulta 25 de abril de 2023)

El marco conceptual² sobre el que se asentaba este proyecto se centraba en:

- **Calidad de vida.** Los apoyos ofrecidos a las personas y los resultados se valorarán desde el modelo de calidad de vida descrito por Robert L. Schalock y Miguel Ángel Verdugo³.

- **Atención centrada en la persona.** Se van a trabajar aspectos relacionados con la autonomía de las personas, la planificación centrada en la persona, elementos organizativos de los servicios y de los profesionales que los prestan y elementos relacionados con la accesibilidad y seguridad del hogar. La base para trabajar con las personas es la historia de vida y el proyecto de vida, así como los apoyos necesarios para la realización del mismo.

- **Proyecto de vida.** Es el instrumento que estructura de forma operativa la proyección vital e individual de cada persona sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social (valores, preferencias, particularidades, elecciones, metas y deseos que conforman la manera propia de entender el bienestar y de abordar la vida) y organiza los apoyos consensuados que posibiliten su desarrollo.

El proyecto de vida está integrado por: historia de vida, plan de apoyos sociales y plan de cuidados sanitarios en el que se incluirán las instrucciones previas.

- **Hogar en Riesgo (HR),** es aquel que, por las personas que lo ocupan, o bien precisan servicios de proximidad o bien una supervisión ante posibles situaciones de emergencia, por estar compuesto por una persona o varias en situación vulnerable y con necesidad de apoyos para desarrollar su proyecto de vida por su discapacidad o dependencia. La clasificación de los hogares de riesgo tiene en cuenta las siguientes variables:

- N° de convivientes en el domicilio en el que reside la persona mayor
- Grado de dependencia o, en el caso de tener Grado 0, grado de enfermedad crónica
- Con o sin deterioro cognitivo
- Cuidador viable o frágil

- **Hogar Seguro (HS).** Es el objetivo final del programa, convertir el Hogar en Riesgo en Hogar Seguro, que es aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas así como los servicios de proximidad activados para que la persona con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica, pueda permanecer en el hogar sin supervisión profesional continua, sin que esto atente contra su seguridad.

- **Desarrollo de la red vecinal.** Para complementar los apoyos profesionales, se promoverá el desarrollo de una red de vecindad para la prevención, detección y apoyo a

² Resumen del proyecto <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html> (última consulta 25 de abril de 2023)

³ SCHALOCK, Robert L. y VERDUGO, Miguel Ángel “El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual”, en *SIGLO CERO, Revista Española sobre Discapacidad Intelectual* número 224, Vol.38 (4), 2007, pp.21-36
https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf (última consulta 22 de mayo de 2023)

aquellas personas que lo requieran y a sus cuidadores/as para la realización de acciones que contribuyan a su participación social de acuerdo con su proyecto de vida.

El proyecto ha tenido una duración de 30 meses y una participación de 100 personas, y teniendo en cuenta perfiles de necesidad de cada persona y el tipo de Hogar en Riesgo

El proyecto se ha llevado a cabo en la provincia de Ávila, en las zonas de acción social coincidentes con la zona básica de salud de Navas del Marqués y municipios adyacentes: Navalperal de Pinares, Las Navas del Marqués, Peguerinos y Hoyo de la Guija, Hoyo de Pinares y El Tiemblo.

Este proyecto se articuló en diferentes fases y conforme a la metodología que se describe:

1.- Fase preparatoria de la intervención: Se informaría, a través del CEAS, a la persona usuaria y a sus apoyos naturales sobre la posibilidad de adhesión al proyecto (objetivos, prestaciones, servicios y otros apoyos a los que podrá tener derecho y las condiciones de prestación de los mismos, incluyendo el copago). Posteriormente se realizará la firma con la persona interesada de un Acuerdo de adhesión y se comunicará al Centro de Salud de Atención Primaria correspondiente la participación de dicha persona en el proyecto.

2.- Valoración inicial. Incluye la valoración social, de la salud, del hogar y su entorno, la identificación de demandas de la persona usuaria, necesidades de apoyo y formación a los cuidadores y propuesta de financiación.

Para la evaluación del hogar seguro se tendrán en cuenta, al menos, los siguientes aspectos:

Utilización de espacios	Existencia de barreras en las zonas esenciales de la vivienda
Ayudas técnicas	Enfoque para una máxima autonomía de la persona
Evaluación de riesgos	Suministros: Gas, electricidad, agua, internet, teléfono, calefacción y agua caliente,
	Control acceso al hogar de personas desconocidas
	Valoración apoyos si existe riesgo de desorientación
	Evaluación relación persona con sus proveedores habituales
Sensores de alarma	Caídas: baño, cocina, sala de estar
	Alimentación: Frigorífico, cocina
	Puerta acceso vivienda
	Control movimientos durante la noche
	Control suministros
	Control de errantes

3.- Adaptación del hogar y elaboración del plan provisional de apoyos. El gestor del caso social elaborará una propuesta de adaptación del hogar y un plan provisional de apoyos de acuerdo con la persona a quien se dirigen los apoyos.

La propuesta de adaptación del hogar, una vez aceptada por la persona y valorada por el CEAS, será aprobada por el coordinador del proyecto. El plan provisional de apoyos deberá ser aprobado por el CEAS que corresponda.

4.- Intervención: Adaptación del Hogar y aplicación del Plan provisional de apoyos. En esta fase se presta el Plan provisional de apoyos en tanto se reúne información suficiente para poder elaborar el proyecto de vida.

5.- Elaboración del Proyecto de Vida. En los dos meses siguientes la persona contará con un proyecto de vida en el que se especifiquen sus deseos, preferencias y apoyos que precisan y aceptan. En el proyecto de vida, se incluirán las acciones de capacitación y apoyo a los cuidadores no profesionales si es preciso. Además, el profesional de referencia realizará la historia de vida de cada persona. El proyecto de vida incluye el plan de apoyos sociales y el plan de cuidados sanitarios. El coordinador de caso del CEAS, aprobará y supervisará la aplicación de ambos planes de apoyo y el cumplimiento del proyecto de vida.

6.- Revisión del proyecto de vida y de los planes de apoyo que se realizará al menos cada 6 meses siempre y cuando la persona lo solicite o se aprecien cambios en su situación que así lo aconsejen.

Para el éxito del proyecto se requiere una organización muy ágil y flexible que permita adecuar las actuaciones a las necesidades cambiantes de las personas **prácticamente “a tiempo real”**, garantizando al mismo tiempo la calidad y adecuación de las decisiones. Así, se hacen imprescindibles las 7 estructuras siguientes:

- **Comisión de Desarrollo y Valoración:** compuesta por un representante de cada una de las organizaciones participantes.
- **Coordinador del proyecto:** Responsable del Servicio de Atención a Personas Mayores de la Gerencia de Servicios Sociales.
- **Coordinador/a de caso:** Personal del CEAS
- **Gestor/a de caso social:** Personal de Pronisa/Asprodes
- **Gestor/a de caso sanitario:** Personal del Centro de Salud
- **Profesional de referencia:** Personal de Pronisa/Asprodes

Los servicios que se ofrecerían a quienes participen en el proyecto consistirían en:
a).- **Servicios de proximidad**, tareas personales, tareas de acompañamiento, tareas del hogar, apoyo para la participación social y, en general para el desarrollo del proyecto de vida, tareas de coordinación y apoyo en la toma de decisiones.

b).- **Apoyo a las familias** y a las personas mayores, a través de acciones formativas, grupos de autoayuda, periodos de descanso, etc.

c).- **Centros de Día y Centros Multiservicios**, desde los cuales se puedan ofrecer Servicios de Promoción de la autonomía personal, comedor o catering, lavandería, préstamos de ayudas técnicas...

d).- **Ayudas económicas o subvenciones** para cubrir el incremento de las necesidades de apoyo, eliminación de barreras y adquisición o alquiler de ayudas para la comunicación y la movilidad

e).- **Productos de apoyo**, incluyendo sistemas de seguridad en el domicilio.

f).- **Servicios sanitarios**, incluyendo el seguimiento de enfermería, programado y a demanda y orientación sobre cuidados y pronóstico. Educación para la salud: autocuidado de la persona, información a la familia y a la comunidad.

g).- **Teleasistencia, teleasistencia avanzada y gestión de voluntariado** a través de Cruz Roja Castilla y León

Teniendo como soporte y referencia este proyecto la Junta de Castilla y León ha estructurado su intervención a través de la llamada “Atención en red”, proyecto innovador, incluido dentro del sistema de atención a la DEPENDENCIA 5.0 “que conjuga los cuidados en domicilio y en centros residenciales con la finalidad de ofrecer cuidados individualizados a las personas mayores, con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica, ya sea en centros residenciales o en su propio domicilio, con la tecnología como aliada. Este proyecto contribuye, además, a favorecer la cohesión social, a promover el empleo local, dinamizar el territorio y a fijar población”.

Este modelo se asienta sobre otros tres proyectos que se complementan y potencian entre sí:

- El proyecto ‘A gusto en casa’,
- El proyecto ‘Viviendas en Red’
- y el nuevo modelo de atención residencial.

Por su parte el proyecto “A gusto en casa” engloba un conjunto de iniciativas que se han puesto en marcha para dar una respuesta personalizada a los cuidados en el domicilio de las personas del mundo rural. Todos ellos tienen como elemento común realizarse bajo el **modelo de Atención Integral Centrado en la Persona**. Estas iniciativas son:

- Los proyectos “A gusto en casa” en las provincias de Salamanca, Zamora, Burgos y Palencia.
- “A gusto en mi casa”, la experiencia piloto que se inició en la provincia de Ávila.
- Los proyectos europeos “Rural Care” en la provincia de Valladolid y Fronteira 2020 en Salamanca.
- Y el Proyecto Intecum- Atención al final de la vida

La resumida descripción de los contenidos fundamentales del proyecto “A gusto en mi casa”, permite una comprensión del proyecto “A gusto en casa” que consistiría en atender a las personas para que puedan permanecer en su propio domicilio, si así lo desean, con los apoyos que necesiten para la realización de sus actividades cotidianas, cuidado de la

salud, participación en la comunidad y, en general, todas aquellas actividades significativas que den sentido a su vida.

Este proyecto ofrece a la persona el apoyo de un profesional para:

- Decidir cómo quiere que sea su vida cotidiana.
- Planificar los apoyos sociales y sanitarios y las actividades necesarias para poder vivir según sus deseos y preferencias

Los servicios que se ofrecen serían:

- Un profesional, coordinador de caso, vinculado al Centro de Atención Social (CEAS), que será el responsable de garantizar que los cuidados y apoyos sean adecuados y satisfactorios para la persona.
- Un profesional, gestor de caso, que ayuda a la persona a diseñar su proyecto de vida, definir los apoyos que precisa y garantizar que éstos estén disponibles y se ofrezcan respetando sus deseos.
- Servicio de asistencia personal, para la realización de las actividades cotidianas, tanto en el hogar como en la comunidad.
- Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia, desde el sistema de salud pública.
- Si es necesario, adaptación del hogar y ayudas técnicas para favorecer la seguridad, la accesibilidad y la movilidad.
- Teleasistencia básica y avanzada.
- Programa de apoyo a los cuidadores no profesionales.
- Actividades en la comunidad.

Los apoyos se financian entre la administración y la persona beneficiaria del programa. La cuantía a aportar por la persona depende de su valoración de dependencia, de la intensidad del servicio y de sus recursos económicos. Ninguna persona debería abandonar el programa por falta de recursos económicos.

Acompañando a este programa ha de mencionarse otro denominado “Viviendas en Red”⁴ cuyo fin es “ofrecer una alternativa de calidad para la promoción de la autonomía y los cuidados de larga duración a las personas con necesidades de apoyo (personas mayores y personas con discapacidad) ofertando viviendas con alquiler simbólico a personas originarias o con apego a la zona rural de intervención que no dispongan de vivienda en el municipio, o bien, que la tengan pero presenten dificultades de accesibilidad que desaconsejen la intervención o que carezcan de vivienda y se encuentren con perfil de necesidad de los recogidos en el proyecto “A gusto en Casa”. Se incluirá igualmente una oferta de viviendas a ocupar por los profesionales que estén vinculados a los proyectos relacionados con los cuidados de proximidad a cambio de un alquiler social”.

Este programa englobaría a:

⁴ Junta de Castilla y León <https://serviciossociales.jcyl.es/web/es/viviendas.html> (última consulta 23 de enero de 2023)

- Personas con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica.
- Familias y cuidadores de las personas que participen en el proyecto.
- Toda la comunidad, para construir territorios inclusivos y con capacidad de ofrecer oportunidades de participación en actividades que den sentido a la vida de sus ciudadanos.

Como se ha señalado más arriba, ha de contemplarse, dentro del **nuevo modelo de atención en Centros Residenciales**, la posibilidad de que haya personas que decidan recibir los servicios en centros residenciales, los cuales deberán adoptar el modelo de Atención Integral y Centrado en la persona del mismo modo que las personas que reciban apoyos profesionales en A gusto en Casa y Viviendas en Red, de forma que se garantice que este modelo de atención esté implantado en toda la Red de los Servicios Sociales de Castilla y León.

En estos momentos, la Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades está liderando la implantación de un modelo de centro residencial que está definido en el **Anteproyecto de Ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León** en el que se consolida el modelo de atención en el hogar cuando no sea posible hacerlo en la propia vivienda de la persona.

Se introduce el término espacio privado en habitación individual, con uso doble cuando así lo decida el usuario en los centros residenciales, como la unidad mínima de composición de los centros residenciales, formando parte de una unidad de convivencia con tamaño y ambiente de hogar familiar que garantice la atención individualizada y contribuya a la socialización de las personas en los centros residenciales. También se promueve que los centros tengan la condición de centros multiservicios que posibilite la conexión con el barrio donde estén situados los centros y permita que éstos se constituyan en una plataforma de servicios para las personas en su propio domicilio, tanto dentro como fuera del edificio donde se enclave el centro residencial.

Como elemento central de los modelos de atención con origen ético se encuentra el reconocimiento de la Dignidad de cada persona. Dignidad que necesariamente conlleva conceptos como autodeterminación, intervención basada en apoyos, proyecto de vida o calidad de vida, que, a todas luces, deben prevalecer sobre aquellos otros ligados a cuidados asistenciales. Cuidados asistenciales que, siendo necesarios, pasan de ser un objetivo indiscutible a ser elementos sometidos a la autodeterminación de las personas usuarias, al fomento de los afectos y de las relaciones personales, al bienestar emocional, a la inclusión social, al desarrollo personal y a las expectativas y deseos de las personas mayores usuarias de los centros de atención social.

En este sentido, la definición de centro residencial para cuidados de larga duración, debe preservar aquellos aspectos que integran el valor del domicilio particular que es el concepto de hogar, definido de una forma amplia, que permita, que por medio de las nuevas tecnologías, la robótica y nuevas formas de organización de los servicios, que puedan existir nuevas tipologías de centros residenciales que se asemejen al máximo posible a la vivienda en la comunidad.

Por último, el anteproyecto de Ley introduce la creación de un sistema que promueve la calidad de los servicios residenciales que se sustente en el conocimiento del funcionamiento de los principales sistemas referentes en servicios sociales. La mayor parte de los países de nuestro entorno cuentan con organismos –en algunos casos públicos, en otros privados y en otros mixtos– que asumen funciones relativas a la autorización, el registro, la acreditación, la inspección, la estandarización y/o la evaluación de los servicios de atención a la dependencia.

Dotar por tanto, al modelo de atención residencial para los cuidados de larga duración de un mecanismo que promueva e impulse la calidad y la innovación se ha considerado estratégico por lo que se ha incorporado como uno de los elementos destacados del anteproyecto de Ley. Especial interés tiene dentro de este anteproyecto la referencia a las Unidades de Convivencia que se define como “la estructura espacial de los centros residenciales para cuidados de larga duración, con dimensión y ambiente de hogar, orientando el desenvolvimiento de la vida de forma lo más similar posible a la de un entorno familiar, en la que convive un grupo mayoritariamente de personas en situación de dependencia y personas con discapacidad, a quienes, con el objetivo de promover su autonomía, independencia e integración social, se proporcionan los apoyos necesarios para que sigan desarrollando su proyecto y forma de vida, de acuerdo a sus deseos y valores”.

La unidad de convivencia es la base de la estructura organizativa de los centros residenciales, fijándose una capacidad máxima de 12 personas y una dotación básica con los siguientes elementos y distribución:

a) Habitaciones.

b) Zonas comunes: Cocina, comedor y sala de estar.

4. Los espacios de circulación que comunican estas dependencias garantizarán que todas las habitaciones y espacios comunes de la unidad tengan acceso desde ellos. No servirán de zona de paso habitual a otros espacios o unidades de convivencia del centro residencial. Por otra parte, las dimensiones de los elementos de comunicación vertical y horizontal como pasillos, puertas y escaleras cumplirán la normativa de accesibilidad vigente.

5. Las habitaciones tendrán una superficie útil mínima de 20 metros cuadrados, con acceso directo a un baño con ducha accesible. Las habitaciones serán personalizables por la persona atendida que vaya a ocuparlas de forma permanente en lo que se refiere a componentes como muebles, cortinas y pequeños electrodomésticos. La cama será dotación del centro, salvo acuerdo en diferente sentido entre la persona usuaria y el centro.

6. Las zonas comunes de la unidad de convivencia son la cocina, el comedor y la sala de estar, y podrán agruparse en un único espacio polivalente. La dotación de este espacio tendrá una dimensión de 5,60 metros cuadrados por plaza, con una dotación no inferior a 30 metros cuadrados.

Cuando este espacio se subdivida en varios, ninguno tendrá una superficie inferior a 30 metros cuadrados, con una superficie total destinada a estos usos de 6,20 metros cuadrados por plaza.

La zona de cocina dispondrá de espacio suficiente para colocar, al menos, cocina, refrigerador, fregadero, lavavajillas, microondas y armarios de almacenamiento.

Se considera que la evaluación de la calidad de vida de los usuarios de los centros y su correspondiente publicidad pueden constituirse como un elemento tractor para la mejora de la calidad de los servicios sociales, bajo el principio de transparencia, sobre la base del conocimiento generado por la evidencia científica y apoyada en el consenso entre los principales agentes del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública. Esta actividad permitirá que la evaluación exhaustiva de los servicios prestados a los usuarios permita una comparación de la calidad de éstos, midiendo, sobre la base de resultados en calidad de vida. El informe de la evaluación que realicen los evaluadores será público para que los futuros usuarios de los servicios puedan elegir con garantías el centro de su elección. El funcionamiento del sistema de evaluación de la calidad de los servicios actuará de forma complementaria al servicio de Inspección que seguirá haciendo sus funciones de forma análoga a como se viene realizando en la actualidad, pero con un sistema de información que le permitirá conocer a distancia y en tiempo real los requisitos de obligado cumplimiento en materia de ratios de personal y cualificaciones, organización de los servicios, documentación obligatoria y análogos.

Con el fin de tener una visión más completa y crítica de este anteproyecto ha de atenderse a lo recogido en el **Dictamen 147/2023 del Pleno del Consejo Consultivo de Castilla y León** que ha examinado el anteproyecto de Ley reguladora del modelo de atención en los centros de carácter residencial y centros de día de Servicios Sociales para cuidados de larga duración en Castilla y León, y del cual se desprenden algunas consideraciones en las que es preciso reparar ya que permiten completar posibles deficiencias que pudiesen darse en el diseño del sistema de cuidados:

- falta un estudio económico completo y riguroso de la repercusión y efectos en los presupuestos generales de la Comunidad y de las previsiones de financiación y gastos que se estimen necesarios.
- no se analizan los posibles costes derivados de los centros nuevos, que tendrán que adaptarse a los nuevos requisitos arquitectónicos y de equipamiento, ni se realiza un estudio económico de los años posteriores a 2023, es decir, una planificación de los costes que a medio o largo plazo exigirá la implantación de las modificaciones en el modelo de atención que plantea el anteproyecto.
- no consta un análisis completo de las posibles consecuencias de la norma en la estructura del mercado y en la conducta de los agentes afectados (usuarios, empresas privadas, la incidencia futura de las nuevas ratios de personal para cada uno de los servicios, etc).
- tampoco se detalla el impacto económico en el ámbito rural ni en el sector privado. En relación al sector privado, parece lógico pensar que, a medio y largo plazo, la

adaptación de los nuevos centros a las exigencias previstas en el anteproyecto supondrá un aumento de precio para los usuarios. Tendrá que valorarse esta posible circunstancia.

- es necesario que se contemple una estimación de los cambios de las ratios del personal.
- el anteproyecto ha de estar al servicio, y así se entiende, de consolidar la política de la Unión Europea en materia de desinstitucionalización de los cuidados de larga duración y, a hacer prevalecer los valores europeos de dignidad, igualdad y respeto por los derechos humanos que, a la postre, son los que tienen que servir de guía a los países miembros para desarrollar estructuras de cuidados sociales y ayudas adaptadas al siglo XXI.

Entre las Observaciones que se realizan al anteproyecto cabe indicar, entre otras:

- La regulación contenida en el anteproyecto carece de la eficacia ordenadora propia de una disposición legal y presenta un importante nivel de indeterminación.
- Sería necesario delimitar cuándo se van a dotar de instrumentos de medición de la calidad los servicios profesionales, qué instrumentos van a ser y quién los va a aplicar. Por ello, no se considera adecuado dejar esta regulación para un posterior desarrollo reglamentario.
- No se determina que se entienda por “allegado”.
- La figura del “profesional gestor de caso” debería regularse en el presente anteproyecto y no dejar su concreción para un ulterior desarrollo reglamentario. Idéntica conclusión es aplicable al profesional de referencia.
- Es necesario que se regule en el anteproyecto, de forma completa y detallada, el procedimiento para la utilización por parte de los centros de un dispositivo de sujeción física. Asimismo, deben determinarse los plazos procesales y quién es el competente para iniciar, tramitar y resolver el citado procedimiento
- El anteproyecto omite, en lo relativo a la ubicación de los centros en suelo no urbano, la obligación de garantizar la comunicación mediante transporte público próximo al inmueble o mediante medios de transporte propios que permitan el acceso de las personas usuarias al entorno vecinal y a la utilización de los servicios generales que pudieran precisar.
- El Consejo tiene serias dudas de si, en los supuestos de cese de los servicios o actividades incluidas en el plan general y en los de cierre temporal o definitivo de los centros, sería más adecuado acudir al régimen de autorización en lugar de requerir una comunicación previa. El cese de actividades incluidas en el plan general y el cierre temporal o definitivo de los centros puede generar importantes perjuicios a los usuarios. Por ello, el régimen de comunicación no sería suficiente para prevenirlos y un hipotético control a posteriori tendría lugar cuando los daños ya se han causado, muchos de los cuales serían irreversibles dada la vulnerabilidad de estas personas.

Otro de los proyectos mencionados y a considerar es “**RuralCare**”, el cual es un proyecto europeo de innovación en servicios sociales consistente en el diseño, puesta a prueba y evaluación de un enfoque innovador sistémico, para la provisión de cuidados integrados de larga duración, adaptados a las personas que viven en zonas rurales, en función de sus valores, deseos y preferencias individuales.

El proyecto pone a prueba una asociación multinivel para la provisión de los cuidados, incluidos los actores públicos y privados y la coordinación de los servicios sociales y de salud a nivel local, regional y nacional, con la participación de las personas usuarias, con el objetivo de abordar los desafíos de accesibilidad, asequibilidad, calidad y sostenibilidad en áreas rurales despobladas y facilitar así a las personas la permanencia en su hogar, con un plan de apoyos adecuado a su proyecto de vida.

El proyecto realiza una segmentación de los hogares en riesgo (HR), considerando no solo la situación individual, sino también su entorno. Se definen 4 tipos de HR y 11 subtipos. La clasificación se realiza considerando las siguientes variables: hogar unipersonal u hogar en el que conviven más de una persona, grado de dependencia, características del cuidador principal y presencia o no de deterioro cognitivo. Las condiciones de los hogares se mejoran mediante servicios de proximidad, apoyo a la familia, cuidados sanitarios, adaptaciones del hogar, productos de apoyo y participación en la comunidad. Se fortalece el papel del coordinador de caso y los asistentes personales que orientan su apoyo hacia el desarrollo del Proyecto de vida de la persona. Se desarrollarán cambios en los instrumentos técnicos de las intervenciones y se implementan nuevos protocolos proactivos de atención a las enfermedades crónicas según un plan de apoyos individual.

Finalmente, y para completar la descripción del conjunto de iniciativas aludidos, ha de hacerse referencia al **proyecto INTEcum**. El proyecto se desarrolló con carácter piloto en la capital, provincia y Área de Salud de Palencia y ya está implantado en todas las provincias. Es una iniciativa de la Junta de Castilla y León a través de las Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Consejería de Sanidad que se desarrolló inicialmente en colaboración con:

- Diputación Provincial de Palencia
- Ayuntamiento de Palencia
- Fundación San Cebrián
- Asprodes
- Plena Inclusión Castilla y León.
- Asociación Española contra el Cáncer

Es un proyecto que ofrece a las personas con una enfermedad en fase avanzada o terminal los apoyos que necesite para que pueda seguir viviendo en el hogar elegido mientras evoluciona la enfermedad. Los apoyos se ajustan al proyecto de vida de cada persona e integra los cuidados sanitarios y los cuidados sociales. Se dirige a personas que estén incluidas en el Proceso Asistencial Integrado de cuidados paliativos de Sacyl y que

tengan una enfermedad incurable, avanzada o progresiva y se prevea escasa posibilidad de respuesta a los tratamientos.

También pueden beneficiarse del proyecto los cuidadores familiares que se encuentren en una situación de un fuerte impacto emocional que desborde su capacidad autónoma de respuesta.

Se busca dar una respuesta muy ágil y personalizada a las necesidades de tipo físico, psico-emocional, espiritual y social de la persona enferma y, cuando sea preciso del entorno familiar.

Lo que se pretende es:

- Facilitar a la persona dirigir su propio proyecto de vida con los apoyos que necesite para permanecer en el domicilio que elija, con garantías de calidad y seguridad, en la etapa final de la vida.
- Dar una respuesta integrada desde los servicios sociales y sanitarios.
- Prestar una atención integrada a la persona cuidadora, con descanso, apoyo en el cuidado y acompañamiento en el duelo.
- Promover el desarrollo de la cohesión social para promover entornos protectores y acogedores con la persona afectada y sus familias que les acompañen y den un soporte positivo en esta etapa de la vida.

Lo que ofrece el proyecto es:

- Valoración de la accesibilidad del hogar
- Adaptación del hogar + ayudas técnicas
- Teleasistencia avanzada
- Profesional de referencia
- Cuidados de proximidad: Servicios de asistencia personal en intensidad y cobertura suficientes.
- Asistencia sanitaria a domicilio programada y de urgencia según cartera de servicios.
- Voluntariado
- Gestión del duelo.

En el apartado 7 titulado LOGROS DEL PROYECTO EN BASE A LOS OBJETIVOS PREVISTOS del Informe final del proceso de seguimiento y evaluación del proyecto INTecum⁵ llevado a cabo por el equipo de investigadores del Departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, coordinado por Pablo de la Rosa y Juan María Prieto, se pueden destacar algunos datos atendiendo a los objetivos planteados:

⁵ Informe final del proceso de seguimiento y evaluación del proyecto INTecum llevado a cabo por el equipo de investigadores del Departamento de Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, coordinado por Pablo de la Rosa y Juan María Prieto, abril 2021.

- Destacar la muy buena valoración que reciben por parte de los profesionales el apoyo prestado a la unidad familiar para la adaptación a la enfermedad y el duelo y el impacto del proyecto en las familias.
- Los resultados de la encuesta aplicada a los profesionales ofrecen, en general, resultados positivos, aunque en el caso de la coordinación, los profesionales de los servicios sociales básicos se muestran más críticos.
- Las trabajadoras sociales de los centros de salud son las más convencidas de que el Proyecto ha conseguido articular un modelo extensible al conjunto de la Comunidad.
- No se ha encontrado ninguna diferencia en la valoración y satisfacción mostrada por personas atendidas y cuidadores por habitar en el medio urbano o rural.

1.1.2.- Cataluña y Navarra

Ha de aludirse en este marco geográfico al proyecto conjunto VIVIR MEJOR EN CASA (VMC) entre la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) y la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA)⁶ y que se llevaría a cabo en estos dos territorios. Se encuadraría en la línea estratégica de desinstitucionalización, incluida en el componente 22 “Plan de Choque para la Economía de los Cuidados y Refuerzo de las políticas de igualdad e Inclusión” del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, entendida como una potenciación de los modelos comunitarios y domiciliarios de los cuidados de larga duración a personas mayores con dependencia.

El proyecto se articula según el informe conforme a los principios siguientes:

- Las personas mayores con dependencia: Los proyectos de vida de las personas como eje de todas las intervenciones. Respeto a las decisiones, voluntades y preferencias. Empoderamiento de las personas mayores en situación de dependencia para el ejercicio de su autodeterminación y libertad de elección, y para participar y ejercer sus derechos sobre su modo de vida.
- Las personas cuidadoras: Reconocimiento y empoderamiento de las personas cuidadoras, profesionales y no profesionales. Sensibilización alrededor de la tarea de cuidar (autocuidado, buenas prácticas psicosociales y asistenciales, historia de vida, preferencias, decisiones, autoorganización y trabajo en equipo).
- Rigor científico: Compromiso con el rigor científico y metodológico. El diseño de los estudios de investigación, protocolos de valoración e

⁶ VIVIR MEJOR EN CASA. SEGUNDO INFORME DE SEGUIMIENTO Periodo: 13 de julio de 2022 a 31 de diciembre de 2022.

intervención se ha realizado de acuerdo con el método científico y a las normativas internacionales de proyectos de investigación que comportan intervención en personas reales y ha sido validado por los comités de Ética e Investigación de centros universitarios en Navarra y en Cataluña.

El proyecto se realiza en Cataluña, Navarra y la coordinación, evaluación y difusión del proyecto en Madrid. Dos de las residencias públicas de la Comunidad Foral, El Vergel y Santo Domingo, con 161 y 100 plazas, mientras que la prueba piloto del componente de Cataluña se realizará en las provincias de Barcelona y Tarragona y contará con la participación de los ayuntamientos de Reus y Manresa. También cuenta con el apoyo de la Agencia de integración Social y Sanitaria (AISS), dado que se trata de una iniciativa que va en la línea de la atención integrada sanitaria y social, y centrada en la persona.

El proyecto presenta dos componentes de actuación:

- Un componente **preventivo (Cataluña)**, basado en una mejora de la atención a domicilio a personas con dependencia que pretende elevar la calidad de atención a estas personas y dar un mayor soporte a los cuidadores no profesionales para retardar o evitar el ingreso de estas personas en un entorno institucional. Este componente del proyecto se realiza en la provincia de Barcelona en el entorno rural y urbano. En el proyecto se intenta, además, cambiar el modelo de atención (no sólo se trata de aumentar las horas dispensadas) con una formación de los cuidadores no profesionales y con un modelo de trabajo en equipo cuidador profesional/cuidador no profesional. Este componente trata de mejorar el “umbral de institucionalización” de las personas con dependencia.

- Un componente “**desinstitucionalizador**” (Navarra) que intenta identificar a las personas ingresadas en residencias de mayores que tienen voluntad de continuar su vida en la comunidad. Lógicamente con un plan de apoyos adecuado, pactado y seguro. En este caso no se trata de mejorar el “umbral de institucionalización” sino mejorar la autonomía de las personas, a pesar de que puedan tener un elevado grado de dependencia. Es un modelo innovador por los siguientes puntos:

- El componente preventivo:

- Formación del cuidador no profesional en los problemas más frecuentes que afectan a las personas mayores con dependencia para familiarizarse con ellos y aprender un manejo básico de las situaciones de riesgo y de estrés.
- Ruptura con el modelo clásico de provisión de servicios de ayuda a domicilio para personas con dependencia en el que se asignan unas horas de atención a los usuarios en horarios normalmente fijos, poco flexibles y para la realización de tareas rutinarias. En el proyecto se pretende trabajar el modelo de trabajo en equipo entre el cuidador no profesional y el cuidador profesional con mayor flexibilidad de horarios de atención, distribución horaria adaptada a las necesidades de las personas e

intercambio y conocimiento de los problemas de las personas atendidas para adaptar el plan de apoyos de forma dinámica y personalizada.

- Atención centrada en la persona integrada entre los servicios sociales y sanitarios de atención primaria.
 - Implicación de las autoridades locales en el proyecto para que potencien el componente comunitario, las adaptaciones del hogar, las ayudas técnicas, etc.
 - Medida de la sobrecarga del cuidador no profesional como elemento básico para garantizar una adecuada calidad de la atención y una continuidad de los cuidados.
 - Medida de la utilización de recursos sanitarios y sociales por parte de los usuarios durante la intervención.
- El componente “deinstitucionalizador”:
- No existen estudios serios en la literatura geriátrica y gerontológica sobre la desinstitucionalización de personas mayores con dependencia y alta carga de morbilidad, por lo que se trata de un estudio completamente innovador.
 - Se trata de intentar que un porcentaje elevado de personas que viven en residencias de mayores puedan continuar viviendo en la comunidad con un adecuado plan de apoyos comunitario y una transición segura, pactada y adaptada a la persona.
 - Necesita una elevada integración de servicios sanitarios y sociales de atención primaria.
 - Necesita una elevada implicación de los ayuntamientos implicados para realizar adaptaciones del domicilio de las personas, uso de viviendas adaptadas y otros recursos.
 - Es importante conseguir la implicación de las redes vecinales y de voluntarios existentes en los barrios y municipios.
 - Valorará la calidad de vida de las personas antes y después de la desinstitucionalización.
 - Valorará la utilización de recursos sanitarios y sociales realizados antes y después del proceso de tránsito a la comunidad.

La intervención de ambos componentes se articularía en los términos siguientes:

-Componente preventivo

Modelo de intervención:

1. Formación de cuidadores no profesionales.
2. Incremento en la intensidad de atención
 - Incremento progresivo del soporte hasta un máximo de 3.5 horas/día.
3. Promoción y prevención:

- Prevención de la soledad no deseada y fragilidad emocional
 - Detección del riesgo y pautas de actuación integradas sanitaria y social.
 - Puesta en marcha de programas con cuidadores y redes vecinales.
4. Equipo cuidador profesional/cuidador no profesional con autonomía y libertad horaria.
 5. Ayudas técnicas y adaptación del hogar dinámico
 6. Herramientas de soporte tecnológico a los cuidados y la pluripatología
 - Adaptación a déficits sensoriales
 - Pautas para mejorar autonomía física, dieta, medicación higiene.
 - Mecanismos de alarma.

-Componente desinstitucionalizador.

Atención integrada sanitaria y social con:

1. Valoración social detallada para buscar posibles alternativas a la institucionalización.
2. Valoración geriátrica integral para detectar fragilidad irreversible.
3. Plan de desinstitucionalización fase institucional (sensibilización, rehabilitación y adaptación progresiva de apoyos)
4. Coordinación con servicios sociales y de salud básicos.
5. Plan de desinstitucionalización comunitaria. Seguimiento con un equipo gestor de casos de las personas desinstitucionalizadas.
6. Evaluación continua de resultados de calidad de vida, riesgos y utilización de servicios sanitarios y sociales

Los resultados reflejados en el citado Informe de seguimiento se centran en:

1. Se ha creado un espacio para la formación multidisciplinar que se adapta a las necesidades de las personas cuidadoras ofreciendo a través de profesionales especialistas los conocimientos, técnicas y habilidades para acompañar y cuidar a las personas en situación de dependencia. La formación se ha diseñado con una metodología única, que facilita el aprendizaje mediante la gamificación para facilitar la consolidación del aprendizaje y recompensar acciones concretas fomentando la motivación y adherencia. Está estructurada en 6 pequeños cursos, en los que, a través de vídeos breves, el equipo de profesionales especializados abordará de manera sencilla y práctica cada uno de los temas, con los objetivos de:

- Capacitar a las personas cuidadoras en competencias para el autocuidado y el cuidado y apoyos a personas mayores en situación de dependencia, implicando a la persona cuidadora participante en su proceso formativo como parte de su crecimiento y desarrollo personal.
- Proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes que empoderen a la persona cuidadora para afrontar y abordar el reto de cuidar

- Formar a las personas cuidadoras desde el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona, dotándolas de herramientas, estrategias y recursos de afrontamiento de situaciones complejas.

- Impulsar el reconocimiento social de las personas cuidadoras, favoreciendo la creación de entornos comunitarios y vinculación con redes sociales de apoyo. (Cataluña)

2. Protocolos de valoración. Se han diseñado dos protocolos de valoración integral y extensiva que incluyen baterías de test e instrumentos de valoración validados, escogidos mediante revisión bibliográfica. En el componente preventivo las valoraciones están dirigidas a las personas con dependencia y sus personas cuidadoras no profesionales en el ámbito comunitario, y miden diversas variables (sociodemográficas, de salud, psicosociales, uso de recursos...), realizándose con frecuencia inicial, trimestral y final; y en el componente desinstitucionalizador el protocolo de valoración está dirigido a las personas mayores residentes, para determinar su situación funcional, física, cognitiva y social, además de instrumentos cualitativos semiestructurados que permiten conocer la situación previa al ingreso y la voluntad para el cambio, para retornar a la vida comunitaria, así como las potencialidades y necesidades de apoyo y recursos imprescindibles para un tránsito seguro. (Cataluña, Navarra)

3. Plan de comunicación. Implicación de las administraciones públicas locales. Se ha elaborado un ambicioso plan de comunicación científica, académica y divulgativa que contempla publicaciones de artículos en revistas científicas, participación en congresos, impartición de seminarios, conferencias universitarias, simposios, encuentros, talleres, así como la participación en jornadas técnicas, publicaciones en medios propios, medios locales, generalistas y especializados.

1.1.3.- País Vasco⁷ y Asturias⁸

La Estrategia vasca con las personas mayores 2021-2024, tiene como principales objetivos: 1. Fomentar la ciudadanía activa desde los derechos, la participación y las

⁷ Estrategia vasca con las personas mayores 2021-2024, establece una secuencia y progresividad en los cuidados y actuaciones con caminar en el sentido de la desinstitucionalización: “La necesidad de un cambio de modelo en los cuidados de larga duración viene sugiriéndose desde hace unos años, en los que ya se vislumbraba la situación de crisis de los cuidados que ha sido agravada durante la pandemia. Los cambios en las estructuras familiares, los deseos de las personas y los nuevos enfoques de atención reclaman una transformación de las políticas de cuidados hacia la personalización, los cuidados de proximidad y en comunidad y desde la atención centrada en la persona. Se apuesta por avanzar hacia un modelo ecosistémico, territorializado, de base comunitaria, en el que los protagonistas de este proceso –personas usuarias, familias cuidadoras y profesionales– tengan la oportunidad de construir mejores respuestas ante necesidades crecientes. Teniendo también como clave el avance hacia la desinstitucionalización, desde la facilitación de los cuidados en el domicilio hasta la transformación de las residencias a entornos más hogareños”.

https://bideoak2.euskadi.eus/2023/01/20/news_82835/ESTRATEGIA_MAYORES_cas.pdf (última consulta 1 de junio de 2023)

⁸Plataforma Vidas https://plataformavidas.gob.es/los-proyectos/?filter=true&project_category=mayores (última consulta 25 de julio de 2023)

comunidades amigables; 2. Facilitar las transiciones y el desarrollo del proyecto de vida; 3. Apoyar la anticipación, prevención y el fomento de la autonomía; 4. Promover una política de cuidados sociales y la transición a un nuevo modelo de cuidados de larga duración; y 5. Generar conocimiento desde la investigación e innovación y la promoción de la silver economy. Sin duda fines que, a tenor de lo recogido en el eje 4 de la Estrategia, propician una política de cuidados sociales y la transición a un nuevo modelo de cuidados de larga duración, que busca: 1. Fomentar una cultura social de los cuidados a lo largo de la vida y la corresponsabilidad entre hombres y mujeres desde la democratización. 2. Reforzar la atención en el domicilio y el entorno comunitario de proximidad. 3. Promover la transición a un nuevo modelo de cuidados de larga duración en residencias. 4. Impulsar un nuevo modelo integral de atención sociosanitaria.

En ese contexto y a través del liderazgo de la Fundación Matia y la participación de Matia Instituto se promueve el Proyecto “Como en casa”⁹. El principal objetivo de este proyecto es iniciar un proceso de transformación de los centros residenciales hacia la Atención Centrada en la Persona, creando entornos centrados en lo que para las personas mayores es significativo y constitutivo de bienestar.

1.1.4.- Andalucía, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura y Principado de Asturias

El Proyecto Comunidades de Cuidados experiencias de cohousing y otras redes vecinales de apoyo, a cuyo frente está la entidad Asociación Jubilares, con la participación de Andecha y Unión Democrática de Pensionista¹⁰ se centra fundamentalmente en apoyar a las comunidades de cohousing para que adquieran habilidades y competencias que les permitan desarrollar estrategias de cocuidado basadas en una red de apoyo social sólida y estable. Trabajan con el modelo de Atención Integral y Centrado en la Persona (AICP). El propósito es generar un entorno resiliente en el que cada persona pueda vivir con sentido y envejecer con autonomía personal, incluso en situaciones de falta de autonomía funcional.

El proyecto se articula bajo los principios de Participación hasta la autogestión; Personalización y autodeterminación en el proyecto de vida de la persona, incluso cuando se necesitan apoyos y cuidados; Gobernanza democrática; Propiciar un cambio cultural: a partir de la implementación de experiencias piloto de alternativas residenciales y cuidados comunitarios se pretende ofrecer referentes para probar la validez del enfoque y pertinencia del modelo de cuidados basado en la comunidad.

Además se pretende dar respuesta a las hipótesis siguientes:

⁹ Proyecto Como en casa: <http://www.comoencasa.eus/es/proyecto> (última consulta 15 de julio de 2023)

¹⁰ Cohousing y redes vecinales de apoyo: <https://comunidadesdecuidados.org/> (última consulta 16 de julio de 2023)

- La participación activa en el diseño de estrategias de cocuidado por parte de sus protagonistas, y la colaboración con otros agentes (administraciones en particular) para facilitar la co-gestión de servicios de cuidado.
- Es posible implementar estrategias de cocuidado que permitan abordar situaciones de dependencia y cuidados de larga duración para vivir en el hogar hasta el final en la mayor parte de los casos.
- Las propias personas mayores en el medio rural, junto con otros agentes locales, son capaces de diseñar estrategias de cocuidado con base comunitaria, que tengan una influencia positiva en la salud física y emocional de las personas, favoreciendo un mayor sentido de comunidad, la prevención de la institucionalización y la permanencia en el hogar, así como participar activamente en la gestión y gobernanza de la cartera de servicios de apoyos y cuidados.

El proyecto comprende siete comunidades de vivienda colaborativa o cohousing¹¹:

- ABANTE JUBILAR SEVILLA, Sociedad Cooperativa Andaluza (Andalucía)
- ALICANTE CONVIVENCIA, Cooperativa (Comunitat Valenciana)
- AXUNTASE, Sociedad Cooperativa Asturiana de Iniciativa Social (Asturias)
- EL CIEMPIÉS, Cooperativa Integral de Viviendas Colaborativas, Consumidores y Usuarios (Canarias)
- JUBILAR VILLA ROSITA, Sociedad Cooperativa Madrileña (Comunidad de Madrid)
- RABASA COMUNIDAD COLABORATIVA, Cooperativa de Viviendas (Comunitat Valenciana)
- WALDEN XX, Cohabitatge sènior - per una vellesa autogestionada SCCL (Catalunya)

En cuanto a las recomendaciones específicas por país del Consejo Europeo contempladas en dicho Componente, este proyecto aspira a contribuir a garantizar que los servicios sociales y de empleo proporcionen un apoyo efectivo, mejorar el apoyo a las familias y la coordinación entre distintos niveles de Gobierno.

En relación con las reformas previstas en el Componente 22, el proyecto está directamente ligado a la C22.R1: “Reforzar la atención a la dependencia y promover el

¹¹ ABANTE JUBILAR SEVILLA Sociedad Cooperativa Andaluza (Andalucía) - [web de la cooperativa](#) (ALICANTE CONVIVENCIA Cooperativa (Comunitat Valenciana), [web de la cooperativa](#) AXUNTASE Sociedad Cooperativa Asturiana de Iniciativa Social (Asturias), [web de la cooperativa](#) EL CIEMPIÉS Cooperativa Integral de Viviendas Colaborativas, Consumidores y Usuarios (Canarias) [web de la cooperativa](#) JUBILAR VILLA ROSITA Sociedad Cooperativa Madrileña (Comunidad de Madrid) [web de la cooperativa](#) RABASA COMUNIDAD COLABORATIVA Cooperativa de Viviendas (Comunitat Valenciana), [web de la cooperativa](#) WALDEN XXI Cohabitatge sènior - per una vellesa autogestionada SCCL (Catalunya), [web de la cooperativa](#) (última consulta de estas direcciones 22 de marzo de 2023)

cambio de modelo de apoyos y cuidados de larga duración” y a su correspondiente línea de inversión, la C22.I1 (“Plan de apoyos y cuidados de larga duración: desinstitucionalización, equipamientos y tecnología”), en cuatro de sus actuaciones:

- Evaluación de la situación actual de las políticas de cuidados en centros residenciales, servicios de apoyo comunitario o proyectos de vivienda en comunidad en distintos territorios.
- Contribución a la futura Estrategia Nacional de Desinstitucionalización con información basada en la evidencia y acciones de sensibilización para difundir una nueva cultura de los cuidados y transitar de la Atención Institucional a la Atención Comunitaria, siguiendo las Directrices Comunes Europeas.
- Desarrollo de proyectos piloto basados en los valores y metodología del cohousing sénior para demostrar el funcionamiento de la atención comunitaria.
- Impulso de centros de día innovadores e integrados en la comunidad que brinden apoyos y cuidados de proximidad en áreas rurales.

1.1.5.- Aragón, Castilla-La Mancha, Ceuta, Comunidad Valenciana y Navarra

Desde la Fundación Pilares se ha puesto en marcha con la colaboración de LARES Asociación el Proyecto AICP, con vistas a una Atención Integral centrada en la persona y la comunidad¹². Este proyecto posee dos ejes fundamentales: en primer lugar, se aplicaría el modelo AICP con el objetivo de pasar del modelo "institución" al modelo "hogar" abierto a la comunidad y convertirlas en "pequeñas unidades de convivencia"; y, en segundo lugar, se aplicaría este modelo de AICP en la atención domiciliaria, lo que permite evitar institucionalizaciones innecesarias mediante una serie de prestaciones y apoyos consensuados con la persona y las familias.

1.1.6.- Canarias, Cataluña y Navarra.

El proyecto Reforzando Vínculos: Promoción de la autonomía en entornos comunitarios¹³ (CRECE) es un proyecto experimental cuyo objetivo final es contribuir a la transformación de los modelos de apoyo y cuidados de larga duración para prevenir la institucionalización y potenciar la desinstitucionalización de las personas en situación de dificultad social.

Cruz Roja pone en marcha el proyecto CRECE: que pretende contribuir a un nuevo modelo de intervención y cuidados de larga duración que sea transferible a otras entidades y a las políticas públicas del sector. Se está desarrollando en 51 asambleas locales de 15 provincias, y se extenderá hasta diciembre de 2024 con el compromiso de

¹² Atención Integral y Centrada en la Persona y la Comunidad <https://www.aicp.com.es/> (última consulta 20 de mayo de 2023)

¹³ Reforzando vínculos: Promoción de la autonomía en entornos comunitarios. SEGUNDO INFORME DE SEGUIMIENTO Periodo: 13 de julio de 2022 a 31 de diciembre de 2022

intervenir con 2.730 personas participantes en diferentes situaciones de vulnerabilidad social: personas mayores, mujeres víctimas de violencia de género, jóvenes que han pasado por un proceso de tutela o se encuentran en situación de dificultad social, personas sin hogar y personas con mala salud psicológica.

CRECE sumará, complementará y ampliará las respuestas que desde Cruz Roja se dan a las diferentes necesidades detectadas en las personas que acuden a la entidad; para todo lo anterior se va a trabajar desde una perspectiva comunitaria, en colaboración con entidades y administraciones de las localidades que participan en el proyecto, promoviendo nuevas actividades que aborden la **soledad no deseada**, reduzcan el riesgo de institucionalización y apoyen la desinstitucionalización de estos grupos sociales.

Los principios sobre los que se articula este proyecto según se menciona en el informe de seguimiento son:

- Re-vinculación a través de la cooperación: Restablecer los vínculos de la comunidad entre los diferentes agentes que forman parte de ella para que, a través de valores comunitarios como la escucha, el dialogo y la iniciativa local se den respuestas coordinadas para las necesidades de las personas mayores.
- Innovación como camino a seguir: innovación no como un fin, sino como un proceso de mejora y redefinición constante. Este proceso iterativo en el que la medición de lo que se está probando es clave, hace desprenderse de las certezas para reevaluar, redefinir y ajustar tanto nuestras intervenciones con las personas y el entorno como a nivel de procesos internos y metodologías a seguir también.
- Sostenibilidad: las actuaciones en la comunidad, con las personas mayores o través de la tecnología deben de ser sostenibles y perdurables en el tiempo con el mínimo costo al finalizar el proyecto con el fin de potenciar y facilitar los procesos de escalado hacia otros escenarios (tanto internos como externos).

Entre los resultados del Informe de seguimiento se pueden destacar:

- La generación y fortalecimiento de capacidades se considera un punto fuerte para que se produzca el cambio. Cuanto más preparada esté la comunidad para detectar, identificar y conocer respuestas adecuadas a las dificultades y vulnerabilidades de las personas beneficiarias, más sostenibilidad e índice de éxito en la mejora de las oportunidades de las personas, así como la transformación de entornos que están, a entornos que cuidan y protegen. (Canarias, Cataluña, Comunidad Foral de Navarra)
- La firma de convenios y los encuentros para la transformación de los mismos en recursos y acciones que fortalecen la comunidad y promueven la activación de mejoras en el entorno próximo, suponen una situación favorable, más allá de lo meramente formal y la suma de las partes, en la que cada cual asume parte de un mismo compromiso en beneficio de la prevención de la institucionalización y del tránsito a la desinstitucionalización. (Canarias, Cataluña, Comunidad Foral de Navarra)

1.1.7.- Identificación de aspectos que funcionan y que no funcionan en las alternativas de vida elegida en comunidad y alternativas de cuidado familiar existentes en España

El estado actual de los proyectos, mayoritariamente en desarrollo, hace difícil tener datos suficientemente contrastados para señalar aspectos que se pueden entender como eficaces e ineficaces a la hora de valorar las alternativas de vida y de cuidado familiar. En general los proyectos esperan resultados tras evaluaciones internas y externas o bien a finales de 2023 o a lo largo de 2024.

El proyecto piloto “A gusto en mi casa” desarrollado en Castilla y León fue sometido a un proceso de seguimiento y evaluación por parte del Equipo de Sociología y Trabajo Social (Universidad de Valladolid) del que se derivó el informe¹⁴ consiguiente coordinado por Juan María Prieto y Pablo de la Rosa, el cual permite detectar algunos elementos que pueden identificarse como indicadores para ir percibiendo líneas aconsejables de actuación a la hora de configurar alternativas de vida en comunidad y formas de cuidado.

En el apartado 3 Lógica y Fundamentos del Proyecto se señala dentro de las Conclusiones (p.42):

“El Proyecto AGeMC se plantea como una experiencia piloto de cara a obtener los aprendizajes necesarios que permita extender con éxito un modelo de atención a las personas que neutralice los riesgos asociados a las situaciones de dependencia, ayudando a que las personas puedan permanecer en su hogar hasta el final, si así lo desean. Supone, por tanto, una alternativa al modelo tradicional, según el cual, cuando la permanencia de una persona en su domicilio podría suponer un riesgo la única opción era el ingreso en un centro residencial para personas mayores.

Los valores dominantes del proyecto se sitúan en la libertad y la autonomía de las personas para decidir dónde y cómo quieren vivir.

La estrategia principal consiste en el despliegue de atenciones de diverso tipo incluyendo, especialmente, la adaptación de la vivienda, los productos de apoyo a la autonomía personal y el servicio de asistencia personal. La implementación de la estrategia contempla numerosos actores que, con la coordinación de sus distintas aportaciones, pretende conformar una atención sociosanitaria integrada. La provisión de estos servicios recae en una entidad privada no lucrativa, Pronisa/Asprodes con amplia experiencia en la atención a personas con discapacidad”.

Si bien principios y actuaciones deberían ser un marco incuestionable, sin embargo, se han producido una serie de abandonos del mismo, lo que puede poner sobre

¹⁴ Informe Final de Evaluación “A Gusto en Mi Casa” Mayo 2021. equipo de investigadores del Equipo de Sociología y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, coordinado por Juan María Prieto y Pablo de la Rosa

la pista de posibles cuestiones a considerar para futuras intervenciones. Entre las causas de abandono se señalan:

Una de las principales causas de abandono del programa es la económica, pero también se pueden aludir las siguientes:

- Disonancia con las expectativas. Independientemente de la cuantía económica a la que haya que hacer frente por beneficiarse de las atenciones del Proyecto AGeMC, hay personas que han abandonado el proyecto porque no esperaban tener que pagar, es decir, sus expectativas eran acceder a esas prestaciones y servicios de manera gratuita.
- El copago. Para economías familiares con ingresos muy limitados, hacer frente a una parte de los costes de las prestaciones y servicios ofrecidos por el Proyecto AGeMC puede suponer un esfuerzo que no tienen capacidad de asumir.
- La pérdida de otros ingresos. En ocasiones el problema económico no era tanto contribuir más o menos a los costes (copago) como perder una cuantía de ingresos fijos mensuales en concepto de prestación por cuidados en el entorno familiar a los que ya se estaba acostumbrado, aunque esa cuantía fuera pequeña y muy alejada de los costes reales de las prestaciones y servicios que fuera a recibir del Proyecto AGeMC.
- La relación costes – beneficios. La gestión de la economía familiar exige comparar los costes y beneficios de las oportunidades que se presentan. En ocasiones, se compara los beneficios de las prestaciones que se ofrecen desde el Proyecto AGeMC, con el coste (copago) que ello supone, con los beneficios que aportan otros servicios similares que pueden recibir a menor coste.

En el informe se indican una serie de condicionantes más subjetivos pero que hacen a las personas abandonar (pp.60 y 61):

“(…) cabe señalar que muchos abandonos se deben a que las personas participantes disponen ya o prefieren otras prestaciones y/o servicios alternativos a los que les ofrece el Proyecto AGeMC. Hay que tener presente que ese ofrecimiento se convierte en una alteración significativa del modo de vida, de la dinámica personal familiar que han venido teniendo hasta ese momento. Esa alteración conlleva necesariamente cierto nivel de inseguridad e intranquilidad, incluso de resistencia a la introducción de cambios, que condiciona la elección de los servicios que ofrece el Proyecto AGeMC. Esto explica que algunas personas renuncien a servicios objetivamente más interesantes, ambiciosos y completos por otros más conocidos o que ya venían disfrutando y que se perciben como seguros y estables, tales como su propia organización familiar, el Servicio de Ayuda a Domicilio, el recurso de la Prestación de Cuidados en el Entorno Familiar, o las residencias para personas mayores.

Otra razón (...) es la existencia en el entorno de las personas de redes de diverso carácter (familiares, vecinales, etc.) que les proporcionan los cuidados y servicios que necesitan. (...) lo que da idea de la importancia que tienen los cuidados informales en

nuestro país, mayoritariamente desempeñados de manera desinteresada por mujeres (esposas, hijas, nueras, vecinas, etc.). No es extraño, por tanto, que en el marco del Proyecto AGeMC se alegue frecuentemente que, de una u otra forma, se dispone ya de los apoyos familiares adecuados, de redes vecinales significativas y/o de servicios de cuidados de carácter privado”.

Una cuestión a la que se alude en el informe es a la propia confianza que despliega el proyecto debido a una “escasa adecuación entre las necesidades sentidas y la oferta de servicios y apoyos, es decir, las personas observaban un cierto desajuste entre la oferta y la demanda de productos y servicios. Es bien conocido que la relación de ayuda exige crear un clima de confianza con la persona/familia sobre la que, posteriormente, se ha de asentar una buena relación profesional. Esta relación es la que, posteriormente, sirve de base para construir, conjuntamente, un conocimiento detallado de cada persona, de sus recursos y capacidades, de las circunstancias que provocan o condicionan la problemática o la necesidad que es objeto de atención, de sus redes de apoyo, etc.”. Ha de subrayarse especialmente esta circunstancia porque algunas de las figuras claves como son el gestor de caso y el gestor de apoyos, quedarían desdibujadas y sufrirían un menoscabo, poniendo en entredicho su papel.

Otro motivo de abandono, en particular en las etapas iniciales, son las “imprecisiones y dudas en el despliegue de la oferta de prestaciones y servicios que generaron una cierta percepción de inseguridad e incertidumbre entre algunos de los participantes, especialmente en los primeros meses tras el inicio del proyecto”. Inseguridad que se atribuye a una falta de claridad sobre las “condiciones de las prestaciones y servicios ofertados por el proyecto (cuantías económicas y compatibilidades), a la continuidad en el tiempo de las prestaciones y servicios ofertados y por la comparación con otras prestaciones más conocidas y reconocidas por las personas participantes”. Ha de indicarse que a medida que se han detectado estos problemas se iban solventando.

Un motivo para el abandono es que “algunas unidades familiares no deseaban la presencia en sus hogares de personas ajenas”, bien es cierto que algunas de sus necesidades estarían cubiertas con los apoyos de los que hasta el momento disponían. Pero no se puede dejar de lado que la presencia de nuevas personas en el hogar “supone una alteración de la vida cotidiana, una exposición a personas ajenas de la intimidad del propio hogar, es decir una cierta ‘invasión’ del espacio personal, lo que obliga a reajustar dinámicas algo que no siempre resulta sencillo o cómodo de asumir”.

Una última causa de abandono tiene que ver con la “importancia que tiene el tiempo transcurrido entre la adhesión de las personas al proyecto y la presentación del Plan Provisional de Apoyos. Esta dilación ha podido provocar en las personas participantes, según algunas profesionales entrevistadas, una cierta sensación de fatiga por la espera o de desconexión”.

1.2.- INTERNACIONAL

1.2.1.- SUECIA¹⁵¹⁶

- MODELO VIVIENDA FRENTE A LAS “NURSING HOMES”:

Las habitaciones de estos centros pasan a convertirse en viviendas: espacios privados de un mínimo de 30 mts, de uso individual, aun estando agrupados en unidades de convivencia que reúnen entre 6 y 12 personas en torno a un espacio común que cuenta con una cocina y un salón-comedor. Espacios acogedores, en los que la calidez de un hogar se ha cuidado mucho. Las viviendas de las personas tienen una minicocina y facilitan la división de dos ambientes: el espacio de estar y el dormitorio. Todas las viviendas están amuebladas y decoradas por sus inquilinos, que pagan por el concepto de alquiler, hecho que simbólicamente valida la percepción de espacio propio, doméstico, íntimo. La comida también se paga aparte. Por supuesto en los casos de personas con bajos ingresos estos gastos son sufragados por la administración local correspondiente. En definitiva, este modelo diferencia y separa claramente los conceptos de vivienda, manutención, cuidados y atención estrictamente sanitaria. Se ha ido configurando un amplísimo y diverso parque de viviendas, de competencia municipal en su mayoría, en régimen de alquiler, accesibles y en las que se recibirán servicios en función de necesidades

o Aspectos que funcionan

- En Suecia, el criterio establecido es de seis a ocho personas con demencia y de diez a doce en el caso de personas con enfermedades somáticas. En el caso de las unidades de más de quince viviendas para personas con alzhéimer, algunos autores recomiendan dividir las para controlar la sobreestimulación ambiental y favorecer la creación de grupos
- Desarrollo del modelo de atención centrado en la persona que intenta identificar preferencias y deseos de sus inquilinos y adaptarlas a su vida cotidiana. La actividad con sentido para la persona que la realiza, es un auténtico reto en la vida de estas unidades de convivencia.

- VIVIENDAS COLECTIVOS LGTBI:

¹⁵ SANCHO CASTIELLO, Mayte; “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, *RIEV: Revista Internacional de los Estudios Vascos*, N°65, 1-2, 2020, pp. 180-224.

¹⁶ PETERSON, Elin.; y BRODIN, Helene.; “ Choice, needs or equality? Discursive struggles about defining home care for older people in Sweden” en *AGEING & SOCIETY*, N°42, 2022, pp. 2433-2453. Disponible en doi:10.1017/S0144686X21000131

Abierto en Estocolmo en 2013, con 28 apartamentos y 34 personas viviendo. El modelo Rainbow house se ha extendido por otros países de Europa y USA.

- Aspectos que funcionan
 - La realidad de los hechos, al menos en el sur de Europa y a la vista de la experiencia que se está construyendo en Madrid por parte de la Fundación 26 de diciembre, se valora como una solución necesaria, quizás transitoria para personas homosexuales muy mayores en situación de dependencia
- Aspectos que no funcionan
 - en un primer análisis, parecería que son alternativas excluyentes que automarginan al grupo que opta por ellas

1.2.2.- NORUEGA

Los sistemas de salud y atención social en Noruega vienen proporcionando una gama de prevención, atención primaria, manejo de enfermedades crónicas, atención geriátrica y atención a largo plazo más formal con un alto grado de calidad y extensión a las personas mayores. Los servicios que se ofrecen a las personas mayores se diseñan y brindan en función de las necesidades de las personas mayores y su contexto social, por lo que hay varios modelos de atención disponibles para atender una variedad de necesidades de las personas mayores.

La administración de salud en Noruega¹⁷ se puede dividir en tres partes; los niveles Nacional, Provincial (o regional) y local (Municipal). A nivel Nacional, el Ministerio de Salud y Servicios de Atención, formula e implementa la política nacional de salud con la ayuda de varias instituciones subordinadas.

La provisión de atención médica en Noruega se basa en un modelo descentralizado. Los municipios¹⁸ (atención primaria de salud) son responsables de los servicios de atención domiciliaria de diversos colectivos, como el de personas mayores. La atención a la persona mayor en el nivel primario se suele distinguir entre la atención domiciliaria y las residencias de personas mayores. Los usuarios de los servicios de atención domiciliaria que reciben son en sus propios hogares o en viviendas especialmente adaptadas. Los municipios deciden el nivel y tipo de atención de cada usuario en base a su valoración y solicitud de los mayores o sus familiares.

Las fases que articulan esta atención se pueden resumir en las siguientes:

Visita domiciliaria preventiva realizada a por parte de los trabajadores de la salud municipales a todas las personas de 80 años o más para educarlos sobre comportamientos de promoción de la salud y mecanismos de afrontamiento. Visita que también posibilita a los trabajadores de la salud indagar y valorar los cuidados especiales

¹⁷ Ministerio de Salud y Servicios de Atención

<https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/id917/> (última consulta 12 de julio de 2023)

¹⁸ Servicios sanitarios y asistenciales municipales <https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/municipal-health-and-care-services-/id10903/> (última consulta 12 de julio de 2023)

que necesitan las personas mayores. Si las personas mayores necesitan asistencia en las actividades de la vida diaria, se comunica al siguiente nivel, es decir, al sistema de atención domiciliaria.

Sistema de atención domiciliaria: este sistema ayuda a las personas mayores en las actividades de la vida diaria, como el cuidado personal, el aseo, la limpieza de heridas, etc. Este nivel de atención es básicamente para aquellas personas mayores que necesitan una ayuda mínima todos los días, sin embargo, pueden cuidar de sí mismos durante el día.

Centros de día: en caso de que las personas mayores necesiten más atención que solo visitas puntuales de atención domiciliaria, pero necesitan ayuda para preparar comidas, vestirse, actividades sociales, etc., existe el siguiente nivel de atención llamado centro de día. El municipio organiza autobuses para la recogida y el regreso entre los hogares y los centros, sin costo alguno.

Apartamentos residenciales: Son apartamentos especialmente construidos teniendo en cuenta las necesidades especiales de las personas mayores o personas mayores que tienen problemas de salud mental como la demencia. Los edificios especialmente adaptados para la atención de personas mayores tienen la ventaja de ofrecer una mayor flexibilidad con respecto a la cantidad de atención que las personas pueden recibir. El nivel de atención varía desde un nivel similar al de los hogares privados hasta la atención las 24 horas del día, como en las instituciones. Existen tres modelos en la provisión de cuidado de personas mayores en función del nivel y la duración de los servicios disponibles en estos apartamentos. A las personas mayores se les asignan estos apartamentos en función de sus necesidades de cuidados y nivel de dependencia

Modelo 1: El personal asiste a los residentes de forma continua mediante el uso de dispositivos electrónicos. Este modelo se usa principalmente con residentes que sufren de demencia senil o discapacidades cognitivas.

Modelo 2: El personal asistencial permanece durante el día pero los residentes son atendidos por los servicios de atención domiciliaria del municipio durante la noche. Durante el día, los residentes pueden conectarse con el personal mediante dispositivos inalámbricos, mientras que por la noche están conectados con teléfonos móviles. Este modelo se usa cuando los residentes son independientes a diferencia de lo visto en el primer modelo.

Modelo 3: en este modelo los residentes son atendidos por los servicios de atención domiciliaria ambulatoria del municipio en todo momento, sin que haya personal en el edificio; sin embargo, estarán disponibles a través de teléfonos móviles.

Residencias de personas mayores: han evolucionado durante el último medio siglo de ser lugares de atención de custodia a instalaciones responsables del manejo de una gama cada vez mayor de condiciones médicas y de enfermería complejas. Una residencia de personas mayores es un lugar de convivencia colectivo para personas mayores que no requieren servicio hospitalario pero que no pueden ser atendidos de

manera adecuada y segura en el hogar. Los hogares de personas mayores realizan varias funciones, como proporcionar vivienda, atención médica y del hogar a las personas mayores frágiles, que ya no pueden quedarse solos y son muy dependientes. Pueden quedarse allí y vivir allí hasta el final. El hogar de personas mayores brinda atención médica y de enfermería para residentes a corto y largo plazo, así como rehabilitación. La atención social es la prioridad y la atención médica es una parte de la atención en el hogar de personas mayores.

Hospitales comunitarios/Hospitales de corta estancia: El objetivo principal de esta atención es ofrecer una atención especial después del alta hospitalaria de la persona mayor (atención de especialistas/hospital nacional) pero sin necesidad de atención hospitalaria avanzada adicional, antes de que sea trasladado de regreso a su hogar. Es básicamente un punto de evaluación donde se determina si la persona mayor puede volver a su casa o si necesita ser trasladada a un hogar de personas mayores y se evalúa el grado de atención que necesita la persona mayor.

Este diseño de funcionamiento se enfrenta a un aumento del coste de la atención, la reducción de la oferta de recursos humanos para el cuidado de las personas mayores, el aumento de las enfermedades relacionadas con la edad debido al aumento de la esperanza de vida y el aumento de la población de mayor edad. Estos desafíos han ejercido una mayor presión sobre los servicios sociales y de salud y el gobierno está tratando de encontrar soluciones para mantener la eficiencia del sistema. Además de la disponibilidad de atención para personas mayores, existe una demanda para mejorar el entorno de los hogares de las personas mayores agregando una dimensión más humana a los servicios, mejorando el comportamiento del personal y alentando a los grupos de voluntarios a pasar tiempo con los residentes. El gobierno de Noruega está tratando de desarrollar formas de mejorar la calidad de vida de sus personas mayores mediante la promoción activa de la atención preventiva para reducir la presión sobre el sistema de atención médica.

En este sentido es importante tener en cuenta la Recomendación del Ministerio de Salud y Servicios de Atención (4 de mayo de 2018) “Una vida plena, toda tu vida. Una reforma de calidad para las personas mayores”¹⁹, cuyo espíritu se centra en constituir una reforma para crear servicios de salud y atención a las personas mayores, donde la pregunta esencial es: ¿Que es importante para ti? Las personas mayores deben sentirse valoradas y visibilizadas, y poder participar en las decisiones que las involucran. Las personas mayores deben tener la oportunidad de vivir en casa el mayor tiempo posible y recibir apoyo para dominar su vida cotidiana, independientemente de la enfermedad o la discapacidad funcional. También deben sentirse seguros al saber que hay ayuda disponible cuando sea necesario. Cuando se acercan al final de sus vidas, deben recibir buenos cuidados paliativos.

¹⁹ A full life - all your life. A Quality Reform for Older Persons
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/en-gb/pdfs/stm201720180015000engpdfs.pdf> (última consulta 17 de julio de 2023)

De esta manera, las personas mayores tendrán mejores oportunidades de vivir la vida, toda su vida. Muchas personas mayores consideran que no tienen suficiente atención médica y asistencia para prevenir enfermedades y deficiencias funcionales. Muchos desean contar con servicios de atención y salud que se adapten mejor a sus necesidades y tener la oportunidad de tomar decisiones sobre sus vidas durante el mayor tiempo posible.

Los desafíos se podrían resumir en los siguientes:

- Falta de atención a la capacitación y la prevención
- Visión general deficiente de necesidades y problemas complejos
- Poco uso de actividad física y entrenamiento
- No se utilizan nuevos tipos de tratamiento
- La evaluación y el seguimiento de las personas no es sistemático.

Se han recomendado cinco soluciones para hacer frente a estos desafíos, donde el objetivo es aumentar el dominio y mejorar la calidad de vida, prevenir el deterioro funcional y brindar la ayuda adecuada en el tiempo justo:

- Dominio de la vida diaria
- Servicios proactivos
- Uso específico del entrenamiento físico
- Medidas ambientales
- Evaluación y seguimiento sistemático

Todo ello cobra un sentido especial si se considera que como en la mayoría de los Estados de bienestar, los servicios de atención en Noruega, en el transcurso de las últimas cuatro décadas, se han desinstitucionalizado gradualmente. En la actualidad, la mayoría de los usuarios finales reciben servicios de atención domiciliaria en su propio hogar²⁰. El proceso de desinstitucionalización se entrelaza con otros dos procesos, ambos con consecuencias significativas para la prestación de cuidados. En primer lugar, la distinción entre asistencia sanitaria y social se ha vuelto cada vez más confusa, ya que el personal de enfermería se centra principalmente en cuestiones relacionadas con la salud y los ayudantes domésticos realizan tareas domésticas prácticas. Además, ha habido una tendencia a prestar cada vez más servicios sanitarios y menos asistencia práctica. En consecuencia, el cuidado social se aborda solo de manera implícita en esta distribución del trabajo de cuidado, sin estar salvaguardado por estándares mínimos o de calidad específicos. En segundo lugar, parece que se hace necesario un servicio de atención más holístico, flexible y centrado en la persona como se ha enfatizado repetidamente en los libros blancos del gobierno a lo largo de varias décadas. A pesar de varias reformas, la base profesional para la prestación de servicios de atención, así como los principales desafíos para ofrecer servicios de atención centrados en la persona y de alta calidad, permanecieron sin cambios.

²⁰ Walter Schönfelder PhD, Helga Eggebø PhD & Mai Camilla Munkejord PhD (2020) Social care for older people – a blind spot in the Norwegian care system, *Social Work in Health Care*, 59:9-10, 631-649, DOI: 10.1080/00981389.2020.1847747

1.2.3.- BÉLGICA²¹

En Bélgica con frecuencia aparecen los problemas de la distribución de responsabilidades en el cuidado y cierto pánico ante el incremento de necesidad de ayuda. La peculiaridad de las familias de inmigrantes reside en su falta de experiencia: los que envejecen no han visto envejecer a sus propios padres que han permanecido en el país, y la próxima generación no sabe cómo cuidar de las personas mayores desde la perspectiva del "buen envejecer".

- LA CASA BILOBA

Consta de 15 unidades de vivienda para personas mayores (8 adaptadas para aquellas que tienen problemas de movilidad), una sala comunitaria y una guardería, situadas en la planta baja del edificio, que está abierta a todo el vecindario. Este proyecto innovador pretende dar respuesta a las necesidades de vivienda social adaptadas a las personas de edad avanzada en un barrio de población cada vez más envejecida.

- Aspectos que funcionan
 - Convencimiento del valor añadido que suponía disponer de un lugar intergeneracional y multicultural para las personas mayores, en un barrio popular de Bruselas.
 - Pretenden hacer posible la permanencia en el entorno habitual y contribuir al desarrollo de una comunidad de atención activa, basada en el vecindario que habilita y apoya a los mayores valorando tanto la atención informal como la formal.
 - Estas iniciativas están obligadas a incluir tanto a los usuarios finales como a los interesados en el desarrollo, la evaluación y el ajuste co-creativo de estas innovaciones en materia de cuidados. Esto permite a los investigadores implicados en el programa recoger la información directamente de los usuarios y observar, vigilar y analizar sistemáticamente el comportamiento de los usuarios en un entorno natural.

En el Dossier: Nuevas formas de vivienda para personas mayores²², referido a Bélgica, se muestran una serie de iniciativas que harían más fácil y asequible trasladarse a una vivienda adaptada en la propia zona, ya que adecuar y/o reformar la propia vivienda puede no ser útil ni deseable para todas las personas mayores. En ese sentido los proyectos

²¹ SANCHO CASTIELLO, Mayte; “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, cit., p. 200.

²² CONSEJOS DE ANCIANOS. Inspiración para y por los consejos locales de ancianos. Dossier: Nuevas formas de vivienda para personas mayores.

https://www.ouderenraden.be/in-de-kijker/wonen/dossier-nieuwe-woonvormen-voor-ouderen?utm_source=Vlaamse+Ouderenraad&utm_campaign=5366b4420e-EMAIL_CAMPAIGN_2021_05_07_07_27&utm_medium=email&utm_term=0_66ad0c5858-5366b4420e-136815758 (última consulta 20 de julio de 2023)

de vivienda comunal son una vía interesante para vivir de forma independiente durante más tiempo y experimentar menos sentimientos de soledad. Hoy en día, las posibilidades y beneficios de las nuevas formas de vivienda para personas mayores a menudo aún se desconocen y ponerlas en marcha no siempre es fácil. En consecuencia, y dado el interés de las personas mayores por estas formas innovadoras de vivienda, sería importante que aparecieran con más fuerza en la formulación de políticas locales.

1.2.4.- PAISES BAJOS²³

- CO- HOUSING:

Este modelo se lleva a cabo desde una doble estrategia: en primer lugar, apostando por una decidida política de vivienda en la cual se ofrecen, con distintas modalidades de provisión, cuidados personalizados; por otra parte, transformando las clásicas residencias institucionales en conjuntos de unidades de convivencia.

- Aspectos que funcionan
 - Concepto de casa: pequeñas dimensiones, unos treinta / treinta y cinco metros cuadrados, pero con todo el equipamiento que otorga la condición de “casa” a ese espacio. Su amueblamiento es responsabilidad de su inquilino/a, excepto la cama, que suele suministrar la entidad responsable de las unidades. Así, el reconocimiento de sus cosas y su disposición ayudan a asegurar el valioso sentimiento de pertenencia
 - Los servicios de cuidados, sociales y sanitarios se ofrecen de manera independiente, bien integrados en la unidad de convivencia cuando la necesidad de apoyo es muy elevada, o a través de servicios externos que se proveen en función de necesidades
 - Efecto protector de estabilidad entre profesionales y usuarios de la unidad, la normalización de la vida cotidiana en entornos hogareños, la libertad de movimiento y acción de los familiares u otras personas que acuden a acompañar a sus inquilinos y el enfoque de intervención basado en actividades de vida diaria que sean significativas para quienes las realizan constituyen elementos que favorecen una percepción de bienestar y tranquilidad de gran valor en el desarrollo de estas enfermedades
- Aspectos que no funcionan
 - La financiación está asociada a la modalidad que cada país tenga en su sistema de protección social, generalmente con una fuerte presencia pública

²³ SANCHO CASTIELLO, Mayte; “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, cit.pp. 180-224.

- En Países Bajos durante la pandemia no se respetó el papel de muchos familiares, también en los casos de las personas que vivían en residencias de cuidados 24h. En pocas palabras, no se respetó el derecho a la vida familiar y se desconsideró el papel de las familias en la residencia.

- HUMANITAS

3.000 Viviendas en 30 lugares distintos por todo el país. Filosofía muy centrada en un disfrute de la vida, diferenciando claramente la vida cotidiana de los cuidados que pueden necesitar muchas de las personas que allí residen. Un porcentaje elevado de los inquilinos padece demencia o párkinson.

○ Aspectos que funcionan

- Experiencia intergeneracional; los estudiantes pueden vivir allí gratuitamente si dedican un mínimo de 30 horas al acompañamiento de personas mayores.
- Instalaciones abiertas al público: Restaurante, supermercado (Importante el papel que esto tiene en la integración en el barrio y ayuda a costear los gastos del centro). Lugar lleno de vida y de personas de todas las edades.
- Diseño que permite adaptarlo a diferentes situaciones en las que puede verse la persona.
- Cultura del SÍ, todo está permitido (no hay por ej, limitación ni restricción en el consumo del alcohol).

- HOGWEYK – DEMENCIA VILLAGE²⁴

Dirigido a personas con demencia., construido en Weesp, Países Bajos en 2009, proyecto conocido como “dementia village” es considerado como una de las propuestas más interesantes en cuanto al cuidado de personas con demencia convirtiéndose en poco tiempo en un referente mundial que se está replicando en varios países (Francia, Canadá, Suiza y Dinamarca están trabajando en esto ahora). Consiste en la reproducción de una pequeña comunidad con calles, plazas, comercios y todo lo que constituye un minipueblo donde las personas mayores con demencia puedan moverse con libertad a la vez que con seguridad. El conjunto se cierra hacia el exterior y vuelca todos los espacios hacia el interior. En esta iniciativa viven 155 personas agrupadas en casas adosadas e independientes, habitadas por 6 o 7 personas, que tienen aspectos de su vida en común (religión, clase social, procedencia étnica, etc.) por lo que es más fácil la organización de su vida cotidiana, así como la decoración de la casa. Estas personas están acompañadas por equipos estables de profesionales e intentan reproducir la vida cotidiana de cualquier hogar; compran en el supermercado, realizan tareas domésticas en la medida de sus

²⁴ B.advice <https://www.bethecareconcept.com/en/> V. tb el apartado de Proyectos <https://www.bethecareconcept.com/en/be-advice-projects/> (última consulta 8 de julio de 2023)

posibilidades y llevan una vida familiar centrada en la cotidianeidad²⁵. Uno de los problemas que inicialmente se adujeron es que se presenta como un marco artificial, sin embargo, el resultado ha de ser valorado positivamente ya que responde a la idea de atención integral centrada en la persona.

- Aspectos que funcionan
 - Clima de calma y libertad que se observa, al contemplar a las personas, acompañadas en su mayoría por familias, voluntarios o profesionales.
 - viven 155 personas agrupadas en casas adosadas e independientes, habitadas por 6 o 7 personas, que tienen aspectos de su vida en común (religión, clase social, procedencia étnica...) por lo que es más fácil la organización de su vida cotidiana, así como la decoración de la casa.
- Aspectos que no funcionan:
 - Es una iniciativa que ha generado bastante inquietud por ser un planteamiento de “escenario irreal” donde se desarrolla la vida.

- ARQUITECTURA HOLANDESA Y CONCEPTO DE “VIVIENDA PARA TODA LA VIDA

Es conocida la tradición de Países Bajos como referente mundial en el diseño arquitectónico. Esta tendencia se reproduce en el ámbito de la construcción gerontológica de tal forma que ofrece una singular vía de lucha contra los estereotipos asociados a la vejez desde imágenes caducas y ausentes de sentido estético. Asociar la vejez con la innovación y la modernidad supone un hito que tendrá un importante impacto en un futuro próximo.

PROYECTOS ICÓNICOS: Proyecto Rokade y de Plussenburgh

- Aspectos que funcionan
 - En el diseño interior de las viviendas se destaca la gran luminosidad de todos sus espacios que facilitan el disfrute de excelentes vistas.
 - El complejo incluye un Centro de Día y de Salud con una zona comercial en planta baja. Desde el centro de día se puede realizar la provisión de los servicios que sus habitantes van necesitando.
 - Las viviendas de este edificio se ofrecen en mercado libre, perteneciendo a una Asociación sin ánimo de lucro

²⁵ SANCHO CASTIELLO, Mayte.; MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa. REVISIÓN INTERNACIONAL DE MODELOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES, 2021, p.48
<https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/revision-internacional-de-modelos-de-atencion-residencial-para-personas-mayores-parte> (última consulta 29 de julio de 2023)

- Los inquilinos han de dejar la vivienda en las mismas condiciones que la encontraron, pero mientras viven en ella, pueden realizar todas las modificaciones que quieran.
- VILLA VISSERSHAVEN

La Villa Vissershaven fue creada para las personas mayores por el centro holandés Tante Louise²⁶, una organización dedicada al cuidado de personas de la tercera edad en Países Bajos. Se trata de un entorno de viviendas con capacidad para 48 personas con demencia, organizado en seis casas donde en cada una de ellas conviven grupos de ocho. El entorno de vida es un barrio, con sus calles y servicios, en el que hay además de las casas distintos servicios como restaurante, supermercado, tiendas y servicios diversos. La idea es que las personas con demencia puedan vivir de un modo lo más normalizado posible tanto dentro de su casa como en el entorno de un barrio. En cada casa, cada persona cuenta con su propia habitación que tiene baño privado. Los residentes comparten sala, comedor y cocina y reciben un cuidado de 24 horas por cuidadores profesionales que están asignados a su cuidado de una forma estable a cada casa. También hay un equipo interdisciplinar que apoya el cuidado personalizado, un número importante de voluntarios y el uso de las tecnologías como medio de localización.²⁷

Si bien se han descrito alternativas en ambos países, Bélgica y Países Bajos, es interesante resaltar que la cultura en torno a la vivienda y las distintas políticas públicas de vivienda inciden en la valoración y éxito de la vivienda colectiva. En todo caso la escasez de vivienda, el envejecimiento de la población y los motivos energéticos han hecho que se incremente en ambos países la demanda de este tipo de vivienda.

La clasificación de la vivienda colectiva en los Países Bajos y Bélgica²⁸ se puede realizar conforme a dos criterios referidos uno a compartir instalaciones y otro compartir actividades, lo que daría lugar a cuatro tipos diferentes:

- YOUtopia significa compartir pocas instalaciones y actividades, con un enfoque en las redes vecinales. La covivienda tal como la define el programa de casas compartidas (Samenhuizen) encaja aquí, sobre todo para jóvenes estudiantes que buscan una vivienda.
- METopia se caracteriza por pocas instalaciones compartidas pero muchas actividades conjuntas, como es el caso de las comunidades de cuidado (por ejemplo, viviendas asistidas para personas mayores, casas multigeneracionales).

²⁶ Tante Louise. Bienvenido a casa <https://tantelouise.nl/> (última consulta 11 de julio de 2023)

²⁷ SANCHO CASTIELLO, Mayte; MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, REVISIÓN INTERNACIONAL DE MODELOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos, p.46. <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/revision-internacional-de-modelos-de-atencion-residencial-para-personas-mayores-parte> (última consulta 29 de julio de 2023)

²⁸ Urban Planning (ISSN: 2183-7635) 2022, Volume 7, Issue 1, Pages 336-348 <https://doi.org/10.17645/up.v7i1.4750> (última consulta 15 de marzo de 2023)

Las dos tipologías con muchas instalaciones compartidas y, por lo tanto, espacios arquitectónicos también, son OURtopia y ECOtopia.

- OURtopia se enfoca en la calidad y la cohesión en “nuestro” vecindario o complejo. Estos grupos cooperan en el proceso de construcción, renovación y mantenimiento, que a menudo conduce a proyectos arquitectónicos específicos.
- En ECOtopia, los residentes comparten muchas instalaciones y actividades. Están persiguiendo un mundo mejor en ciertos aspectos, como se puede ver, por ejemplo, en ecoaldeas y grupos residenciales temáticos.

Distincuir las tipologías proporciona una idea de las diferencias en la motivación que subyace a la vida colectiva. Comparando los diferentes contextos nacionales y los diversos significados de un término dinámico como es “colectivo”, que puede referirse a diferentes aspectos de la “vivienda”, lo que es necesario preguntarse es qué se quiere compartir y por qué. Entre esos aspectos ya de forma individual o combinada juegan elementos como la propiedad colectiva y la igualdad de derechos (legales); el proceso de construcción colectiva y la participación (proceso); manutención colectiva, convenios, asociación (organización); eventos colectivos, conexión, rutina diaria (social); e instalaciones colectivas (económicas).

La principal diferencia entre los dos países está sin duda ligada a las diferentes necesidades y aspiraciones de vivienda y puede estar relacionada con las diferencias en la cultura de la vivienda y la organización del mercado inmobiliario. En la tradición holandesa, la vivienda colectiva está estrechamente ligado a la cooperación en el proceso de construcción, incluso si el promotor legal y propietario es una corporación de vivienda. Además, en la situación actual con varios modelos que combinan alquiler y compra, existe una distinción entre la propiedad legal y el control organizativo y operativo. En Bélgica, la propiedad privada de residentes individuales en coviviendas es la norma, y la propiedad, la influencia y el control van de la mano. Si bien la mayoría de los belgas están satisfechos con las casas ocupadas por sus propietarios, en los Países Bajos se ve a la vivienda colectiva como un medio para lograr una calidad de vida diferente.

1.1.5.- SUIZA

En los últimos años, el tema de la vivienda intergeneracional ha atraído una gran atención en Suiza. Desde 2010 han surgido más de 80 proyectos de vivienda intergeneracional que representan un total de más de 4.500 viviendas en las zonas urbanas y rurales de 15 cantones. Sin embargo, la noción de "vivienda intergeneracional" sigue siendo una palabra clave muy vaga en uso, ya que este modelo aún no está determinado por criterios precisos ni es objeto de una definición uniforme. Hasta ahora, han sido principalmente los contratistas de servicios públicos los que han tenido en cuenta la evolución de las necesidades de vivienda y que llevan a cabo los primeros proyectos de vivienda intergeneracional, como la cooperativa Warmbächli, en Berna, el edificio Stad

Terle de la cooperativa Zimmerfrei, en Basilea, o el complejo de viviendas Giesserei de la cooperativa Gesewo, en Winterthur.

Es en este contexto que Swiss Housing Cooperatives y la asociación Generationenwohnen Bern-Solothurn lanzaron el proyecto “Umsetzung von Generationenwohnen – Förderung des Wohnmodells unter Einbezug von Schlüsselakteuren und Praktiker:innen” (“Implementación de vivienda intergeneracional – promoción del modelo de vivienda con la participación de actores y profesionales clave”) con el objetivo de popularizar la vivienda intergeneracional en Suiza. El proyecto pretende desarrollarse entre enero de 2022 y junio de 2025.

Hubo unanimidad en la necesidad de crear una red dedicada a la vivienda intergeneracional para crear vínculos y permitir el intercambio de experiencias, poner en común habilidades y realizar labores de sensibilización y relaciones públicas. Hay en marcha un grupo de trabajo para formular una posición sobre la conceptualización de vivienda intergeneracional cuya publicación está prevista para el otoño de 2023. Sin embargo, se pueden resumir algunos elementos de la primera fase del proyecto realizado entre mayo de 2022 a marzo de 2023:

¿Qué valor añadido ofrece el modelo de vivienda intergeneracional?

Según la Oficina Federal de Estadística, más de una cuarta parte de la población suiza habrá llegado a la edad de jubilación en 2045 y una persona de cada diez tendrá más de 80 años para entonces²⁹. Este cambio demográfico requiere conjuntos habitacionales y barrios que promuevan el contacto social y el apoyo mutuo. El modelo de vivienda intergeneracional sienta las bases para el desarrollo viable de estos barrios respondiendo a los desafíos ecológicos y económicos. De hecho, los espacios de uso común no solo ofrecen la posibilidad de interacciones cotidianas, sino que también permiten reducir el espacio de vida privado gracias a unidades de vivienda individuales más pequeñas, o incluso compartir electrodomésticos o vehículos.

¿Qué ha de entenderse por vivienda intergeneracional?

Los principios rectores, que constituyen el corazón de la carta de la red de vivienda intergeneracional se pueden resumir en los siguientes:

Fomento de las relaciones intergeneracionales. Compromiso, durante la planificación, construcción, alquiler y operación de conjuntos residenciales, con la creación de relaciones intergeneracionales y el desarrollo de fuertes lazos vecinales. Al hacerlo, ha de tenerse en cuenta las distintas necesidades de las generaciones, así como las diferentes etapas de la vida.

Proporcionar vivienda para todas las etapas de la vida. Gracias a una mezcla equilibrada de viviendas y una variedad de tipos de vivienda, se crea una oferta de vivienda para personas de diferentes edades, en diferentes etapas de la vida y para diferentes formas de convivencia.

²⁹ Los diferentes servicios y estrategias (Demencia o Cuidados Paliativos) pueden encontrarse en la Oficina Federal de Salud Pública <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home.html> (última consulta 7 de julio de 2023)

Garantizar el acceso a tantas personas como sea posible. La vivienda intergeneracional ha de ser accesible para la mayor cantidad de personas posible, incluidas las personas con recursos económicos limitados y las personas con discapacidades. Además de la diversidad de edades, de estilos de vida, formaciones u orígenes contribuye a una mezcla social enriquecedora y a un barrio vivo.

Alquiler en condiciones justas. Es importante que los residentes tengan un alto nivel de seguridad en la vivienda. Ha de haber una respuesta a los cambios de las necesidades habitacionales y, en lo posible, brindar soluciones dentro del mismo conjunto habitacional.

Fomentar los encuentros en la vida diaria. Han de proyectarse edificios y conjuntos residenciales que promuevan el encuentro diario y, por tanto, la cohesión social. Los espacios interiores y exteriores utilizados en común son sin barreras y versátiles. Las actividades comunes destinadas a apropiarse de estos espacios tienen un efecto unificador y generador de vínculos.

Desarrollar redes vecinales, mediante el desarrollo de redes activas entre vecinos. A menudo, las relaciones de vecindad sólidas no se forman por sí solas. El compromiso de los habitantes es importante por lo que se han de construir estructuras físicas y digitales que promuevan la participación y la consulta.

Integrarse en el vecindario circundante, mediante la interconexión de espacios, infraestructuras cotidianas y ofertas del barrio y la urbanización.

Estar abierto a la cooperación. Los contratistas de servicios públicos aparecerían como socios de organizaciones que participan en la implementación de proyectos de vivienda intergeneracional, trabajando en estrecha colaboración con municipios, propietarios de proyectos y barrios.

Es interesante el Informe de febrero de 2021 “Vivir en casa el mayor tiempo posible. Estudio sobre viviendas tuteladas encargado por el cantón de Vaud”³⁰, en el que se ponen de manifiesto cuáles son los aspectos que las personas mayores valoran en este modelo de viviendas tuteladas:

Vida social y actividades de entretenimiento. La implicación del referente social es decisiva para la dinamización de la vida social dentro de la vivienda tutelada. Las opiniones dominantes son positivas sobre el principio de una oferta estructural de

³⁰ BEDIN, Maria Grazia.; DROZ MENDELZWEIG Marion, DELLEPIANE, Maurizio ySOBRINO Jimena. Piazza Vivre à domicile le plus longtemps possible Rapport d'étude - Février 2021 Etude sur les logements protégés mandatée par le Canton Vaud. Institut et haute école de la santé La Source (<https://www.ecolelasource.ch/>) El estudio se centra en dos regiones entre las cuatro que forman parte de la Red de Salud de Vaud: Centre (Grand Lausanne) y Nord Broye. En cuanto a la oferta de vivienda tutelada en las dos regiones estudiadas, se han identificado un total de 38 lugares correspondientes a 1111 apartamentos protegidos. Entre ellos :

- 20 están ubicados en la región A (Centro) con una oferta de 596 departamentos
- 18 están ubicados en la región B (Nord Broye) con una oferta de 515 apartamentos

https://www.armoup.ch/data/Rapport_final_Logements_proteges_02-2021_4705.pdf (última consulta 22 de junio de 2023)

actividades coordinadas, sin embargo, la libertad de participar o no cuenta mucho en la evaluación.

Diversidad generacional y social. Las líneas divisorias de diferentes niveles se cruzan y privan a las estructuras de homogeneidad. Es difícil complacer a todos cuando se entrelazan cuestiones de movilidad, sordera, habituación a la convivencia y desinterés. Aparte del precio de las actividades opcionales, las barreras a la participación tienen múltiples motivos. La diversidad social y generacional dentro de los lugares de viviendas tuteladas se acepta en principio, pero es difícil de implementar.

Aspectos arquitectónicos, distribuciones, espacios colectivos, ubicación. La mayoría del stock de alquiler de Vaud LP consiste en construcciones recientes. El estatus de LP contratado está sujeto al cumplimiento de los requisitos arquitectónicos definidos en las especificaciones establecidas por la Dirección General de Cohesión Social (DGCS). La ausencia de barreras arquitectónicas es una condición básica y es uno de los principales motivos por los que las personas abandonan su antigua vivienda. Además de los ascensores, la ausencia de umbrales y el ancho de los pasillos compatible con el de las sillas de ruedas, para muchos inquilinos, el apartamento en vivienda tutelada tiene ventajas de comodidad que son bien apreciadas en comparación con su alojamiento anterior, que para algunos puede ser muy antiguo. El tamaño de los apartamentos no ha sido objeto de ningún comentario negativo. Por otro lado, el equipamiento interior es fuente de muchas quejas, principalmente centradas en la cocina (armarios demasiado altos, horno demasiado bajo) y en las persianas, no eléctricas en la mayoría de los casos y demasiado difíciles de manejar. Se han escuchado otros problemas ergonómicos en relación con puertas de edificios o sótanos que son demasiado pesadas para abrirlas con una mano cuando la segunda sostiene un bastón o un andador. También se observaron comentarios en relación con la ubicación del edificio al borde de una calle muy transitada o en un distrito poco frecuentado.

Percepciones sobre los costos de la vivienda tutelada. Se constata una percepción subjetiva de coste elevado o coste adicional entre los arrendatarios que no se benefician de prestaciones complementarias y que deben financiar por sí solos todas las prestaciones sociales.

La vivienda tutelada: ¿alternativa al centro médico-social, sustitución o retraso del plazo? El deterioro del estado de salud aparece como el primer motivo mencionado por los inquilinos interrogados para determinar su salida de la vivienda tutelada. Sin embargo, solo hay una minoría que está considerando la posibilidad de ingresar en un centro médico-social³¹. La mayoría de los encuestados se resisten a cualquier idea de ingresar en una institución o eligen no dar una opinión en esta etapa.

³¹ ARTISET (<https://www.artiset.ch/>) es la federación de proveedores de servicios para personas que necesitan apoyo en la que se integran asociaciones industriales como CURAVIVA (<https://www.curaviva.ch/> mayores), INSOS (<https://www.insos.ch/> discapacidad) y YOUVITA (<https://www.youvita.ch/> dedicada a niños y adolescentes). Un apunte sobre desinstitucionalización se puede ver en INSOS <https://blog.insos.ch/fr/desinstitutionalisation-points-de-vue> (última consulta 20 de junio de 2023)

Entre la minoría de inquilinos que está considerando una posible entrada en un centro médico-social, hay principalmente personas que se autodeclaran frágiles de salud. Todos los actores -inquilinos y gerencia- coinciden casi unánimemente en que el modelo vivienda tutelada permite posponer o incluso evitar el centro médico-social. Más de 9/10 de los inquilinos tienen una opinión positiva o muy positiva sobre el modelo de vivienda tutelada; este juicio positivo es aún más marcado entre los inquilinos que han llegado recientemente a la vivienda tutelada, es decir, después de 2016.

En el informe de 2016 “El modelo de vivienda y atención 2030” de la asociación CURAVIVA³² ya se hacían una serie de recomendaciones que pueden ser tomadas en consideración en la medida que se planteaban como acciones cara al futuro:

-El apoyo y atención a las personas mayores según sus necesidades no debe basarse principalmente en una lógica de financiación, sino que debe dar prioridad a las necesidades de la persona mayor. Y esta necesidad difiere de un individuo a otro.

- Hasta ahora, la planificación del número de camas de enfermería en los cantones se hacía sobre la base de un simple cálculo estadístico. La mayoría de las veces, entre el 17 y el 23 % de las personas mayores de 80 años se tienen en cuenta al calcular el número de camas necesarias. Estos modelos de cálculo porcentual no son capaces de representar claramente la diversidad y complejidad de las situaciones de las personas mayores. El número de personas mayores dependientes crecerá, al igual que sus necesidades individuales, por lo que la necesidad de servicios de cuidado debe planificarse de manera más holística.

- En el campo de la atención a largo plazo³³, existen hoy en día varios proveedores, a saber, hospitales, médicos, instituciones de atención, servicios de atención domiciliaria, etc. Los diferentes mecanismos de financiación entre estos sistemas y entre los cantones

³² LE MODÈLE D’HABITAT ET DE SOINS 2030 DE CURAVIVA SUISSE. LE FUTUR DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES
https://www.curaviva.ch/files/F77QZ9K/le_modèle_dhabitat_et_de_soins_2030_de_curaviva_suisse_curaviva_suisse_2016.pdf (última consulta 19 de junio de 2023)

³³ Han de considerarse las especificaciones y sobre todo los indicadores señalados por el Observatorio Suizo de la Salud (Obsan) El cuidado a largo plazo para los personas mayores requiere una intensa colaboración entre los consultorios médicos, hospitales, hogares de personas mayores, atención domiciliaria y cuidadores. Cada vez más personas mayores también recurren a estructuras intermedias, como viviendas supervisadas, guarderías y noches o estancias cortas en residencias de personas mayores. El rápido aumento del número de personas mayores que requieren diferentes formas de apoyo presenta a los actores del sistema de salud un gran desafío: ofrecer una atención lo más adaptada posible. Los indicadores manejados serían: [Plazas en residencias de personas mayores y residencias de personas mayores](#)
[Uso de la atención domiciliaria](#) (última consulta 15 de junio de 2023)
[Tasa de uso de hogares de personas mayores y hogares para personas mayores](#)
[Personal de enfermería en hogares de personas mayores](#)
[Cuidadores en servicios de atención domiciliaria](#)
[Edad al ingresar al EMS](#)
[Duración de la estancia en hogares de personas mayores](#)
[Residentes con poca dependencia de la atención en hogares de personas mayores](#)
[Intensidad de la atención en hogares de personas mayores](#)
<https://www.obsan.admin.ch/fr/themes-de-sante/age-et-soins-de-longue-duree/soins-de-longue-duree>
(última consulta 19 de mayo de 2023)

son difíciles de entender para las personas mayores y carecen de transparencia. Por razones de política financiera, Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)³⁴ distingue entre atención y apoyo. Como resultado, los servicios de atención son financiados por tres socios: las aseguradoras de salud, las autoridades públicas y los residentes de las instituciones de atención, mientras que los servicios de apoyo son responsabilidad exclusiva de los residentes. Esto genera problemas para el ramo, no se puede dividir a una persona en “cuidado” y “acompañamiento”. Por tanto, el actual sistema de financiación debe simplificarse y mejorarse, de modo que la financiación de todos los servicios, teniendo en cuenta la heterogeneidad de las necesidades, así como de toda la cadena asistencial, se asegure de la misma forma.

- Enfoques uniformes para la asignación de beneficios complementarios. Las normas vigentes sobre beneficios adicionales son un obstáculo para la realización de ofertas flexibles, es decir, que satisfagan las necesidades. Es por esto que los servicios adicionales para nuevas ofertas, por ejemplo, servicios en apartamentos adaptados o alojamiento personal, deben otorgarse de acuerdo con enfoques comparables a los vigentes para las instituciones de atención.

1.1.6.- REINO UNIDO³⁵

Este país, desde hace años tiende a afrontar toda la problemática de la vivienda y su adaptación a las necesidades de grupos diferentes de población (Por ej. Con el movimiento “Lifetime homes” y la “Lifetime Homes Design Guide” en la que describen los requisitos de diseño para hogares accesibles que pueden facilitar la vida de las personas que envejecen conforme aparecen nuevas necesidades. Siempre desde la sencillez y la austeridad en su coste.

- GREENWICH HOUSING:

Greenwich Housing es un nuevo proyecto de viviendas públicas para personas mayores, que comprende 22 casas de una sola planta construidas en seis lugares del distrito real de Greenwich

- Aspectos que funcionan
 - Diseño de 90m2 que permiten a las personas mayores permanecer en su domicilio aun cuando necesiten ayuda y productos de apoyo, ya que toda la vivienda es suficientemente amplia y accesible.

³⁴ Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html> (última consulta 8 de junio de 2023)

³⁵ SANCHO CASTIELLO, Mayte “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, cit., pp. 180-224.

- El planteamiento busca también el coste efectividad del proyecto, ya que disminuye la presión sobre otros servicios sociosanitarios de carácter residencial y libera viviendas más amplias
- VIVIENDAS EN BLURTON

Willow Barns, ofrece 75 viviendas de 1 y dos dormitorios en diferentes modalidades de ocupación: alquiler, con o sin apoyo desde el ámbito de la vivienda social y cesión en uso. Tiene una amplia variedad de servicios comunes que incluyen restaurante, spa, gimnasio, peluquería o lavandería. Pero sobre todo, ofrece cuidados 24 horas.

- Aspectos que funcionan
 - Diseño, ha tenido muy en cuenta los aspectos idiosincráticos de un entorno rural como este, creando tres estructuras modelo “granero” unidas por puentes acristalados, estimulantes y útiles para personas que necesitan deambular, sobre todo por situaciones de deterioro cognitivo

1.1.7.- ALEMANIA³⁶

Este país ha desarrollado en las últimas décadas un gran abanico de opciones basadas en el modelo vivienda, huyendo de las grandes instituciones en ocasiones de más de 500 plazas que presidian su modelo de cuidados de larga duración.

- LOS SENIOREN WG

Muy apoyados en las concepciones de carácter colaborativo, en las que la solidaridad entre inquilinos es alta y la participación de las familias y voluntariado de los mismo también. Este marco de apoyo se complementa con la provisión de servicios profesionales del ámbito domiciliario. Su organización es diversa: el piso compartido, creado por iniciativa propia de los inquilinos y gestionado por ellos, o aquellos en los que la creación y la gestión corre a cargo de un proveedor profesional.

- Aspectos que funcionan
 - El principio básico que rigen los pisos compartidos es el de la vida independiente, la descentralización y la normalización de la vida cotidiana, rompiendo así con la lógica de los centros.
 - Estos pisos están regulados por las normativas regionales y jurídicamente se suelen organizar a través de la creación de una asociación sin ánimo de lucro o una cooperativa.
 - El mercado privado de proveedores va adquiriendo cada vez mayor presencia en este tipo de iniciativas, ya que el incremento en la complejidad de los cuidados requeridos y un descenso en las

³⁶ SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, cit., pp. 180-224.

fuentes informales de apoyo, generan cada vez más una mayor profesionalización.

1.1.8.- PORTUGAL

La Resolución del Consejo de Ministros nº63/2015, considerando el progresivo envejecimiento de la población portuguesa, que pasó de 708,569 personas mayores en 1960 a 2,010,064 en 2011, lo que implica que ese grupo de población pasase del 7,8% al 19% de la sociedad (en la actualidad es el 22,43%), va a aprobar la denominada Estrategia de Protección de la Persona Mayor. La razón es que las personas mayores están cada vez más expuestas a prácticas que atentan contra sus derechos más elementales. Particular atención requiere su salud física y mental, ámbito donde se manifiesta de forma esencial la necesidad de garantizar el mantenimiento de su modo y calidad de vida, especialmente la preservación de su autonomía.

Dentro de este marco normativo surgen proyectos de vivienda colaborativa que ofrecen alternativas a la institucionalización. Desde la Santa Casa da Misericordia de Oporto se ve este concepto de vivienda como una alternativa a la forma institucional de estructura residencial para personas mayores ya que pueden ofrecer soluciones bien porque no quieren conservar sus casas porque son demasiado grandes o por motivos de seguridad, o como alternativa al apoyo domiciliario. Ello les facilitaría llevar una vida activa, autónoma e independiente, pero en un ambiente más protegido. Vivir en comunidad y mantener la independencia serían las claves de la vivienda colaborativa, al tiempo que se lucharía contra la soledad.

En 2018 nace Hac.Ora Portugal Senior Cohousing Association con el objetivo de promover y apoyar la creación de este tipo de comunidades. En ese mismo año, la Santa Casa de la Misericordia de Oporto anunció el lanzamiento de dos proyectos piloto, que se estimó estarían listos en 2021. Debido a la pandemia, no fue posible avanzar como se pretendía y, en este momento, no se puede predecir una fecha para su implementación. Estarían situados en dos solares, propiedad de Santa Casa: uno está situado junto a Lar Nossa Senhora da Misericórdia y el otro frente al Hospital Conde de Ferreira. Cada uno tendrá capacidad para unas 30 viviendas.

En 2022 la Ministra de Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social estableció como prioridad el impulsar una agenda dedicada a la longevidad y la participación activa, la creación de un mecanismo de reforma parcial y la promoción de la autonomía y no institucionalización de las personas mayores y con discapacidad. Dentro del Programa de Ampliación de la Red de Equipamiento Social (PARES) entre cuyas medidas dedicadas a las personas mayores se señala como una respuesta adecuada la creación de viviendas colectivas, de uso temporal o permanente, cuya finalidad sea: brindar servicios permanentes y adecuados a los problemas biopsicosociales del adulto mayor; contribuir a la estimulación de un proceso de envejecimiento activo; crear condiciones que permitan preservar y fomentar las relaciones intrafamiliares y mejorar la integración social.

1.1.9.- FRANCIA³⁷

Ha desarrollado un modelo de cuidados basado en una ley de protección a las situaciones de dependencia denominada APA.

- Aspectos que funcionan
 - Esta Ley, está basada exclusivamente en prestaciones económicas, lo cual, en algunos aspectos, como el referido a vivienda, puede dar más libertad de elección desde las preferencias individuales
- Aspectos que no funcionan
 - inconvenientes especialmente relacionados con la construcción de un modelo sólido de servicios sociosanitarios.

- El modelo MARPA

Carácter rural, más escaso en este tipo de experiencias. Se empiezan a construir con el objeto de que las personas puedan seguir viviendo en sus entornos habituales y que la solidaridad familiar permanezca.

- Aspectos que funcionan
 - Tienen una Carta a la que es necesaria adherirse que define el marco ético-conceptual (Derecho a la privacidad de los residentes, respeto a la elección del modo de vida, acompañamiento personalizado, responsabilidad compartida).
- Aspectos que no funcionan
 - Actualmente se pretende que los MARPA se conviertan en Plataforma de provisión de servicios en la zona, mejorando así su equilibrio financiero. (Equilibrio financiero inestable, por lo tanto).

1.1.10.- ESPAÑA³⁸

El mercado ha sido tradicionalmente privado con fines de lucro. En un inicio había dudas sobre su potencial futuro; sin embargo, en pocos años se ha convertido en el principal gestor de estos recursos no solo en sus propios centros, sino también en la gestión de centros de titularidad pública.

Desde 2010 se tiende a un diseño de ambientes hogareños y la modulación de los espacios para generar un “cambio cultural” en cuyo comienzo se está todavía hoy.

³⁷ SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, cit., pp. 180-224.

³⁸ DÍAZ-VEIGA, Pura.; SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “ Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización”, *ZERBITZUAN*, N°78, ABENDUA, DICIEMBRE 2022. Disponible en [Zerbitzuan](#). (última consulta 15 de febrero de 2023)

El hecho de que las competencias en materia de autorización y regulación de residencias estén transferidas a las comunidades autónomas y no exista una normativa estatal en ocasiones dificulta las gestiones.

Aspectos a tener en cuenta en la calidad de los cuidados a las personas mayores:

- Información transparente dirigida a todas las personas que trabajan y viven en el centro (personas mayores, familias y profesionales) donde se ubican las unidades de convivencia.
- Evaluación continua. La evaluación del proceso y los resultados es un asunto necesario. Es recomendable utilizar un conjunto de indicadores (de estructura, proceso y resultados) que permitan medir el progreso.
- Acompañamiento externo. Puede ser conveniente disponer de un acompañamiento externo por parte de equipos profesionales con experiencia en itinerarios de cambio de modelo para realizar la formación del personal y ofrecer asesoramiento a la dirección y a quienes coordinen las nuevas unidades. Aunque se hace necesario un número suficiente, la relación entre la cantidad de profesionales y los cuidados de calidad puede estar mediada por factores contextuales, tales como disponer de tecnologías para la gestión de la atención, las características del espacio y la distribución del equipamiento (longitud de los pasillos, ubicación de las ayudas para los cuidados, etc.)
- En los centros que avanzan desde modelos centrados en las personas, se aprecia que el trabajo profesional individual es efectivo si se enmarca en la estabilidad, se controla la rotación de los profesionales de atención directa y se conjuga con un trabajo en equipo armónico y alineado con un modelo de cuidado
- Los factores relacionados con la cultura organizativa y el liderazgo de las instituciones en las que se ubican las unidades de convivencia resultan claves para establecer prioridades y mejorar la prestación de cuidados individualizados
- Número de residentes
- Necesidades de apoyo
- Estilos de vida

2.- Metodologías, tipologías de servicios y modelos de intervención que han sido más eficaces en las alternativas de vida elegida en comunidad y alternativas de cuidado familiar existentes en España y en otros países.

2.1.- España

En el Informe de seguimiento y evaluación sobre el Proyecto “A gusto en mi casa”, que se ha citado en el apartado anterior, se aluden a una serie de atenciones que engloban servicios e intervenciones y que se agrupan en los aspectos siguientes, para ofrecer una valoración de los apoyos ofrecidos:

Suficiencia, adecuación y rapidez de los apoyos y servicios recibidos. Los usuarios de AGeMC valoraron diferentes aspectos de las atenciones recibidas (modificaciones arquitectónicas, productos de apoyo o ayudas técnicas, teleasistencia y apoyos personales). Las personas atendidas han valorado muy positivamente la suficiencia y adecuación de las intervenciones al adaptarse a sus necesidades y circunstancias, y haberseles prestado con agilidad, es decir, había sido razonable el tiempo transcurrido desde que se les habían ofrecido y habían sido aceptadas hasta que se habían prestado de manera efectiva.

Valoración de la atención profesional: gestoras de caso. Las dimensiones sobre las que se ha centrado la evaluación fueron: 1) Disponibilidad-contacto, 2) Trato (amabilidad, cercanía, calidez...), 3) Respeto a la intimidad, 4) Responsabilidad profesional (puntualidad, formalidad...), 5) Competencia profesional, 6) Sentimiento de ser escuchado, 7) Sentimiento de ser respetado en las decisiones tomadas, y 8) Suficiencia de las atenciones, siendo el resultado una valoración positiva o muy positiva de la profesionalidad de los gestoras de caso, pues han sido mujeres. El entorno familiar también se muestra satisfecho, pero demanda más tiempo en el desempeño de ciertas cuestiones puntuales, bien es cierto que la pandemia ha condicionado el trabajo directo y frecuente con las personas usuarias.

Valoración de la atención profesional: asistentes personales. La satisfacción con su labor es muy alta, destacando la complicidad que las asistentes personales tenían con las personas usuarias, lo que generaba tranquilidad para la familia, y más aún cuando se trataba de “personas de su entorno, es decir, conocidas del pueblo, incluso familiares de la persona beneficiaria. Eso les reportaba confianza, tranquilidad y flexibilidad frente a la alternativa de abrir las puertas de casa a alguien desconocido”. Destaca la alta valoración de los apoyos prestados. En todo caso, encajar e integrarse en la vida de los participantes no es un proceso fácil.

Valoración de la atención profesional: personal sanitario. Evaluación que se hizo considerando la suficiencia de las atenciones sanitarias recibidas, la adecuación de éstas, la disponibilidad (contacto, accesibilidad, etc.) y el trato (amabilidad, cercanía,

calidez, etc.) del personal sanitario. El resultado es una valoración positiva a pesar de ser una de las preocupaciones esenciales de las personas mayores. Las familias, sin embargo, entendían que las atenciones habían de considerarse como escasas, bien es cierto que en un marco de COVID19 y sobrecarga sanitaria. Al hilo de las preguntas en este punto también se ha puesto de relieve por parte de varios usuarios la necesidad de incrementar los recursos sanitarios en el medio rural, dada la distancia a la que se encuentran éstos de las localidades más pequeñas, la ausencia de servicios de 24h en el pueblo o cercanías, la escasa frecuencia con la que van los sanitarios a algunas localidades, las dificultades para desplazarse a la capital de provincia, tener que depender de un coche, etc.

Valoración de la atención profesional: personal de CEAS. La valoración es muy positiva, destacándose la disponibilidad y la proactividad a la hora de atender una situación y ofrecer los apoyos correspondientes.

Valoración de la financiación de las atenciones (copago). Los criterios con los que se abordó la valoración de esta cuestión se centran en el grado de información inicial que se les había proporcionado y sobre la cuantía, posibles dificultades para cubrir dichos gastos y, finalmente, adecuación de la relación calidad /precio de los recursos utilizados. En general, se consideraba que la información había sido adecuada, pero se indicaba también, de forma minoritaria, que “algunos aspectos de la cofinanciación no quedaron muy claros y/o no alcanzaban a comprender el procedimiento administrativo empleado, que les parecía excesivamente burocrático y complejo de entender y de seguir”. Por lo que se refiere a la cuantía, “más de la mitad (55,1%) de los usuarios considera que las cuantías del copago a que tenían que hacer frente eran adecuadas, si bien algo más de una tercera parte de los entrevistados (34,8%) las consideran altas o muy altas. Solo han valorado como bajo o muy bajo el desembolso que había que realizar el 10,2% de los usuarios”. Las dificultades grandes o muy grandes para el pago afectarían casi al 40% de los usuarios. Dadas estas limitaciones se sugiere que se habiliten formas fraccionadas de pago o distanciarlo en el tiempo para facilitar su asunción. La relación calidad/precio se considera ajustada casi por el 70% de los usuarios, si bien hay un porcentaje de aproximadamente el 20% que considera que el precio pagado por lo recibido era caro o muy caro.

Valoración de los Proyectos de Vida. Si bien el Proyecto de Vida, es un instrumento clave para conocer la proyección vital e individual de cada persona sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social y posibilita fundamentar los apoyos que por parte de los gestores de caso se promuevan, sin embargo las personas participantes no tenían conciencia clara de qué es ese proyecto, aunque si son conscientes de haber respondido a una serie de preguntas sobre esas cuestiones.

La satisfacción general sobre la participación en el programa de “A gusto en mi casa”, es muy positiva en el 81,4% de los entrevistados, pero es importante atender aquellas cuestiones que dejan otros participantes ya que dan la pauta para futuras actuaciones: “discrepancias entre lo esperado y lo observado o conseguido, relacionadas

con la cantidad de productos y/o servicios que se les había ofrecido, con sus costes, con la información disponible o los tiempos de espera”. Siendo los aspectos mejor valorados:

- La atención a las personas que están en el proyecto
- La competencia y el trato humano de los profesionales
- El apoyo y el desahogo de las familias
- El empleo que se ha generado
- La accesibilidad económica de los servicios y apoyos

Mientras que se valora negativamente:

- El coste de los servicios y apoyos y el sistema de copago
- La cantidad y/o calidad de algunos apoyos o servicios recibidos

El impacto del proyecto en el entorno proyecta una mejora de las condiciones materiales de vida de las personas usuarias. Las reformas en la habitabilidad de la vivienda, en la limpieza, comidas, aseo personal, acompañamiento, etc. han favorecido la salud, el ánimo, la autonomía y el empoderamiento de muchas personas usuarias. Por otro lado, se destacan los efectos de alivio de las personas cuidadoras, es decir, el respiro familiar.

Entre las propuestas de mejora que se señalan por los usuarios entrevistados se mencionan las siguientes:

- Mejora de las condiciones económicas (cuantías del copago).
- Cambios en el modo de cofinanciar (primero adelantar y después cobrar)
- Unos trámites administrativos más simples y claros
- Más intensidad en la provisión de algunos apoyos y un catálogo más amplio de ayudas
- Más seguimiento de los casos y mayor supervisión de los apoyos
- Ampliación del proyecto en el tiempo y ampliación de la cobertura a más personas.

2.2.- Internacional

La diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores, así como la diversidad socio cultural de cada país hace que podamos encontrar formas muy variadas de alternativas de vida y cuidado. Las alternativas a las necesidades de alojamiento para las personas mayores son amplias y diversas igual que su necesidades, deseos y preferencias y continúan creciendo al ritmo de las demandas de este colectivo. Sin embargo, la tendencia común de todas las respuestas alternativas puede describirse dentro del llamado paradigma vivienda, “término que incluye una amplísima variedad de alojamientos que comparten objetivos comunes: promover la independencia, reducir el

aislamiento social, promover una alternativa a los modelos institucionales, ofrecer a los residentes un hogar para toda la vida y mejorar su calidad de vida”³⁹.

El término *cohousing* (que une *collaborative* y *housing*) fue acuñado a finales de los años 80⁴⁰ para designar el modelo residencial de viviendas colaborativas, un tipo de comunidades *autopromovidas* y *autogestionadas* por sus propios residentes.

El cohousing responde y encaja en modelos de envejecimiento con éxito como el centrado en los conceptos de selección, optimización y compensación⁴¹. Según este modelo, “la persona elige, de entre las posibilidades que se le ofrecen, la que considera más apropiada (...), para posteriormente profundizar en ella de forma lo más eficiente posible. Finalmente busca la ayuda o apoyo en aquellos déficits competenciales que requeriría de cara a lograr los objetivos previamente elegidos”⁴².

El cohousing también se conecta con el concepto de comunidad o ciudad amigable con los mayores⁴³, derivado a su vez del modelo de envejecimiento activo que asienta en el trinomio de participación, seguridad y salud. Según la propia OMS las comunidades amigables son aquellas en las que “las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas, mediante: el reconocimiento de la amplia gama de capacidades y recursos existentes entre las personas mayores; la previsión de y respuesta flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento; el respeto por sus decisiones y elecciones de estilo de vida; la protección de las personas más vulnerables y la promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria y de su aporte a las mismas”⁴⁴.

Finalmente, la planificación participada de las comunidades de cohousing tiene mucho que ver con los diseños coherentes, no solo centrados en la atención, asociados al modelo de *Atención Integral Centrada en la Persona (AICP)*, entendido como aquel que “promueve desde la actuación de los poderes públicos y de la praxis profesional las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”⁴⁵.

³⁹ SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, REVISIÓN INTERNACIONAL DE MODELOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS MAYORES Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos, p.46.

<https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/revision-internacional-de-modelos-de-atencion-residencial-para-personas-mayores-parte> (última consulta 29 de julio de 2023).

⁴⁰Cfr. MCCAMANT, Kathryn y DURRETT, Charles, *Cohousing. A Contemporary Approach to Housing Ourselves*, Berkeley, Habitat -Ten Speed Press, 1988.

⁴¹ Cfr. BALTES, Paul y BALTES, Margret, “Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation”, BALTES, P., M. BALTES, M., (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*, New York, Cambridge University Press, 1990, pp. 1-34.

⁴² DEL MONTE DIEGO, Javier, *Cohousing. Modelo residencial y capacitante para un envejecimiento feliz*, cit. p. 32.

⁴³ Cfr. OMS, *Ciudades globales amigables con los mayores. Una guía*, Ginebra, OMS, 2007.

⁴⁴ OMS, *Ciudades globales amigables con los mayores. Una guía*, Ginebra, OMS, 2007, p. 10.

⁴⁵ FUNDACIÓN PILARES, Principios y criterios del modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), 2022, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/05/Principios-y-Criterios-AICP-1.pdf>, (ultima consulta 2 de marzo de 2023), pp. 1-11, p. 2.

Criterios básicos de este modelo de atención centrado en la persona tienen su reflejo en la planificación del *cohousing* para personas mayores. En relación con la *autonomía y el control sobre la propia vida*, el *criterio de diversidad y empoderamiento* que implicaría la puesta en marcha de actividades elegidas y diseñadas por los propios residentes; metodología para la toma de decisiones; apoyo de la comunidad para una mayor diversidad; entorno favorecedor de multiplicidad de posibilidades para las actividades de la vida diaria y otras; modelo *hogar* que favorece la vida autónoma en *mi casa*.

Conectados con la participación encontramos criterios como el de *accesibilidad e interdisciplinariedad*. Por un lado, la participación de los propios residentes es la esencia del *cohousing*. Y aunque la accesibilidad no es definitoria en todas las experiencias de *cohousing*, sí resulta muy conveniente. En todo caso, el modelo *hogar*, extensivo a las zonas comunes, facilita la participación en las tareas comunitarias.

Por otra parte, este modelo residencial comunitario, se conecta con la *continuidad de la atención* a través de criterios como el de coordinación y complementación: el entorno es adaptable a las necesidades cambiantes y la metodología de rediseño en equipo (inteligencia colectiva) con el apoyo, en su caso, del gestor de casos, reorientará la necesaria intervención en una labor de mejora continua. En definitiva, el marco del *cohousing* parece responder mucho mejor que otras alternativas al modelo de atención personalizado que permite vivir en casa hasta el final⁴⁶.

3.- Conclusiones y recomendaciones

Buena parte de los proyectos que se recogen en este documento están o bien en proceso de pilotaje o en primeras fases de desarrollo, lo que implica que aún no ha habido posibilidades de evaluación y de valorar el impacto de forma efectiva. Aquellos que poseen una evaluación y seguimiento (“A gusto en mi casa” de Castilla y León) se han implementado en zonas rurales, siendo sus resultados, en general, positivos y con proyección en otros ámbitos tanto rurales como urbanos. Los diversos proyectos a los que se alude tienen una serie de actuaciones en común cuando se trata, sobre todo, de posibilitar que las personas mayores permanezcan en su casa el mayor periodo de tiempo posible, más allá de su grado de dependencia.

En general se impone el paradigma housing, la idea de vivir en el hogar, el cual se manifiesta en las distintas experiencias y proyectos de ámbito nacional e internacional alrededor de esta práctica. Los proyectos, precisamente, están orientados en el sentido de establecer actuaciones para evitar la institucionalización en residencias, salvo algún caso concreto (Cataluña y Navarra) que distingue claramente las medidas de desinstitucionalización y las de no institucionalización.

⁴⁶ DEL MONTE DIEGO, J., *Cohousing. Modelo residencial y capacitante para un envejecimiento feliz*, cit. pp. 35-37.

Hechas estas consideraciones, las conclusiones que se pueden extraer se estructuran en 6 puntos esenciales que permiten articular los elementos que deben guiar la atención a las personas mayores:

1. CONDICIONES DE VIDA, basadas en:

- Respeto de la dignidad, las opciones, la seguridad personal, la intimidad y la vida familiar
- Privacidad
- Bienestar
- Libertad de opción y elección
- Trato individualizado
- Respuestas adecuadas
- Flexibilidad
- Preparación para una vida autónoma
- Libertad de expresión y movimiento
- Proyecto de vida

2. PARTICIPACIÓN

- Consulta y participación en la toma de decisiones que les afecten
- Participación en el diseño e implementación de políticas, programas, estrategias y actividades
- Participación social y fomento de relaciones personales, también intergeneracionales
- Reducción del aislamiento (y soledad no deseada)

3. NO DISCRIMINACIÓN E INCLUSIÓN

- Acciones para evitar la discriminación y estigmatización. Especialmente el edadismo y capacitismo
- Inclusión social
- Relaciones interpersonales
- Priorizar situación de personas en situación de mayor vulnerabilidad
- Enfoque de género

4. DERECHO A LA VIVIENDA

- Seguridad en la tenencia
- Disponibilidad de servicios, materiales, facilidades e infraestructura
- Asequibilidad (gastos soportables)
- Condiciones de habitabilidad
- Lugar que permita acceso a los servicios de atención de la salud y otros servicios sociales

5. SERVICIOS DE APOYO

- Flexible y durante el tiempo necesario
- Fórmulas económicas ágiles y flexibles por parte de las Administraciones

- Integrados en la unidad de convivencia o externos
- Prestación coordinada de servicios: asistencia sanitaria, servicios sociales, acceso a la vivienda, para evitar duplicidades y ausencias, que generan ineficacia al tiempo que desconfianza en el proceso
- Se tienen en cuenta necesidades y preferencias
- Apoyo social
- Apoyo para la salud y bienestar

6. VIDA EN LA COMUNIDAD

- Integración en la comunidad
- Aprovechamiento de los recursos comunitarios
- Proximidad

A partir de estas premisas se puede dar una diversidad de alternativas que, en todo caso, ha de estar ligada a una reducción progresiva de las instituciones, pues resultaría contraproducente que los nuevos servicios de base comunitaria operasen en paralelo a las instituciones preexistentes⁴⁷. Ha de recordarse que se trata siempre de procesos que deben tener como eje los derechos humanos de las personas mayores, que operarían como su interés superior a realizar y que cuando menos han de regirse por criterios básicamente comunes sea cual sea el ámbito en el que se encuentra la persona mayor. Todo ello permite una articulación como la que se propone en la tabla siguiente:

⁴⁷ Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, Informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria, Bruselas, Comisión Europea, 2009, p. 153

“Creación (‘cobertura excesiva’) de necesidades adicionales. Sin un traslado suficiente de usuarios de la asistencia institucional a los nuevos servicios, es muy probable (como han puesto de manifiesto los ejemplos de los Estados Unidos) que estos nuevos servicios, para justificar su existencia, intenten absorber a otros usuarios potenciales cuya necesidad de los mismos podría ser, inicialmente, reducida. Paradójicamente, incluso si se trasladan los usuarios, pero se conservan las plazas en las instituciones preexistentes, dichas instituciones tienden por naturaleza a ‘arrastrar’ a otros usuarios potenciales, incluso pertenecientes a grupos de usuarios distintos a los previstos originalmente”

MAYORES	Aspectos a destacar	Criterios y principios compartidos
Apoyo en el hogar	Limitaciones (si las hay) <ul style="list-style-type: none"> – Las personas puedan elegir qué servicios desean. – Reconocimiento de la individualidad y singularidad – Coordinación intensa de todos los servicios y entidades privadas – Gran diversidad de apoyos – Calidad de vida y Atención centrada en la persona – Base para trabajar: historia de vida y el proyecto de vida, – Se trabaja con: <ul style="list-style-type: none"> – Personas con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica. – Familias y cuidadores – Toda la comunidad, para construir territorios inclusivos – Gestor de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> – Libre elección – Autonomía de las personas – Individualidad y singularidad – Calidad de vida y atención centrada en la persona – Diversidad de servicios de apoyo – Derecho a la vivienda: accesibilidad y seguridad del hogar – Coordinación de actores – Atención a familias y personal de cuidados – Comunidades inclusivas
Atención en Centros Residenciales Modelo de Atención Integral y Centrado en la persona Unidades de convivencia	<ul style="list-style-type: none"> – Dimensión y ambiente de hogar – Personas en situación de dependencia y personas con discapacidad – Apoyos necesarios para que sigan desarrollando su proyecto y forma de vida – Unidades de convivencia entre 6 y 8 personas 	

Vistas así las cosas, los procesos de desinstitucionalización y de no institucionalización deberían ajustarse a las recomendaciones siguientes:

1. Los procesos de desinstitucionalización contribuyen de forma positiva al desarrollo y garantía de derechos humanos de las personas mayores
2. Requiere de políticas y estrategias integrales basadas en derechos que contribuyan a garantizar el respeto de la dignidad, la autonomía, elección y control, la seguridad personal, la intimidad, la vida familiar y la capacidad de participar en la comunidad y en la toma de decisiones que les afectan
3. Cualquier proceso de desinstitucionalización debe tener en cuenta estrategias de prevención, de atención y cuidado, y una amplia gama de servicios de apoyo a largo plazo.
4. La desinstitucionalización como política de Estado. Los Estados deben ser capaces de garantizar formas de vivienda y cuidados adecuados y de derechos humanos.
5. El cambio de paradigma, de servicios centrados en la atención a la persona y en la promoción de la autonomía y dignidad, necesita de la existencia previa de

- sistemas de servicios fuertes. Más que de “modelo” de atención integral centrado en la persona se debería hablar de “enfoque”.
6. Junto a las medidas orientadas a la desinstitucionalización, la prevención desempeña un papel fundamental. Es importante establecer actuaciones que junto a la desinstitucionalización eviten la institucionalización. No solo se trata de detectar el riesgo sino prevenirlo.
 7. Las alternativas deben reflejar la diversidad y heterogeneidad de las personas e interiorizar las diferentes formas de discriminación a las que las pueden verse sometidas.
 8. Cualquier proceso de desinstitucionalización que debe tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, así como las distintas interrelaciones generadoras de discriminación y desigualdad
 9. El derecho a vivir en la comunidad no puede verse garantizado sin una participación efectiva de las personas mayores que los precisen, en el diseño y elección de alternativas, en los distintos procesos y en la toma de decisiones.
 10. Hay un consenso nacional e internacional cada vez mayor en torno al hogar (housing), aplicable a las personas mayores. Esto supone una reflexión en torno al derecho a la vivienda en nuestro país. La promoción del derecho a la vivienda se constituye como un elemento central, aunque debe ir acompañado de la promoción y protección de otros derechos.
 11. Los procesos de desinstitucionalización deben ir acompañados de una diversidad de servicios coordinados, que no deben aplicarse de forma genérica sino considerando la trayectoria vital y la individualidad del sujeto de intervención.
 12. El proceso de desinstitucionalización basado en derechos requiere **modelos de servicio** que garanticen los siguientes requisitos:
 - Atención individualizada y adaptada a las necesidades y circunstancias.
 - Realización de los derechos.
 - Enfoque de género.
 - Carácter participativo y comunitario.
 - Asistencia orientada al desarrollo de la autonomía personal y la inclusión social.
 - Enfoque que establezca sinergias y coordinación entre diferentes actores.
 - Seguimiento tras la finalización del programa.
 - Suficiencia, adecuación y rapidez.
 - Suficiencia en los apoyos que se ofrecen a nivel sociosanitario.
 - Relación calidad /precio de los recursos utilizados.
 - Incremento de financiación.
 13. Los procesos de desinstitucionalización requieren de un alto grado de coordinación entre los distintos actores y servicios implicados.
 14. Las alternativas con base en la comunidad requieren que el fortalecimiento y expansión de las redes comunitarias, lo que también supone invertir en las comunidades y en una correcta definición de qué sean los recursos comunitarios.