

LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN NAVARRA

5 EJES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE FUTURO



Observatorio de la
Realidad Social
Errealitate Sozialaren
Behatokia

Gobierno de Navarra  Nafarroako
Gobernua



ÍNDICE

Introducción	6
---------------------------	----------

Metodología	8
--------------------------	----------

Técnicas y herramientas de investigación	10
--	----

Capítulo 00.

INCREMENTO DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (CLD)	14
---	-----------

Causas identificadas	16
-----------------------------------	-----------

Factores demográficos y sociales	16
--	----

La longevidad como proceso emergente	20
--	----

Consecuencias derivadas	22
--------------------------------------	-----------

Mayores tasas de dependencia y discapacidad	22
---	----

Un espacio sociosanitario en construcción	26
---	----

Soledad no deseada y fragilidad de vínculos	28
---	----

Otras necesidades emergentes: atender la fractura tecnológica	30
---	----

Propuestas de mejora	31
-----------------------------------	-----------

Fortalecimiento de las políticas de cuidado atendiendo a la ética	31
---	----

Planificación de apoyos y cuidados adaptados a las necesidades y deseos de las personas	33
---	----

Coordinación de equipos: formación y experiencias	35
---	----

Capítulo 01.

RESPONSABILIZACIÓN FAMILIAR Y FEMINIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	36
---	-----------

Causas identificadas	38
-----------------------------------	-----------

El modelo de bienestar mediterráneo determina el cuidado de las personas mayores	38
--	----

La fragilidad del cuarto pilar del Estado de Bienestar	40
--	----

Consecuencias derivadas	42
--------------------------------------	-----------

La sobrecarga familiar	42
------------------------------	----

El escaso valor social otorgado a los cuidados	43
--	----

Propuesta de mejora	44
----------------------------------	-----------

La democratización de los cuidados	44
--	----

Capítulo 02.

EL MOSAICO DE RECURSOS PARA LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO 46

Causas identificadas 49

Las iniciativas de prevención de la dependencia y experiencias de desarrollo comunitario 49

El Servicio de Atención a Domicilio (SAD) 51

La red de Centros de Día y de transporte para el acceso a los recursos 60

Los recursos intermedios cuando la dependencia es temporal 63

La accesibilidad de las viviendas 65

Consecuencia derivada 66

Aumento de las contrataciones privadas en domicilios 66

Propuestas de mejora 68

Mayor desarrollo de los servicios de prevención,
de las iniciativas de cuidados comunitarios y de apoyo a las familias 69

Actuaciones para mejorar la calidad de la atención en domicilio 70

Extensión de la red de Centros de Día y de transporte para el acceso a los recursos 72

Evaluación, desarrollo y transformación del SAD 74

Creación de recursos intermedios de convalecencia y extensión del PAISS 77

Apoyo a las iniciativas de alojamientos colaborativos en Navarra 78

Capítulo 03.

EL SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL 80

Causas identificadas 85

La imagen social de las residencias 85

El modelo de Atención Integral Centrada en la Persona 87

El debate sobre los diferentes modelos de gestión 89

Consecuencia derivada 91

La evitación-atracción de los centros residenciales 91

Propuestas de mejora 94

Fortalecer el nuevo tipo de modelo residencial 95

Reforzar el papel de las residencias como un recurso del y para el entorno 97

Consolidar un modelo de gestión sin ánimo de lucro en los centros residenciales 97

Afianzar el sistema de evaluación de los centros residenciales 98

¿Un futuro sin centros residenciales? 99

Capítulo 04.

LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EMPLEO EN EL SECTOR DE CUIDADOS 100

Causas identificadas 103

La dignificación de los cuidados en domicilio 104

Las condiciones laborales y de cuidado en los centros residenciales 107

Consecuencias derivadas 108

Limitaciones para la cuantificación del sector de cuidados 108

Situaciones de vulnerabilidad derivadas de la irregularidad administrativa 110

Dificultades para la contratación de personal cuidador en domicilios 111

Barreras para la formación y profesionalización 112

Propuestas de mejora 112

Visibilización y reconocimiento de las condiciones laborales de las trabajadoras del cuidado en hogares 114

Mejora de las condiciones laborales en el entorno residencial 115

Simplificación y agilización de los procesos de acreditación, formación y trámites para la contratación 116

Capítulo 05.

EL ACCESO A LOS RECURSOS EN CLAVE TERRITORIAL 118

Causas identificadas 119

La perspectiva demográfica 120

La fragmentación administrativa 125

Consecuencias derivadas 126

Recursos centralizados en las zonas más pobladas 126

Una red de transporte inadaptada a la cohesión territorial 136

Propuestas de mejora 138

Planificación de recursos adaptados a las realidades del territorio 139

Acercamiento de los recursos a las personas: mejora de la red de transporte 139

Capítulo 06.

SÍNTESIS: 5 EJES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE FUTURO	142
--	------------

Un recorrido por las causas y consecuencias identificadas	144
--	------------

5 ejes para la construcción de un sistema de futuro	152
--	------------

Eje 1. Reforzar la atención a las personas mayores de forma integral y personalizada	152
--	-----

Eje 2. Necesidad de un amplio y flexible abanico de recursos	153
--	-----

Eje 3. La mejora de las condiciones laborales de las personas cuidadoras	158
--	-----

Eje 4. La planificación, evaluación y financiación como elementos centrales para la mejora del sistema	159
--	-----

Eje 5. Sociedades que cuidan	161
------------------------------------	-----

Bibliografía	163
---------------------------	------------

Índice de Tablas, Gráficos y Mapas	174
---	------------

Índice de Tablas	174
------------------------	-----

Índice de Gráficos	175
--------------------------	-----

Índice de Mapas	175
-----------------------	-----

Agradecimientos	176
------------------------------	------------

Glosario	179
-----------------------	------------

Anexos	180
---------------------	------------

Anexo 1: Metodología detallada	180
--------------------------------------	-----

Anexo 2: Cuestionario remitido al Consejo Navarro de Personas Mayores	187
---	-----

Anexo 3: Cuestionario Encuesta a personas mayores de 65 años	191
--	-----

Anexo 4: Tendencias, buenas prácticas e innovaciones en los servicios de atención a la dependencia en Europa	195
---	-----

Anexo 5: Propuesta de creación de equipos multidisciplinares de intervención en hogares con personas dependientes (EMIHD)	221
--	-----

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El Pleno del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el 18 de marzo de 2021, aprobó una resolución encargando al Observatorio de la Realidad Social (en lo sucesivo ORS) la realización de un estudio para conocer las necesidades y demandas de las personas mayores que viven en Navarra. Ante tal demanda, el ORS llevó a cabo una definición más concreta del estudio. De este modo, el objetivo general es *Identificar las necesidades y demandas de las personas mayores de 65 años en relación al sistema de cuidados en Navarra*.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Realizar una aproximación al sistema de cuidados para personas mayores en Navarra desde un enfoque territorial y de género.
- Caracterizar los aspectos clave para dotar de una atención adecuada a las personas mayores de Navarra.
- Conocer las posibles tendencias de futuro en torno al sistema de cuidados en Navarra.

Cabe señalar que, por su magnitud, este estudio no lleva a cabo un análisis ni una cuantificación económica del sistema de cuidados en Navarra.

La metodología utilizada en el estudio comprende una combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas, entre las que se encuentran el análisis documental, las entrevistas en profundidad, los grupos focales y la encuesta.

El estudio se estructura en seis capítulos que presentan diversas realidades o problemáticas. Todos los capítulos, a excepción del último, presentan una estructura idéntica basada en la identificación de las causas que han propiciado la aparición de los problemas o realidades; se apuntan una serie de consecuencias derivadas y se plantean propuestas para la mejora de dichas problemáticas.

El **capítulo 00**, a modo de preámbulo, expone una situación que se está viviendo a nivel mundial: el incremento de la necesidad de cuidados de larga duración, una realidad de la que la Comunidad Foral no escapa.

El **capítulo 01** analiza cómo, ante el incremento de los cuidados de larga duración, son las familias, y muy principalmente las mujeres, las encargadas de atender a las personas mayores con las consecuencias que eso conlleva. El **capítulo 02** incide en la atención prestada para la permanencia en el domicilio y se comprobará que, a la mayor parte de las personas mayores de Navarra, en el caso de necesitar ayuda para algunas de las actividades básicas de la vida diaria, les gustaría vivir en el hogar en el que residen. El **capítulo 03** analiza elementos centrales del Servicio de Atención Residencial existente en Navarra; el **capítulo 04** profundiza en la situación profesional existente en el sector de los cuidados y el **capítulo 05** analiza el acceso a algunos de los principales recursos de cuidado en clave territorial.

Por último, el **capítulo 06**, lleva a cabo una síntesis de la investigación, recogiendo las principales realidades que determinan los cuidados de larga duración en Navarra, sus causas y sus consecuencias. Además, se plantean una serie de propuestas necesarias para el fortalecimiento del sistema de cuidados de larga duración articuladas en torno a 5 ejes principales.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

La metodología desplegada para la realización de este estudio ha tenido una visión holística del objeto de análisis. Para ello se ha empleado una triangulación de información combinando técnicas cuantitativas y cualitativas para contrastar y cualificar los datos. El principal objetivo de la triangulación de la información recopilada es aumentar la validez de los resultados controlando el sesgo y las carencias que un solo método de investigación puede ocasionar.

A modo de introducción previa a la descripción específica de cada herramienta de investigación se presenta una tabla resumen de las técnicas empleadas en el estudio.

Tabla 1. Resumen de la metodología y las técnicas utilizadas

METODOLOGÍA	INFORMACIÓN TÉCNICA	
ANÁLISIS DOCUMENTAL	Referenciado durante todo el documento y recogido en el capítulo de bibliografía	
ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD	Nº de entrevistas:	40
	Nº de perfiles entrevistados:	10
	Ámbito temporal	Octubre 2021-febrero 2022
GRUPOS FOCALES	Nº de grupos:	11
	Ámbito temporal	Febrero-junio 2022
CUESTIONARIO A CONSEJO NAVARRO DE PERSONAS MAYORES	Universo:	21 miembros del Consejo Navarro de Personas Mayores
	Ámbito temporal:	Octubre de 2021
	Técnica de recogida de datos:	Cuestionario enviado y recogido vía correo electrónico
	Nº de respuestas obtenidas:	14
ENCUESTA A PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN NAVARRA	Universo:	131.941 personas mayores de 65 años
	Muestra:	800
	Margen de error:	± 3,45
	Nivel de confianza:	95%
	Ámbito de la encuesta:	Comunidad Foral de Navarra
	Técnica de recogida de datos:	Encuesta telefónica (CATI)
	Ámbito temporal:	Del 21/04/2022 al 29/04/2022

Fuente: Elaboración propia.

Técnicas y herramientas de investigación

Las técnicas y herramientas de investigación utilizadas como fuentes de información han sido las siguientes:

Análisis documental

El análisis documental se ha llevado a cabo sobre temas relacionados con la estructura sociodemográfica y la distribución territorial de Navarra, las necesidades de cuidados, la dependencia y discapacidad que conlleva el envejecimiento, el sistema de cuidados a las personas mayores en todas sus intensidades, el ámbito sociosanitario y nuevas alternativas de cuidados, así como otras experiencias fuera de la Comunidad Foral que podrían ser replicables dentro de ella.

Para la construcción del marco teórico y el aporte de elementos novedosos se solicitó la elaboración de tres monografías ad hoc a tres personas y entidades expertas en la materia. De este modo, Lucía Martínez Virto de la Universidad Pública de Navarra (UPNA) trató el sistema para la atención a las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia en Navarra; Sara Marsillas y Mayte Sancho de la Fundación Matía abordaron la longevidad y las necesidades de cuidado a las personas que envejecen y Joseba Zalakain del SIIS Centro de Documentación y Estudios expuso las tendencias, buenas prácticas e innovaciones en los servicios de atención a la dependencia en Europa. En este último caso se ha considerado publicar literalmente como Anexo esta contribución, mientras que las otras dos monografías se han utilizado en diversos apartados del documento para sustentar el diagnóstico realizado (por ello en la bibliografía final aparecen como manuscritos inéditos, al no ser públicos).

Por otro lado, se han explotado diferentes **fuentes estadísticas** con el objetivo de obtener datos actualizados y pertinentes para el estudio. Principalmente, se han utilizado datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Nastat y del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra.

Entrevistas en profundidad

En relación a las técnicas cualitativas utilizadas se realizaron **40 entrevistas** en profundidad a agentes clave en la temática objeto de estudio. A la hora de configurar tanto los grupos focales como las entrevistas se desarrolló una planificación de aquellos perfiles que podían aportar una visión más enriquecedora al estudio, teniendo en cuenta a personas con amplio bagaje como profesionales en el ámbito del cuidado, así como las propias personas mayores y sus familiares.

Se entrevistó a agentes clave pertenecientes a la Comisión de Derechos Sociales del Parlamento de Navarra, de los Departamentos de Derechos Sociales y de Salud, del ámbito académico universitario, ámbito hospitalario (Hospital Universitario de Navarra y Hospital San Juan de Dios), entidades del tercer sector (Cruz Roja Navarra, Cáritas Diocesana, Centro Social María Inmaculada, Confederación de Federaciones de Personas mayores Tercer Tiempo), personal directivo de centros públicos, sin ánimo de lucro y mercantiles, organizaciones sindicales (CCOO, LAB, ELA y UGT) y Colegios Profesionales de Navarra (Médicos, Trabajo Social, Enfermería y Terapeutas Ocupacionales). Puede consultarse una tabla-resumen de los perfiles profesionales de los agentes clave en el [Anexo 1](#).

Grupos focales

Se desarrollaron un total de 11 grupos focales durante los meses comprendidos entre febrero y junio de 2022. En total, han participado en los mismos 48 profesionales, 29 personas mayores usuarias de diferentes servicios de atención a la dependencia y 5 familiares.

El diseño de los grupos se realizó de forma coordinada con la ayuda de una tabla de atributos que recoge, de forma sistemática, las variables y características más significativas que responden a la diversidad de situaciones con respecto a las personas mayores y los cuidados. Los grupos focales fueron dinamizados, transcritos y analizados por Rubén Lasheras Ruiz, profesor e investigador del Departamento de Sociología y Trabajo Social de la UPNA.

Tanto la tabla en la que se recogen de forma detallada los diferentes atributos y variables consideradas para la selección de la muestra, como la que contiene la composición de los grupos focales, pueden consultarse en el [Anexo 1](#).

Encuestas

Para el análisis cuantitativo se consultó a diferentes colectivos a través de dos cuestionarios.

En primer lugar, se consideró pertinente realizar una consulta sobre los temas abordados en el estudio al Consejo Navarro de las Personas Mayores. La participación del Consejo en este estudio se consideraba de carácter estratégico en tanto que se trata de un órgano representativo que participa en la planificación, ejecución y seguimiento de las políticas y actuaciones destinadas a lograr el bienestar de este sector de la ciudadanía.

En octubre de 2021 se remitió un cuestionario de 9 preguntas a las 21 personas Vocales del Consejo. Fue un cuestionario que combinaba preguntas de corte cuantitativo con otras referidas a aspectos cualitativos de extensión libre. En ocasiones, las personas a las que les llegó el cuestionario compartieron y consensuaron sus opiniones o propuestas con otras personas pertenecientes a su organización/asociación. Finalmente, se obtuvieron un total de 14 respuestas, es decir, un 66,6% con respecto al total. El cuestionario remitido al Consejo Navarro de Personas Mayores puede consultarse en el [Anexo 2](#).

Por otro lado, se realizó una Encuesta a personas mayores de Navarra a través de la empresa CIES Análisis de mercado y opinión. Desde el 21 al 29 de abril de 2022 se encuestó a 800 personas de la Comunidad Foral mayores de 65 años a través de un cuestionario de 17 preguntas de modo telefónico (CATI). El informe completo de resultados fue publicado en agosto de 2022 (ORS, 2022c). El cuestionario utilizado puede consultarse en el [Anexo 3](#).

El universo al que se acotó la encuesta fue el de las personas mayores de 65 años, es decir, 131.941 personas, que según el Padrón continuo del INE es la población residente en Navarra a 1 de enero de 2022. La muestra se seleccionó en base a las variables de sexo, edad, zona geográfica y tamaño del municipio. Esta encuesta cuenta con un margen de error muestral de $\pm 3,45$ y un nivel de confianza del 95%. El detalle de la muestra utilizada se encuentra disponible para su consulta en el [Anexo 1](#).

Informantes clave



18 Servicios Sociales de Base: Trabajadoras Sociales y Trabajadoras Familiares del Programa de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Mancomunidades de SSB de los Ayuntamientos de: Lazagurria, Lodosa, Mendavia, Saraguda y Sesma; Peralta, Marcilla, Falces y Funes; Ansoain, Berrioplano, Berriozar, Iza y Juslapeña; Leitza, Goizueta, Areso y Arano, Auñamendi; Huarte y Esteribar.

SSB de los Ayuntamientos de: Tudela, Estella-Lizarra, Barañain, Coréela, Agrupación Intermunicipal de Tafalla y Valdorba, Ayegui, Villava, Zizur, Valles de Roncal y Egües.

Ayuntamiento de Pamplona: Unidad de Barrio de Rochapea y Responsables del Programa de Autonomía Personal.



14 Recursos de Atención

Dirección de: Asociación de Residencias de Ancianos LARES Navarra y Asociación Navarra de Residencias ANEA. Solera Asistencial, Centro de Día de Tudela y Vaguada, i3e - Iniciativas para la 3ª Edad.

Dirección y/o trabajo social de Residencias para la tercera edad: Santo Domingo Estella-Lizarra, El Vergel, Municipal Hogar San José de Corella y Amavir Oblatas. Centro Rural de Atención Diurna del Ayuntamiento de Aibar. Pisos tutelados Padre Menni, Apartamentos tutelados Ansoain (Proginsa) y Ayuntamiento de Pamplona.



6 Organizaciones del Tercer Sector

- Cruz Roja Navarra. Servicio de empleo.
- Cáritas Diocesana de Pamplona. Programa de Empleo.
- Centro Social Religiosas de María Inmaculada de Pamplona.
- Confederación Navarra de Personas Mayores Tercer Tiempo.
- Cooperativas Etxekonak bat y Etxekide.
- Asociación jubilados Roncesvalles-Orreaga.



11 Servicios de Salud

Sº de Trabajo Social de los Hospitales: San Juan de Dios, Hospital Universitario de Navarra y Clínica Josefina Arregi.

Jefaturas de: Servicio de Geriátría del Hospital Universitario de Navarra, Sección Socio-sanitaria del Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial y Unidad de Cuidados y atención socio-sanitaria de la Gerencia de Atención Primaria. Geriatra jubilado.

Equipos de Atención Primaria de los Centros de Salud de: Sangüesa y Tudela Oeste. San Juan y Rochapea de Pamplona.

Informantes clave



15 Representantes institucionales

- Geroa Bai, Navarra Suma y EH Bildu de la Comisión de Derechos Sociales del Parlamento de Navarra.
- Consejo Navarro de Personas Mayores y Sociedad Navarra de geriatría y gerontología.
- ANADP, Negociado de Coordinación con Entidades Locales y SSB, Consejería, Secretaría General Técnica y Sección Sociosanitaria del Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra.
- Dirección Técnica de Fundación Gizain.
- Investigadoras de la Universidad Pública de Navarra.



4 Organizaciones Sindicales

- LAB
- UGT
- CCOO
- ELA



58 Trabajadoras del Sector de cuidados, familiares y personas mayores usuarias de recursos

- 7 trabajadoras de Centros Residenciales.
- 7 trabajadoras del ámbito privado (hogares).
- 10 familiares de personas usuarias de recursos de CLD.
- 6 personas usuarias del Programa de Autonomía de Estella-Lizarrá.
- 8 personas usuarias de Centro de Día de Tudela.
- 7 personas usuarias de Centro Residencial Estella-Lizarrá.
- 8 personas mayores ámbito urbano (Pamplona).
- 5 familiares de personas en situación de dependencia (Pirineo).



4 Colegios profesionales

Colegios Oficiales de: Médicos (MEDENA), Trabajo Social, Enfermería y Terapia Ocupacional de Navarra.

CAPÍTULO 00.

**INCREMENTO
DE LA NECESIDAD
DE CUIDADOS
DE LARGA
DURACIÓN (CLD)**

Capítulo 00.

INCREMENTO DE LA NECESIDAD DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (CLD)

*“(Los cuidados) son una cuestión de clase, de género y también étnica. Son una cuestión política”
(Comas-d’Argemir, 2015: 379)*

En 2017 se aprobó el Pilar Europeo de Derechos Sociales, que define los “principios y derechos esenciales para el buen y justo funcionamiento de los mercados laborales y de los sistemas de bienestar de la Europa del siglo XXI”. Dentro de sus 20 Principios, el nº 18 afirma que “toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios” (Comisión Europea, 2017).

Los cuidados de larga duración (CLD, en adelante) son, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema de acciones llevadas a cabo por personas cuidadoras no formales (familia, amistades o vecindad) o profesionales (sanitarios, sociales u otros), o ambos, para conseguir que una persona que no pueda realizar las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales y con el mayor grado posible de autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. El respeto a los derechos humanos debe estar siempre presente (Pinazo et al., 2021).

Según Comas-d’Argemir (2015: 376), “las políticas para atender los CLD modifican la idea de que el cuidado es un problema individual y familiar y asumen que se trata de un problema social que requiere el apoyo del Estado. Suponen, pues, una redistribución de las responsabilidades del cuidado”. Sin embargo, los diversos modelos de bienestar afrontan los cuidados de diferente manera. En el modelo español la familia, principalmente las mujeres, son el principal proveedor de cuidados ([Capítulo 01](#)) y hay una gran escasez de servicios.

En España, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (en adelante, LAPAD), constituye la principal norma reguladora de los CLD. La norma establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas y, finalmente, éstas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a la ciudadanía.

La ley creó el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) que supuso un avance en el desarrollo de los derechos sociales. El SAAD tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección. Sirve de cauce para la colaboración y participación de Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad desarrollando un modelo de atención integral a la ciudadanía: “El sistema articula un modelo de atención de responsabilidad compartida entre persona, familia y sector público dirigido a la promoción de la calidad de vida de las personas dependientes y sus cuidadores” (Albesa, 2021). La promulgación de la LAPAD supuso, al menos a nivel teórico, un cambio en la naturaleza del modelo al pasar de un sistema de protección asistencialista a un sistema universal de derecho subjetivo.

Este capítulo ahonda en algunas de las causas que han conllevado el incremento de los CLD. En el apartado de las consecuencias se explicitan diversos elementos derivados de este incremento de CLD tales como las mayores tasas de dependencia y discapacidad, la necesidad de una mayor integración sociosanitaria, el fenómeno de la soledad y la ineludible adaptación que las nuevas tecnologías deben de hacer para ser adoptadas por las personas mayores. Por último, se presentan tres propuestas de acción que pivotan sobre la ética de los cuidados, la planificación de los mismos y la coordinación de equipos profesionales.

Causas identificadas

Son diversos los factores que contribuyeron a visibilizar los cuidados de larga duración y a convertirlos en objeto de las políticas públicas y al desarrollo de la LAPAD:

- Factores demográficos y sociales.
- La longevidad como proceso emergente.

Factores demográficos y sociales

Es un hecho conocido que la esperanza de vida de las personas está aumentando; el “cada vez se vive más” es popular gracias a la extensión de sistemas públicos de salud universales y pensiones con amplio grado de cobertura, lo que conlleva no solo un incremento del tiempo de vida sino de las condiciones de vida al llegar a edades avanzadas (Sánchez et al., 2021).

Para 2050, una de cada cuatro personas que viva en Europa podría tener 65 años y más (CEPAL, 2020). Cabe poner de manifiesto que las proyecciones realizadas para la Comunidad Foral de Navarra (Nastat, 2021) señalan que una de cada cuatro personas tendrá más de 65 años en el año 2035, por lo que la situación es todavía más acelerada que la planteada por CEPAL. Este escenario de envejecimiento demográfico se relaciona con el descenso de la mortalidad y la reducción de la tasa de fecundidad, que impide la reposición de la población. Al aumentar la esperanza de vida al nacer la mejora en la supervivencia de las personas mayores explica la cada vez mayor longevidad. Es preciso tener en cuenta que, en los países de acogida con grandes flujos migratorios, éstos pueden retrasar el proceso de envejecimiento, ya que la media de edad de las personas inmigradas es mucho más joven.

Ante este reto demográfico y sus efectos, la Comisión Europea impulsó el debate al respecto en su Libro Verde sobre el envejecimiento, donde señala que “los Estados miembros se enfrentan a desafíos comunes en materia de cuidados de larga duración, entre los que están garantizar el acceso, la asequibilidad y la calidad de dichos cuidados, así como una fuerza laboral adecuada. Muchas personas que necesitan cuidados no pueden acceder a ellos debido a carencias en la oferta, los elevados costes y la falta de protección social o de cobertura de seguro para garantizar la asequibilidad. Sin una protección social adecuada, la necesidad de cuidados de larga duración puede empujar a las personas a la pobreza. Este riesgo debe conciliarse con el mantenimiento de la sostenibilidad presupuestaria de los sistemas en una sociedad que envejece” (Comisión Europea, 2021: 19).

Este contexto global tiene traducción propia también en Navarra donde, tal y como se ha comentado, las proyecciones demográficas (Nastat, 2021) apuntan a un aumento importante del peso de las personas mayores. A 31 de diciembre de 2021 la población de 65 o más años suponía un total de 131.941 personas y representaba el 19,9% de la población. Esta población verá aumentar sus efectivos en algo más de 48.000 personas para 2035, lo que significa que habrá un aumento del 36% sobre la cifra actual y esto, obviamente, tendrá un reflejo en el incremento de determinadas demandas, necesidades y servicios para este colectivo. Las 180.000 personas mayores de 65 años que se

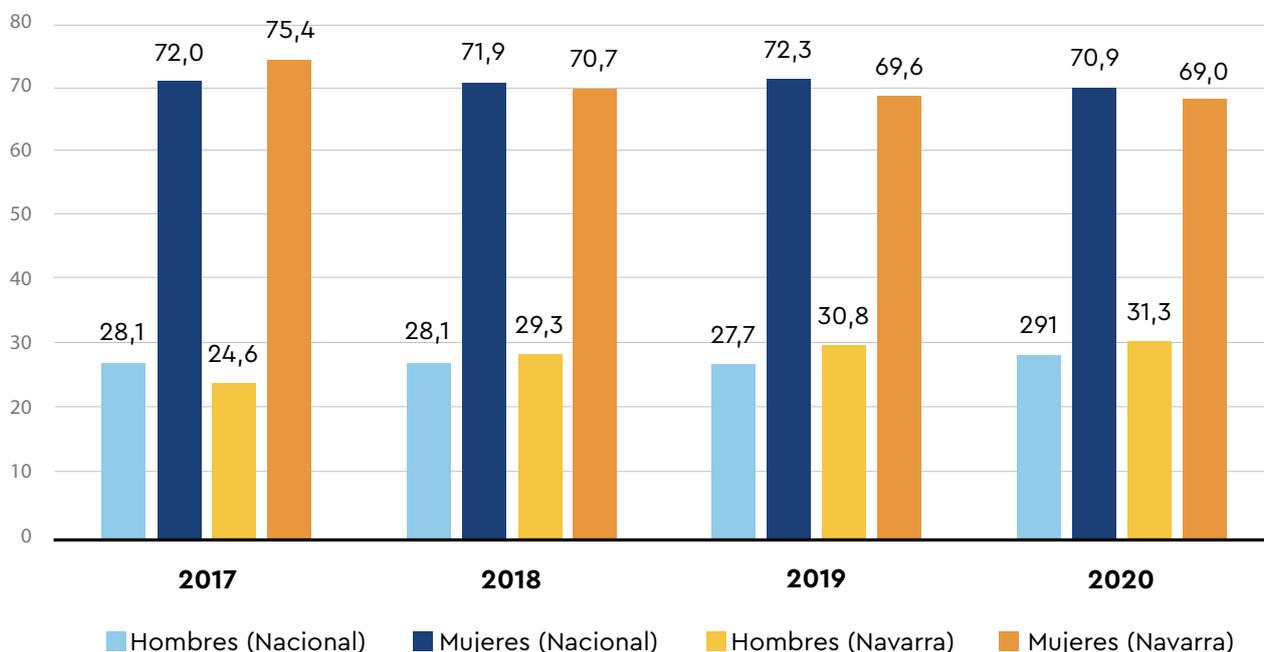
proyecta habrá en 2035 tendrían un peso sobre el conjunto de la población del 23,4%. Por su parte, las mayores de 85 años aumentarán su peso relativo del 3,5% en 2019 al 3,8% en 2035, incrementándose en unas 5.000 personas.

En términos de brecha de género, si bien una de las características de las personas mayores es la alta feminización de este grupo de edad, en Navarra se irá reduciendo progresivamente el porcentaje de mujeres de 65 o más años. Así, frente a un 66,8% de mujeres en el grupo de edad de 85 o más años, en 2035 se prevé que sean un 63,6%. El grupo de 75-84 pasaría del 55,8% al 54,1%, y las mujeres de 65 a 74 años, del 51,8% al 50,7%.

Según las previsiones de Nastat (2021), la proporción de población mayor de 65 años en 2035 tendría un peso algo inferior que a nivel estatal (26,5% para España frente al 23,4% en Navarra). Esta menor proporción de personas mayores no se refleja, sin embargo, en una diferencia relevante en la tasa de dependencia¹ que, en el caso de Navarra, ascendería a 62,3%, tan solo seis décimas por debajo de la tasa que se prevé para el conjunto nacional (62,9%) en 2035.

La Encuesta continua de hogares (INE, 2021) muestra datos sobre los hogares unipersonales en 2020. En Navarra, el porcentaje de hogares unipersonales de personas mayores de 65 años se incrementó en el periodo 2017-2019 y pasó del 37,8% al 45,2% para disminuir en 2020 hasta el 40,5% por causa de la pandemia por COVID-19. Dentro del grupo de mayores de 65 años que residen solas en la Comunidad Foral, el porcentaje de hombres se ha incrementado y pasó del 24,6% en 2017 al 31,3% en 2020. Por el contrario, el porcentaje de mujeres disminuyó 6 puntos (del 75,4% al 69,0%). Aun así, 7 de cada 10 personas que viven solas en Navarra son mujeres.

Gráfico 1. Personas mayores de 65 años que viven en hogares unipersonales por sexo en España y Navarra. (%) (2017-2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE.

1. Proporción de personas dependientes -personas menores de 16 años o mayores de 64- sobre la población en edad de trabajar -entre 16 y 64 años-.

Diversos factores sociales han erosionado el modelo de cuidados tradicional sustentado en la familia como pilar básico. Así, por ejemplo, el incremento de los niveles formativos femeninos y la incorporación de las mujeres al mercado laboral; el retraso de la maternidad/paternidad y su coincidencia con el momento de cuidado de familiares dependientes; la evolución de las estructuras familiares con una dedicación excesiva al sistema productivo desde condiciones laborales inestables y precarias; la necesidad de conciliación de la vida laboral y familiar en la crianza; la diversidad de formas de convivencia que modifica el contenido de los vínculos de parentesco, las expectativas y las obligaciones asociadas a ellos y el creciente sentido de autonomía que “incrementa el número de personas que no quieren depender de su familia en su vejez” (Comas-d’Argemir, 2015: 383; Comas-d’Argemir y Bofill-Poch, 2021).

En las entrevistas realizadas se pone de relieve la disonancia que vive una generación de mayores, principalmente mujeres, que fueron socializadas en los cuidados tradicionales y cómo ven que estos cambios sociales modifican y condicionan ese tipo de cuidados.

“Unas mujeres estaban muy ofendidas porque la Fulanita estaba pasándolo fatal porque su hija la había enviado a una residencia. Ella se quejaba de que toda su vida había estado cuidando a los nietos, haciéndole la comida a la hija y cuando ella se volvió inútil, la hija la llevó a la residencia y le dijo, ‘mamá, no tengo tiempo para cuidarte’. Pues ese es el dolor de muchas mujeres que han estado para todo y que cuando llega un momento en el que no pueden estar, están aparcadas, y eso es un dolor terrorífico” (Entidad Tercer sector 5)

Comas-d’Argemir y Bofill-Poch (2021) ponen de manifiesto que en España requieren cuidados intensivos un 33,7% de los hogares y, de entre ellos, el 10,8% se trata de familias que proveen CLD. Entre éstos, en el 88,1% de los casos el cuidado principal es realizado por alguien de la familia y en el 64,1% de casos es una mujer. De esta forma, el trabajo de cuidado es asumido mayormente por los hogares y, dentro de éstos, por las mujeres. Esto es así debido a la división sexual del trabajo, la naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar, el modelo de bienestar ([Capítulo 01](#)) y la estratificación socioeconómica de los cuidados, que permite que hogares de ingresos medios o altos cuenten con la oportunidad de adquirir servicios de cuidado en el mercado o pagar por el trabajo de cuidado de otra mujer generalmente inmigrada, cosa que es inviable para los hogares de estratos socioeconómicamente bajos (Rodríguez, 2015; Martínez Virto, 2021).

En Navarra, además de la incidencia de las mencionadas desigualdades en la esfera económica, “el reparto de los cuidados sigue mediado principalmente por las desigualdades de género, de manera que continúa siendo un trabajo, una (pre)ocupación y una responsabilidad particularmente feminizada, ya que en los hogares navarros son las mujeres las que asumen más frecuentemente los trabajos de cuidados. (...) La igualdad en el aprovisionamiento, mantenimiento, bienestar y cuidado de la familia y los hogares navarros queda lejos de conseguirse” (Martínez, 2020: 206). Hay que ser conscientes que la cuestión del cuidado no es un asunto de mujeres sino de toda la sociedad.

Cabe señalar que los hombres se están incorporando lentamente al cuidado de personas mayores: “Aunque las hijas son el pilar de protección social informal en los hogares, los hijos cuidadores principales ascienden al 13,3% en 2020, según la Encuesta EDAD 2020. De esta implicación depende una ruptura del impacto de los cuidados en las trayectorias laborales y vitales de las mujeres” (Rodríguez et al., 2022). En las entrevistas y grupos realizados se señala que en las zonas rurales los hombres se incorporan más a los cuidados porque faltan mujeres.

“(Los hombres) se incorporan, sobre todo, como cuidadores de sus parejas, pero no se incorporan como cuidador, o se incorporan menos, como cuidadores de personas mayores. Curiosamente, en algunas zonas rurales lo están haciendo más precisamente ante la ausencia de mujeres” (Prof. UPNA 2)

Cuando éstos llevan a cabo labores de cuidado se les valora positivamente, aunque socialmente siguen existiendo reticencias cuando, incluso, el trabajo masculino se ha profesionalizado; su presencia se admite mejor cuando tienen que cuidar a otros hombres. Otro elemento positivo a destacar de su implicación en los cuidados es la propia satisfacción que los cuidadores informales sienten por el cuidado de un familiar, donde “los sentimientos positivos son mayores en los varones que en las mujeres” (Camps, 2011: 644). Igualmente, otra novedad es la incipiente incorporación de los hombres inmigrantes en el sector de cuidados, tanto en domicilios como en recursos y centros residenciales, etc.

“Llegan hombres que son recién llegados, o el sector del que provienen ahora mismo no hay empleo y ven en esto un nicho de empleo. Pero muchos no tienen nociones básicas de cocina, de cuidado, de labores domésticas y eso dificulta sus contrataciones. Generalmente son hombres que cuidan a hombres”. (Entidad Tercer sector 3)

Como refiere Comas-d'Argemir (2015: 383), “los recursos ofrecidos por el mercado empresarial no son alcanzables para la mayor parte de la población. Se expande así la contratación de empleadas del hogar como cuidadoras, buena parte de las cuáles son mujeres inmigradas”. En este sentido, las políticas de atención a los CLD no han alterado la división sexual del trabajo, ya que sigue existiendo una estructura de género que vincula a las mujeres con el cuidado. Más todavía “las prestaciones económicas, asignadas mayoritariamente a mujeres, han tendido a reforzar su papel como cuidadoras, tanto si han servido para pagar directamente a un miembro de la familia como para contratar a una cuidadora” (Comas-d'Argemir, 2015: 398).

Asimismo, las demandas del movimiento feminista han contribuido a implementar medidas a favor de las mujeres, tratando de poner en el centro el derecho a poder elegir tanto si se desea o no cuidar, como el derecho a cuidar y ser cuidadas. De esta forma, el movimiento feminista llama la atención sobre la necesidad de, entre otros elementos (Castro et al., 2008):

- denunciar lo ilusorio de tomar la familia como una unidad aislable del Estado, el mercado o la comunidad, ya que todas las esferas interactúan;
- subrayar que las familias son redes de cooperación y solidaridad, pero también pueden serlo de dominación y control;
- ser conscientes de que las funciones de cuidado otorgadas a las mujeres en las familias siguen estando fuertemente naturalizadas, ocultando que la unión entre mujer, cuidado y familia es consecuencia directa de la división sexual del trabajo;
- el derecho a recibir cuidado, como derecho individual desligado de la situación familiar, existe de manera precaria.

Estos factores han conllevado el incremento de las necesidades de CLD y lo que se ha venido denominando la “crisis de los cuidados”, esto es, el proceso de reorganización de la forma de cobertura de la necesidad de cuidados de la población que implica una reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico (Pérez-Orozco, 2006). Dicha crisis es la puesta en evidencia de la incapacidad social y política de garantizar el bienestar de amplios sectores de la población y la generalización de la dificultad de éstos para poder cuidarse, cuidar o ser cuidados (Ezquerro, 2011) ya que disminuye la disponibilidad de las personas que tradicionalmente la han brindado de forma no remunerada, las mujeres (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021).

La longevidad como proceso emergente²

El aumento de la longevidad conlleva una nueva concepción de las edades. En una etapa vital ya tan larga que alcanza el mismo número de años que entre los 20 y los 50, se van diversificando y fragmentando subetapas vitales (Broussy, 2013; International Longevity Centre Brazil –ILC BR–, 2015; Sancho et al., 2015). Las personas llegan a edades que antes se consideraban como muy avanzadas manteniendo altas dosis de flexibilidad y adaptación (Subirats, 2016). Los hitos vitales con los que se dividían las distintas etapas ya no sirven para seguir distinguiendo niños de jóvenes, jóvenes de adultos o adultos de mayores. La vejez, como otras etapas vitales, nunca fue una, pero ahora mucho menos. En la literatura se señala que se pueden diferenciar tres subetapas en la vejez: madurez-fragilidad-cuidados, que complejizan y singularizan este ciclo.

De esta manera, se avanza hacia una concepción que admite mayor heterogeneidad y diversidad con una primera etapa donde las personas se conciben «mayores, pero no viejas», una segunda etapa de entrada en la «fragilidad» y una tercera de «pérdida de autonomía», denominada de manera diferente en función de la literatura (Broussy, 2013; Prieto et al., 2009; Prieto et al., 2015; Sancho et al., 2015). Estas tres etapas no son obligatoriamente evolutivas ni conciernen a todas las personas, sino que se dan bajo el paraguas de las diferencias individuales que acompañan siempre a la vejez. Sin embargo, al alcanzar los últimos años de la vida es más probable que la autonomía funcional mengüe y ello exige más ayuda y apoyo (Subirats, 2016). La vivencia de la vejez como etapa compleja es, en este sentido, recurrente:

“Si partimos de que las personas son mayores desde los 65 años, tenemos un grupo poblacional de 40 años con necesidades completamente diferentes a medida que pasa el tiempo, sobre todo a partir de los 85 años. Tenemos al mayor joven que atiende a los nietos y va al parque porque los padres están trabajando y está el otro mayor, el que está con el sobreenvejecimiento”. (Geriatra 2)

En los próximos años tendremos que afrontar otro reto, por ahora escasamente visible, constituido por el espectacular incremento del tramo de población entre los 80 y 90 años en diversas situaciones de fragilidad, pero no de dependencia, para los cuales el desarrollo de recursos y respuestas sociales es escaso. Este quizá sea el fenómeno menos anticipado, el de personas muy mayores autónomas, pero frágiles. Poner el foco en este grupo de población sin duda supondrá anticipar y prevenir situaciones de dependencia no deseada.

No obstante, a pesar de este planteamiento de diversidad es preciso recordar que el proceso de envejecimiento se produce en un contexto cambiante. Las actuales generaciones de personas mayores han de afrontar escenarios no esperados (Sancho et al., 2015) que a día de hoy se caracterizan no solo por una pandemia que ha acarreado diversidad de restricciones y modificación en las formas de interacción social, sino también por el propio proceso de transformación y cambio del trabajo, de las estructuras familiares, la mayor heterogeneidad social o de los formatos de los servicios públicos y no públicos (Subirats, 2016). En ellos encontramos desde la precariedad laboral o económica, cambios en las relaciones familiares, movilización geográfica vinculada al ámbito laboral, urbanización, cambio climático, migraciones y desigualdades sociales. Estas desigualdades también afectan más a las mujeres mayores, viudas y quienes viven solas. De hecho, en ocasiones, se habla de “colectivos invisibles”, entendiendo como tal aquellas personas con pocos lazos familiares o sociales, que abordan diferentes dificultades (Subirats, 2016) y que van acumulando fuentes de vulnerabilidad. Una clara muestra de estos perfiles es el ya descrito de personas que comienzan a necesitar apoyos y viven solas o parejas de personas mayores que se cuidan mutuamente, y donde ambas partes son frágiles, cuidan y se cuidan entre ellas (Puga, 2020).

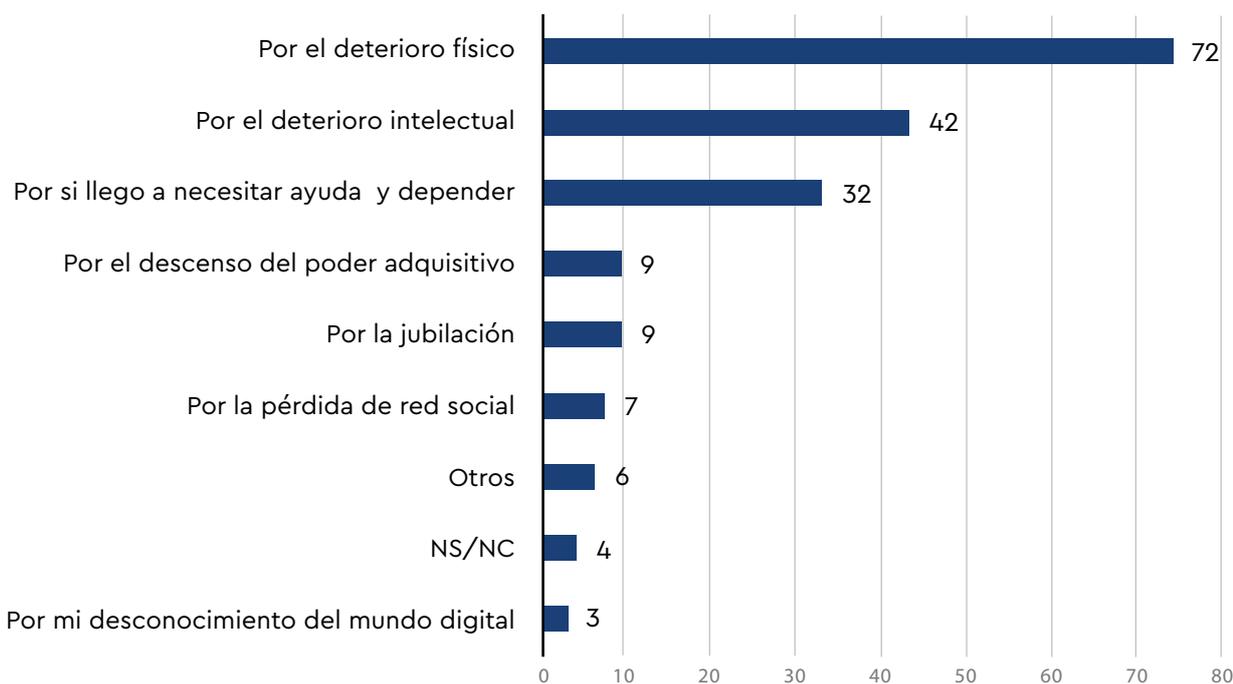
2. Este epígrafe se ha construido a partir de la monografía solicitada expresamente para esta investigación (Marsillas y Sancho, 2022).

En definitiva, cada vez será más difícil hablar del colectivo de las personas mayores como algo susceptible de ser caracterizado de manera más o menos homogénea. Este planteamiento del envejecimiento menos estructurado, más flexible y diverso, requiere a su vez una concepción diferente de las necesidades. Sin duda, un planteamiento más personalizado dificulta las dinámicas de identificación y abordaje de necesidades, que tradicionalmente se han gestionado con categorías más estables y homogéneas. Vivimos la era de la personalización, que obliga a identificar de otra forma las necesidades de los individuos en su heterogeneidad, a lo que ha de unirse las preferencias, dado que las personas nos expresan lo que perciben como necesidad. Por todo ello, resulta crucial abordar las necesidades de apoyos y cuidados de las personas con una concepción más compleja.

La encuesta realizada para este estudio arroja que al 26% de las personas mayores la vejez le preocupa “mucho o bastante”; un 38% está “algo o poco” preocupado/a y el 36% “nada”. La preocupación aumenta con la edad, ya que el 28% de las de 80 años y más señalan que la vejez les preocupa “mucho/bastante”, frente al 24% de las personas de 65 a 79 años. Según el sexo de las personas encuestadas, la preocupación es más alta entre las mujeres. Las mujeres a las que les preocupa “mucho/bastante” representan un 30%, frente al 20% de los hombres.

Preguntadas por las causas de esta preocupación destaca el deterioro físico (72%), seguido por el deterioro intelectual (42%) o la necesidad de ayuda y tener que depender de otras personas (32%). El desconocimiento del mundo digital es el aspecto menos mencionado (3%).

Gráfico 2. Motivos por los que preocupa la vejez (%).



Fuente: Encuesta a personas mayores de 65 años en Navarra (ORS, 2022).

La pérdida de la red social (pérdida de personas cercanas, disminución de contactos, etc.), y el desconocimiento del mundo digital e informático, preocupa en mayor proporción a las personas de mayor edad frente a las de 65-79 años. A los hombres les preocupa más que a las mujeres el deterioro físico (75% frente al 69%). Por último, las causas por las que las mujeres muestran una mayor preocupación son “la necesidad de ayuda y tener que depender de otras personas” y el “deterioro intelectual”.

Consecuencias derivadas

Algunas de las consecuencias que conlleva el incremento de la necesidad de CLD y la crisis de los cuidados son las siguientes:

- **Mayores tasas de dependencia y discapacidad.**
- **Un espacio sociosanitario en construcción.**
- **Soledad no deseada y fragilidad de vínculos.**
- **Otras necesidades emergentes: atender la fractura tecnológica.**

Mayores tasas de dependencia y discapacidad

La primera consecuencia del aumento de población y su envejecimiento son las actuales ratios de dependencia. En Navarra el número de personas dependientes es de 17.044, lo que supone un porcentaje del 2,58% en relación a la población total. De ellas, 13.645 personas tienen más de 65 años (el 80,1%). Si bien es cierto que su peso ha crecido paulatinamente, en 2020 estas cifras disminuyeron como consecuencia directa de la pandemia derivada del COVID-19, si bien volvieron a aumentar en 2021. De igual manera se muestra el número de dependientes en relación a la población mayor de 64 años, que supone el 10,34%.

En Navarra la cifra de valoraciones de dependencia registrada en 2021 marca el máximo registrado y supone un 31,6% más de valoraciones que en 2020. Cabe señalar que el tiempo de tramitación de la valoración de la dependencia en Navarra es inferior a la media estatal. Así, mientras Navarra, País Vasco y Castilla y León se encuentran por debajo de los seis meses, otras CC.AA. como Andalucía, Canarias o Extremadura superan los 18 meses de tramitación (Rodríguez et al., 2022).

Tabla 2. Ratio personas dependientes/Población y población > 64 años en Navarra y Nº de valoraciones de dependencia (2015-2021)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Población a 1 de enero	640.476	640.647	643.234	647.554	654.214	661.197	661.537
Valoraciones de dependencia	4.804	6.047	6.855	6.564	6.429	6.079	8.003
Dependientes a 31 de diciembre	13.408	14.311	15.261	15.674	15.986	15.615	17.044
Dependientes/Población	2,09%	2,23%	2,37%	2,42%	2,44%	2,36%	2,58%
Dependientes/Población (> 64)	8,63%	9,14%	9,70%	9,84%	9,88%	9,44%	10,34%

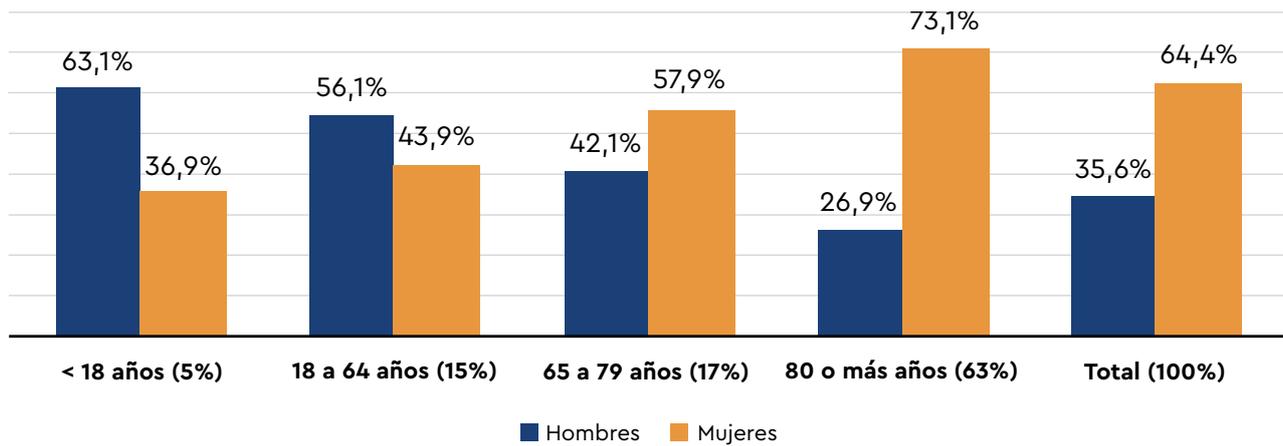
Fuente: Observatorio de la Realidad Social.

<https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/demografia/indc-4/>

<https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/servicios-sociales-dependencia/indc-1-3/>

En el siguiente gráfico se aprecia la distribución de la dependencia por sexos. Se observa que está altamente feminizada, ya que las mujeres suponen el 64,4% del total de personas dependientes. Estos datos también remarcan que el colectivo posee una edad especialmente avanzada: 8 de cada 10 tienen más de 64 años y 6 de cada 10 tienen 80 o más años.

Gráfico 3. Distribución de la población dependiente por sexo y edad en Navarra (2021).



Fuente: Observatorio de la Realidad Social.

<https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/servicios-sociales-dependencia/indc-1-3/>

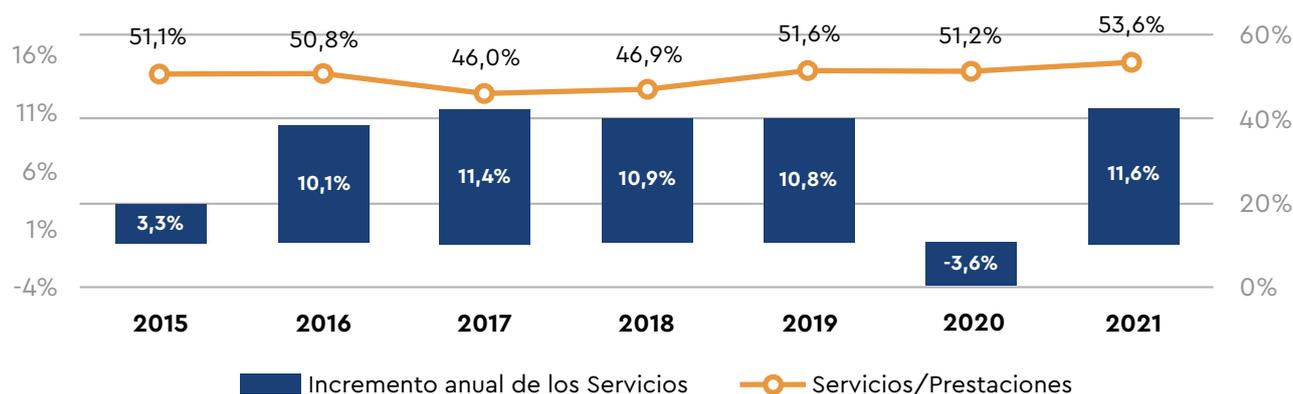
En cuanto a la relación entre dependencia y discapacidad es preciso señalar que, si bien todas las personas dependientes tienen discapacidad, no todas las personas con dependencia solicitan la valoración de discapacidad. En el II Informe sobre discapacidad en Navarra (ORS, 2022d: 17) se evidencia esta relación: a finales de 2021, 9.259 personas con discapacidad tenían reconocida la dependencia y suponían el 54,3% del colectivo de dependientes. A su vez, este grupo suponía el 25,9% del total de personas con discapacidad, es decir, 1 de cada 4 personas con discapacidad era, además, dependiente.

Atendiendo al colectivo de mayores de 65 años con discapacidad reconocida a finales de 2021, éste ascendía a 17.145 personas. De ellas, quienes tenían dependencia reconocida suponían el 35,1% (6.015 personas), mientras que un 56,6% no había solicitado dicha valoración (9.706 personas). Por último, cabe señalar que un 8,3% (1.424 personas) obtuvieron una valoración negativa a su solicitud de valoración de dependencia.

Cabe destacar que el total de las prestaciones (suma de servicios y prestaciones económicas) en Navarra presenta un crecimiento anual continuo, siendo la única excepción la producida en 2020, cuando se redujeron en 516 el número de prestaciones respecto a 2019. Desde el año 2019, la proporción de servicios de atención a la dependencia ofertadas en Navarra es superior a la de prestaciones, suponiendo ya en 2021 el 54% respecto al total. En cifras absolutas, esto se traduce en 10.086 servicios frente a 8.717 prestaciones económicas. Se observa a continuación el incremento progresivo del número de servicios para la dependencia, que creció más de un 10% cada año de 2016 a 2021, con la salvedad de 2020 por la pandemia.

En cuanto a la variación de los principales servicios y prestaciones, entre los años 2015 y 2019 el conjunto de las prestaciones económicas y servicios de Navarra aumentaron casi un 50% (49,2%); los servicios aumentaron un 50,6% y las prestaciones económicas un 47,6%. Si bien la evolución de 2020 mostró descensos, durante el año 2021 se ha registrado una recuperación en prácticamente todos los servicios.

Gráfico 4. Evolución anual de los servicios para la dependencia en Navarra (2015-2021)



Fuente: Elaboración propia, Observatorio de la Realidad Social.

<https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/servicios-sociales-dependencia/indc-1-3/>

La promulgación de la LAPAD generó fuertes expectativas en el sector de los cuidados porque institucionalizaba un sistema de CLD de naturaleza universal y derecho subjetivo. Es importante reconocer que la ley ha supuesto un avance importante en la protección social según la última evaluación del SAAD llevada a cabo por el Ministerio de Derechos Sociales: “a mediados de 2022 casi un millón y medio de personas están protegidas en el ámbito del SAAD” (Rodríguez et al., 2022). Ahora bien, esta evaluación realiza un análisis de sus prestaciones y servicios y afirma que no se ajustan a las necesidades de las personas en situación de dependencia ni atienden sus necesidades; faltan mecanismos para asegurar una atención de calidad; la calidad de los servicios es mejorable; es necesario reorientar y reforzar los servicios de inspección; faltan guías de buenas prácticas, así como la necesidad de evaluar el impacto de las prestaciones y servicios.

A nivel estatal son varias las causas por las que la LAPAD no ha conllevado un amplio despliegue de los CLD (Albesa, 2021). Entre otras, cabe señalar:

- La escasez de recursos de previsión y planificación durante la puesta en marcha del sistema provocó una elevada desorganización inicial que poco a poco ha ido mejorando.
- La histórica inhibición del Estado en la cobertura y protección de los CLD, la arraigada solidaridad familiar y un elevado componente de género en la responsabilidad del cuidado derivado del modelo de bienestar español conllevó un menor desarrollo de servicios públicos frente a otro tipo de regímenes.
- El modelo de descentralización competencial español ha generado diferentes velocidades e inequidad territorial. Han sido las CCAA donde se ha desarrollado la materialización del nuevo derecho de ciudadanía, asumiendo estas entidades territoriales un esfuerzo extraordinario y afrontando una gran presión social. De ahí la necesidad de replantear su financiación de manera que se garantice que todas las CCAA puedan ofrecer las prestaciones y servicios contemplados en la LAPAD en condiciones similares y de avanzar hacia la protocolización y estandarización de los servicios ofrecidos por el SAAD.
- El baremo de valoración de la dependencia planteado por la LAPAD debería recoger de manera rigurosa las discapacidades cognitivas, la enfermedad mental y las enfermedades orgánicas que generan episodios de gran dependencia. En este sentido, la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM, 2008) y la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) sostienen que, para su correcta aplicación, “habría que hacer una serie de cambios en el Baremo de Dependencia para que el informe de salud que haga un profesional sobre el grado de dependencia de una persona con enfermedad mental sea correcto, ya que éste contempla fundamentalmente patologías de dependencia motora y no mentales”. En el mismo sentido, Rodríguez et al. (2022) remarcan en sus conclusiones que el baremo de valoración de la dependencia se centra sobre todo en los aspectos relacionados con el funcionamiento físico y es más parco al abordar las dificultades cognitivas y las necesidades de apoyo para la toma de decisiones.

Por último, otro elemento clave es el gasto público en servicios sociales de atención a la dependencia, donde España destina un 0,7% de su PIB, “lejos de los niveles de otros países europeos como Francia (1,34%), Alemania (1,28%), Bélgica (2,0%), Holanda (2,4%) o Suecia (2,66%)” (Zalakain, 2020). Más específicamente, los datos facilitados por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 señalan que España destina el 0,7% del PIB a gasto en CLD mientras que el gasto en Holanda es del 3,7% y del 3,5% en Dinamarca (Rodríguez et al, 2022). En el caso de Navarra la estimación que hace Nastat del porcentaje destinado a servicios sociales de atención a la dependencia es del 0,6% para 2019³.

3. Tras una petición ad hoc para este estudio, Nastat replicó estos cálculos para Navarra a partir de la Cuenta de Protección Social seleccionando el gasto en alojamiento y ayuda en la realización de tareas cotidianas para las funciones de vejez e invalidez. Este dato sugiere una aproximación al gasto en la Comunidad Foral, pero debe de considerarse con salvedades, puesto que al no haber una metodología explícita de la OCDE quizás haya partidas que no se han tenido en cuenta en la estimación.

Un espacio sociosanitario en construcción

Los efectos del envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida conllevan mayores tasas de cronicidad, enfermedades degenerativas, pluripatologías, dependencia y discapacidad que trascienden a los sistemas sanitario y social, que condicionan la calidad de vida y autonomía de las personas y comprometen, en gran medida, a su entorno y ámbito familiar, especialmente a las personas cuidadoras. Esta necesidad de reorientar el modelo asistencial a las necesidades de las personas mayores con patologías crónicas y/o dependencia ya es recogida en la *Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022* al plantear que “los sistemas sanitario y social deben adecuar sus modelos de atención para cambiar la actual prestación de servicios (más individual, por procesos, reactiva y fragmentada) hacia un enfoque de atención proactivo e integrado que posibilite la continuidad de cuidados”. Por ello, uno de los objetivos de su línea estratégica 4 es “asegurar para toda la ciudadanía la atención en unos servicios de salud, sociales y comunitarios, de calidad, continuados, coordinados y adecuados a las necesidades y derechos de las personas mayores y de personas con patologías crónicas, incluyendo la fase final de la vida” (Gobierno de Navarra, 2016: 11).

Durante los últimos años los sistemas sanitario y social vienen desarrollando un esfuerzo notable en la definición de un espacio sociosanitario que contenga el enorme impacto que la ciudadanía presenta en relación a la necesidad creciente de cuidados de larga duración. Desde el año 2013 en Navarra se avanza hacia un Modelo de atención integrada sociosanitaria y su consideración y visión están presentes en multitud de normativas, planes, estrategias y programas de los principales sistemas que lo soportan -Salud y Servicios Sociales-. Así, ambos sistemas constituyen dos estructuras orgánicas independientes: el Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, organismo autónomo adscrito al Departamento de Salud, y el Departamento de Derechos Sociales. El Decreto Foral 284/2000 crea la figura de Coordinador del Plan Foral de Atención Sociosanitaria, dependiente funcionalmente del Departamento de Salud.

El Plan Foral de Atención Socio Sanitaria aprobado por Acuerdo de Gobierno de Navarra el 27 de junio de 2000 constituye el documento de referencia aprobado a más alto nivel en esta materia. Cuenta entre sus objetivos “delimitar y definir un modelo específico de atención desde un enfoque integral y globalizado para los colectivos de personas con conjunción de enfermedad y dependencia, con necesidades sociales y sanitarias”. En este texto aparecen retos que implican cambios estructurales y que hoy, 22 años después de su aprobación, no se han desarrollado en su totalidad. En este sentido, cabe preguntarse si no sería necesario un nuevo Plan Foral o Estrategia que ordene y guíe la atención sociosanitaria operativizando sus actuaciones, así como el modelo de gestión, responsabilidades y financiación del mismo.

Con el objetivo de promover la colaboración en esta materia se han creado distintas figuras en ambos Departamentos para articular sus políticas y coordinar la atención sociosanitaria desde diferentes niveles asistenciales y de responsabilidad. En el caso del Departamento de Derechos Sociales, el desarrollo de un Modelo de atención Integrada Sociosanitaria encuentra su encaje en el Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales de Navarra de 2019 y en el Plan Estratégico de Servicios Sociales 2019-2023.

La Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos de 2013 se denomina comúnmente “Estrategia de Cronicidad”. Aprobada por OF 674E/2016, de 20 de diciembre del Consejero de Salud, ha sido señalada en el transcurso de esta investigación como punta de lanza de un nuevo modelo de atención que permite garantizar la continuidad e integralidad requerida en la atención a pacientes crónicos, superando así un modelo de atención tradicional prestado de forma reactiva y fragmentada desde un enfoque casi exclusivamente biomédico, centrado en procesos agudos y súper-especializado que no se adecúa a las necesidades de estos pacientes. En la “atención integrada” que propugna esta Estrategia reside su gran valor, ya que incluye una valoración triple, con una ponderación de la severidad clínica, las necesidades de cuidados y las necesidades sociales que queda articulada mediante un Plan de Actuación Integral.

“Se está haciendo un buen trabajo desde atención primaria en prevención, se establece un sistema mediante el cual este perfil de paciente por su situación de fragilidad puede ingresar en el Hospital San Juan de Dios directamente y se evita el circuito de urgencias. Después se le hace un seguimiento con atención primaria. Ante un empeoramiento, el Médico de Atención Primaria puede valorar su ingreso en un perfil de tercera edad en situación paliativa.” (Trabajo social sanitario 1)

Asimismo, es necesario citar la Estrategia de Atención Primaria y Comunitaria, que establece como uno de sus proyectos estratégicos la Atención Sociosanitaria y la mejora de la capacidad funcional. La estrategia establece como una de sus líneas de acción la extensión del Modelo de atención integrada sociosanitaria, concretamente en la Línea VI.1.

El Plan Foral de atención sociosanitaria ha ido aterrizando a lo largo de los años en la construcción de un Modelo de Atención Integrada Sociosanitaria para Navarra. El Departamento de Derechos Sociales y el Departamento de Salud elaboraron el diseño de este modelo. Alineado con el Plan Foral inicial, trata de atender a las personas con necesidades complejas de cuidados que, por sus características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales con el fin de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y mejorar su calidad de vida.

En las entrevistas realizadas se pone de manifiesto la necesidad de acotar el concepto, pero, sobre todo, de llegar a una narrativa común compartida por profesionales de ambos sistemas. ¿De qué estamos hablando cuando nos referimos al espacio sociosanitario?:

“Hay algo a superar desde el principio que es el propio concepto. Ni siquiera estamos de acuerdo en el marco en el que nos movemos, qué debe entrar ahí o qué debe quedar fuera, qué debe ser más de un ámbito de otro o qué debe confluir” (Responsable sociosanitario 3)

Un concepto clave es la sinergia, ya que lo sociosanitario trasciende a servicios o recursos concretos, “es la actuación que debe darse a un conjunto de clientes que precisan de ambos tipos de servicios y atención, suministrada sinérgicamente” (Carrillo et al, 2010: 7). Empero, una cuestión que queda patente tras las entrevistas mantenidas son las limitaciones existentes para que se produzca una buena coordinación y trabajo conjunto.

“Al ciudadano no le importa quién eres, de qué sistema vienes, de servicios sociales, de salud, de especializada o de primaria, ni lo entienden, ni lo conocen ni les importa, quiere tener un buen servicio. El vínculo se establece con la persona que te visita, no con el sistema. Es sencillo de entender y difícil de hacer. Estamos muy lejos de un desarrollo sociosanitario. Cada sistema tiene una hoja de ruta que no confluye” (Entidad Tercer sector 2)

“Únicamente insistirles en la necesidad de coordinación entre el entorno hospitalario, Atención Primaria y los centros residenciales. Por muchas estrategias que establezcamos a nivel social, si no se define, formaliza y optimiza dicha coordinación seguiremos enfrentándonos a las situaciones que vemos actualmente” (Geriatra 1)

Si bien las situaciones vividas en la pandemia por COVID-19 han sido calificadas durante las entrevistas como una puesta en evidencia de las debilidades del abordaje de las necesidades en relación a los cuidados en Navarra, también han traído una visualización positiva sobre la necesidad de encontrar espacios comunes.

“La pandemia ha ayudado a visualizar estas necesidades de tipo social. Ha habido muchos brotes extendidos por circunstancias sociales deficitarias. Hay que empoderar la visión social en salud, venimos de un sistema muy biomédico al que hay que impregnar de lo social, pero lo sociosanitario no puede estar solo dentro de salud” (Responsable sociosanitario 3)

Otra de las limitaciones detectadas tiene que ver con la asunción de una mayor responsabilidad por parte del sistema sanitario en la atención a las personas mayores con un enfoque mucho más holístico y una atención en igualdad de condiciones en relación a otros sectores de la población.

“A ver, que tengan el COVID-19 los abuelos no es un problema social; es un problema sanitario, aunque estén en una residencia” (Dpto. Derechos Sociales 3).

Soledad no deseada y fragilidad de vínculos

En la encuesta realizada en el marco de este estudio la soledad no se percibe como problema, ya que la mayoría de las personas mayores entrevistadas (70%) no se sienten solas nunca o casi nunca, el 21% pocas veces, el 5% bastantes veces y el 4% siempre o casi siempre. Si bien el sentimiento de soledad no viene determinado exclusivamente por el tipo de composición de la unidad familiar, cabe destacar que el 78% de las personas encuestadas vive con alguna persona, sea que guarda algún tipo de vínculo familiar (76%) o sin vinculación familiar (2%). En este sentido, también cabe subrayar que la dimensión subjetiva del estado de soledad habilita que la presencia de familiares en el entorno cotidiano es compatible con este sentimiento, ya que pueden darse momentos en los que no sea posible realizar una cobertura.

En cualquier caso, el tema de la soledad emerge como una cuestión nuclear para las personas mayores participantes en las entrevistas y grupos focales de esta investigación:

“Hay una gran soledad. Ese es el gran cáncer, la soledad.” (GF Personas mayores ámbito urbano)

Según la estimación de la Encuesta Continua de Hogares, habría 28.400 personas mayores de 65 años que vivirían solas en Navarra en 2020. A más edad, mayor es la probabilidad de que una persona esté sola o viva sola debido a los eventos vitales tales como la pérdida del cónyuge o de amistades, la salida de los hijos e hijas del domicilio familiar, etc. Pero esas circunstancias no significan que todas las personas mayores que viven solas se sientan solas. De hecho, las posibilidades de vivir en soledad en el domicilio son mayores si existe una buena red de apoyo, por ejemplo, profesional y/o tecnológica, condiciones de la vivienda, red comunitaria, condiciones económicas, etc.

Así, la soledad como una realidad subjetiva se define como “una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de una persona es deficiente de alguna manera importante, ya sea cuantitativa o cualitativamente. Dicho de otra manera, es el sentimiento o experiencia que surge en la medida que la red de relaciones sociales de una persona sea menor o menos satisfactoria de lo que se desea” (Sancho et al.,2020: 12). Los testimonios recogidos ilustran con contundencia la experiencia de la soledad, sus posibles causas, sus efectos y la necesidad de búsqueda de espacios de contacto para tratar de paliarla:

“Yo también vivo solo. Mi esposa falleció hace dos años, va a hacer dos años, en el mes de abril. Y la verdad es que me es muy duro, muchas, muchas horas, el estar solo. Por eso quizá no sé, trato de volcarme en los demás... No por transmitirles a ellos nada, sino por recoger de ellos la compañía” (GF Personas mayores ámbito urbano)

Un elemento que también incide en este ámbito es la fragilidad de los vínculos sociales. Se refleja, por ejemplo, en que existan espacios y barrios donde no conviven varias generaciones, lo que conlleva la inexistencia de contacto generacional y de aprendizaje colectivo:

“Nos falta mucha cultura que transmite la gente mayor, hay que potenciar los encuentros con los mayores. (...) El niño tiene que ver que la persona mayor camina más lenta, que tiene temblor, y la persona mayor tiene que ver correr al niño, verle jugar, hacer la trastada y que pase con la bicicleta” (Geriatra 2)

En términos similares, algunas personas afectadas por la soledad no son capaces de enfrentar un significado número de trámites burocráticos que les dan acceso a recursos y el resultado es un empeoramiento de su situación.

De este modo, la soledad no deseada puede derivar en un problema social que genere situaciones de aislamiento, desprotección y especial vulnerabilidad a las personas mayores. Se trata de un gran desafío para las Administraciones, que deben de promover “un envejecimiento activo y saludable que se extienda más allá de la salud física hacia una salud emocional y que conlleve la participación de las personas mayores en la vida de la comunidad, promueva el mantenimiento de relaciones humanas, desarrolle iniciativas para gestionar y disfrutar de la soledad y fortalezca el voluntariado para el acompañamiento de personas que se sienten solas y desean compañía. Además, será imprescindible para las Comunidades Autónomas disponer de censos de personas que viven solas permanentemente actualizados” (Velasco et al., 2021: 63).

En Navarra, el estudio de Cruz Roja sobre soledad (San Martín y Jiménez, 2021), pone de manifiesto las siguientes conclusiones en relación a la soledad y los cuidados:

- Los hombres, las personas de origen extranjero, las personas en riesgo de pobreza y exclusión y las personas mayores que viven en entornos urbanos presentan mayores valores de soledad.
- La red familiar y social (amistades) son elementos clave para amortiguar la presencia de la soledad.
- Relacionado con la familia y los apoyos futuros aparece un conflicto de expectativas. Las personas mayores manifiestan mayoritariamente que desearían que fueran sus familiares quienes se hicieran cargo de sus cuidados y atención a futuro, pero también verbalizan que no creen que vaya a ser así e incluso dejan entrever que en el fondo no quieren que suceda. El dilema se presenta cuando manifiestan que no quieren convertirse en una carga para sus hijos e hijas y que les suceda lo que vivieron con sus progenitores. Procurar un entorno de CLD asequible y al alcance de todas las personas mayores parece un reto más que pertinente para afrontar esta realidad.
- El uso de herramientas tecnológicas ayuda a mitigar la soledad en personas mayores, pero su uso no está extendido. Las soluciones de este tipo tienen todavía mucho recorrido de mejora tanto en su despliegue como en las adaptaciones que es necesario realizar en ellas para que sean consideradas amigables y sean adoptadas por las personas mayores.
- El diseño y la puesta en marcha de acciones que contribuyan a que las personas mayores que viven solas no manifiesten procesos de soledad debe realizarse contando con su participación. Debería trazarse una estrategia global en Navarra que garantice que la intervención en esta materia se mantenga en el tiempo y con un carácter integral.

En este sentido, el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 ha elaborado un borrador de Estrategia Nacional contra la soledad no deseada de las personas mayores cuyo contenido remitió en junio de 2021 a las Comunidades Autónomas para que aportaran las mejoras que consideren oportunas (Solidaridad digital, 2021).

Una posible propuesta (Sancho et al., 2020) para abordar el tema de la soledad debería pasar por conocer y normalizar la soledad; promover una sociedad inclusiva a través de la prevención; llevar a cabo medidas de intervención ante situaciones de soledad severa tanto desde el ámbito de las administraciones públicas como desde el voluntariado y la comunidad y evaluar de manera continuada. En esta línea es necesario hacer mención a la Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022, que plantea entre sus actuaciones la “detección de situaciones de soledad y diseño de servicios para personas con escasa o nula red de apoyo” (Gobierno de Navarra, 2016: 11).

Otras necesidades emergentes: atender la fractura tecnológica

En línea con el apartado anterior y como remarcan San Martín y Jiménez (2021), es una evidencia que el uso de las nuevas tecnologías no está tan extendido todavía en las personas mayores como en otros segmentos de edad. Se plantea la necesidad de su uso porque eso permite la inclusión en el sistema y abre posibilidades a la mejora de la atención, pero esto debe de ir acompañado de adaptaciones para que las nuevas tecnologías sean amigables y puedan ser adoptadas por las personas mayores. En esta dirección, debe señalarse que las personas mayores reconocen la necesidad del manejo en el campo de las nuevas tecnologías como realidad inevitable y, al mismo tiempo, como fórmula de activación.

“Como también hay ese bulo que también habría que desmitificar, que ya no se puede aprender. Todo viejo con una tablet debería ser obligatorio. Es que, dentro de poco, si eso no lo dominas (en relación a las nuevas tecnologías), estás fuera del sistema” (Prof. UPNA 1)

Conviene tener presente que las necesidades resultantes de las dificultades de acceso a través de las nuevas tecnologías para la población mayor tienen generalmente una lectura en términos de inadaptación de la sociedad y, por tanto, un sentimiento de fuerte desatención en el acceso a servicios básicos:

“El otro día mismo me tocó llamar a Hacienda para que le cambiasen la dirección a mi hermano para que la declaración de la renta le vendría donde está viviendo ahora. “Eso tiene que ir a Hacienda y si no por Clave”. A ver, ¿tanto te cuesta cogerme los datos? (...) “No, no, no tiene que ir a Hacienda”. Bueno, pues ya tuve que pedir vez, ya tuve que ir, guardar las colas. (...) esa clave no está preparada para las personas mayores, porque tú te metes en clave y ¿Dónde pinchas?” (GF Personas mayores ámbito urbano)

Hay personas mayores que identifican sentimientos de abandono por las administraciones públicas (especialmente agravados por el efecto de medidas articuladas durante la pandemia) en espacios sensibles desde la perspectiva de los cuidados como es el ámbito sanitario. El siguiente testimonio deja entrever el temor a que determinadas prácticas ‘hayan venido para quedarse’ e incrementen la fractura ligada al uso o interiorización de las nuevas tecnologías:

“A mí lo que me preocupa es que todo esto se está trasladando a las entidades públicas. (...) Que las entidades públicas están haciendo exactamente lo mismo que las entidades privadas (...) Lo que quiero no es que usted me diga por teléfono: “Tómese un paracetamol” No, quiero que usted me vea y vea si realmente eso puede ser el inicio de una enfermedad más grave” (GF Personas mayores ámbito urbano)

Estas situaciones son compartidas por el personal técnico que expresa con rotundidad cómo la autonomía de la persona usuaria puede chocar (especialmente en el caso de situaciones de ausencia de red de apoyo) con la garantía de una atención de calidad debido a la brecha digital:

“Persona 1: Cada vez es más difícil acceder a los servicios. Todo tiene que ser con cita previa, casi nada es presencial, tiene muchas dificultades con todo lo que hablamos de la brecha digital para manejarse, pues para acceder o incluso para presentar un papel”. (GF Profesionales de Atención Primaria)

Ante las dificultades derivadas por, entre otros elementos, la falta de adaptación de las nuevas tecnologías a las personas mayores, se plantea la necesidad del surgimiento de nuevas figuras, algunas ya existentes en otros programas de los servicios sociales de base:

“Tú puedes estar cognitivamente bien, pero tener una limitación sensorial, visual o auditiva, problemas articulares o de aprendizaje que te limita a la hora de sacar dinero de un cajero, hay una población importante a la que hay que dar un servicio. Tendrá que surgir una profesión nueva que sea el asesor del mayor, para vender una casa, hacer una hipoteca inversa, para que le asesoren en la toma de decisiones con seguridad” (Geriatra 2)

De este modo, la fractura tecnológica hace emerger necesidades ya existentes en la vida de las personas mayores, como son el acompañamiento y la mediación para realizar determinadas actividades de la vida, asociadas, a su vez, a otros factores como la disminución de las redes de apoyo. La encuesta llevada a cabo confirma que las personas mayores son menos autónomas en actividades que requieren conocimientos informáticos o tecnológicos; así, solo un 32% puede realizarlas sin ayuda, un 32% con ayuda, un 24% no puede hacerlas de ninguna manera y un 12% no las ha hecho nunca. Tanto por sexo como por edad estas tareas de carácter informático son las que presentan mayores dificultades. Cuatro de cada 10 hombres (41%) pueden llevarlas a cabo sin ayuda frente al 28% de las féminas; 4 de cada 10 personas de entre 65 y 79 años (43%) también las realizan sin ayuda frente a solo el 14% de las mayores de 80 años.

Como elementos positivos en este ámbito cabe citar el “Diagnóstico de brecha digital en personas mayores de 70 años en la Comunidad Foral de Navarra” (ORS, 2020b) que se acercaba a las dificultades que encuentran las personas mayores derivadas de la transformación digital y la detección de acciones que puedan ser desarrolladas desde la Administración para favorecer la autonomía digital. Asimismo, hay que destacar el *Plan de Inclusión y Capacitación Digital 2021-2025*, que aborda la reducción de la brecha digital en la vida cotidiana, formación y calidad del trabajo y que supuso una inversión de 30 millones de euros para desplegar 28 iniciativas en materia de inclusión y capacitación digital (Navarra.es, 2021).

Propuestas de mejora

Ante esta situación de previsible aumento de la demanda de CLD se plantean estas propuestas:

- Fortalecimiento de las políticas de cuidados atendiendo a la ética.
- Planificación de apoyos y cuidados adaptados a las necesidades y deseos de las personas.
- Coordinación de equipos: formación y experiencias.

Fortalecimiento de las políticas de cuidado atendiendo a la ética

El Libro Verde sobre Envejecimiento (Comisión Europea, 2021: 20) señala que “desarrollar unos sistemas sólidos de cuidados de larga duración mejorará el acceso a unos cuidados de este tipo que sean asequibles y de calidad, garantizará que las personas de edad avanzada vivan dignamente e impulsará las oportunidades laborales en la economía asistencial”.

Como antesala al conjunto de las propuestas que este informe desgana en este capítulo y en los siguientes se debe señalar que el trabajo de campo ha estado marcado por una explícita demanda de atención sobre las necesidades y, además, de efectividad en las respuestas. Es decir, **existe una insistente solicitud de que las cuestiones que preocupan a las personas mayores sean discursivamente atendidas, pero, al mismo tiempo, que sean materializadas a través de políticas y acciones con impacto efectivo y transversal.**

Ha quedado evidenciado que el envejecimiento de la población es uno de los grandes retos y la crisis de los cuidados pone de manifiesto, tal y como se señala en la exposición de motivos de la LAPAD, que es necesaria y urgente una “revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan”. La propia norma indica que la atención a las personas mayores en particular y el sistema de servicios sociales en general deben erigirse “como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia”.

De este modo, el envejecimiento de la población conlleva inexorablemente la **necesidad de un sistema público de cuidados bien desarrollado que, trascendiendo la demografía, entienda los cuidados como un elemento “articulador de la sociedad” constituyendo una responsabilidad colectiva y eje de las decisiones políticas.** Así, la ética de los cuidados “pone en el centro de la reflexión moral el deber de cuidarnos unos a otros y también el derecho a ser cuidados cuando lo necesitemos” (La Vanguardia, 2021). De esta forma, “se hace imprescindible socializar el cuidado para que deje de convertirse en un aspecto que debe ser resuelto de manera individual y avanzar hacia una interdependencia, asumiendo que todas las personas vamos a necesitar cuidados y ser proveedores de los mismos a lo largo de nuestra trayectoria vital” (Comas-d’Argemir y Bofill-Poch, 2021: 551).

En este marco de socialización de los cuidados debe entenderse también la ampliación a otras esferas. Y es preciso subrayar que más allá del “qué” se encuentra también el “cómo”. Es decir, **la extensión de determinados servicios debe ir acompañada de fórmulas que los hagan accesibles.** En términos generales, para la filósofa Victoria Camps (2011) existe un derecho a ser una persona cuidada y un deber de cuidar. De este modo, el cuidado debe ser contemplado como un valor esencial en la búsqueda de una sociedad más equitativa y debe de ser un derecho fundamental que el Estado debe garantizar. Asimismo, hay que poner en marcha medidas educativas que responsabilicen a hombres y mujeres en el cuidado, si bien es necesaria una implicación real por parte de los hombres. Y, si bien el Estado debe hacerse cargo del cuidado de las personas que lo necesiten, esto no debe implicar la inhibición total de la familia al respecto. Cuidar al que lo necesita es una obligación y responsabilidad compartida, por lo que las medidas asistenciales deberán ir acompañadas de medidas educativas hacia la ciudadanía.

En este sentido, **habría que abogar por la constitución de un sistema de cuidados basado en derechos de ciudadanía,** tal como ya lo son la sanidad y la educación. Paralelamente sería preciso trabajar en **campañas de sensibilización** en las que los cuidados sean una responsabilidad social y colectiva.

“Los modelos europeos están basados en la responsabilidad pública y la profesionalización. Mientras sigamos descansando en la beneficencia y el voluntariado, aquí no hay nada que hacer. Mientras no tengamos un sistema de servicios sociales basado en los derechos, cualquier cosa que integres en el sistema de servicios sociales -y el sistema de cuidados descansa en su mayor parte en el sistema de servicios sociales-, pues no, no avanzaremos” (GF Programas Autonomía SSB)

Con respecto a la ética de los cuidados, el Decreto foral 92/2020⁴ ya introduce este elemento estableciendo una serie de “principios éticos para la intervención social para que las entidades y personas titulares de servicios

4. Este DF está actualmente en fase de modificación: <https://participa.navarra.es/processes/proyecto-decreto-foral-serviciossociales-yACP>

puedan reflexionar, valorar y, en su caso, desarrollar, adaptar o adoptar, de forma lo más consensuada posible, por el valor que tienen para orientar la atención de las personas y la práctica profesional de quienes les atienden” (Departamento de Derechos Sociales, 2020b). La norma recoge el concepto de ética y será necesario seguir trabajando en su traslación práctica y acompañarlo de mecanismos de seguimiento y evaluación.

A nivel estatal, cabe señalar que a través de los fondos europeos Next Generation el Gobierno de España va a poner en marcha un “Proyecto Estratégico para la Recuperación y Transformación Económica (PERTE) de la Economía Social y la Economía de los Cuidados, una apuesta por un modelo productivo de demostrada eficacia económica e impacto social, que contará con 800 millones de euros para su desarrollo” (Moncloa, 2022). En este sentido, el Plan Reactivar Navarra se alinea con este PERTE y plantea acciones en torno a la innovación en los CLD para inversión en centros residenciales, centros de día y viviendas eficientes desde el punto de vista energético, inversión en formación de nuevos profesionales, en el incremento de las competencias de los profesionales y en la formación de los equipos directivos e inversión en nuevas tecnologías aplicadas a los cuidados de larga duración. Se presupuestan 53,8 millones de euros que se ejecutarán entre 2021 y 2026.

Asimismo, la puesta en marcha del Plan estatal de Choque en dependencia 2021-2023 supone un incremento de la financiación en la Comunidad Foral para introducir mejoras en este ámbito (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021). Como señalan Rodríguez et al. (2022), “el citado Plan pretende combinar estas actuaciones más inmediatas con una visión estratégica de las reformas a medio plazo que necesita el SAAD y de los cambios que es necesario impulsar en el modelo de CLD”.

Planificación de apoyos y cuidados adaptados a las necesidades y deseos de las personas⁵

La detección de las necesidades de las personas mayores ha de dar respuesta a la enorme diversidad existente en esta larga etapa vital. Para abordar estas cuestiones la planificación de servicios requiere un conocimiento de la realidad e impone estudiar las necesidades sociales. La garantía de la autonomía individual de una persona que empieza y afronta la última parte de su vida contempla de manera especial aspectos relativos a salud y movilidad (Doyal y Gough, 1994), pero también relacionados con su formación, vivienda, y capacidad de plantearse autónoma y críticamente su propia realidad (Subirats, 2016), sin olvidar necesidades humanas de afecto, compañía o seguridad. No obstante, las necesidades sociales no son estables, ni evidentes, varían en el tiempo y el ciclo vital, así como entre grupos sociales (Colectivo IOE, 1988). El mundo rural y urbano supone asimismo un elemento distintivo respecto a las necesidades y reproducción de desigualdades, en las que se originan las concreciones de las necesidades heterogéneas. La aplicación del concepto de necesidad viene determinada por las características de los servicios existentes; en este sentido, el avance hacia modelos menos jerárquicos, en los que la autonomía personal y la subjetivación cobren mayor importancia (Subirats, 2016) permitirá una mayor adaptación hacia las necesidades complejas, cambiantes y diversas de las personas que envejecen.

La planificación de los apoyos y los cuidados a las personas del modelo tradicional, si bien ha resultado un avance importante para quienes necesitan cuidados, ha de incorporar elementos que faciliten **la adecuación de los servicios y recursos de atención a sus deseos y preferencias** desde el reconocimiento de su heterogeneidad y el dinamismo de la necesidad. En esta línea, debe existir la capacidad de dar respuesta a un perfil con un nivel de exigencia que se prevé mayor tanto entre personas usuarias como entre sus familias. Por tanto, es preciso hablar de **itinerarios de cuidados flexibles, personalizados, adaptados a necesidades cambiantes y a las preferencias de las personas:**

5. Este epígrafe se ha construido a partir de la monografía solicitada expresamente para esta investigación (Marsillas y Sancho, 2022).

*“Que las personas tengan los recursos que necesiten, desde productos de apoyo a un acompañamiento o un servicio. Unos necesitan poco y otros todo. Y siempre favorecer la conciliación familiar y la dignidad humana”.
(Trabajo Social Sanitario 1)*

En síntesis, se señala **la necesaria combinación de los servicios disponibles, con el fin de que sean capaces de adaptarse a las necesidades existentes**, ya que si esto no ocurre no se podría hablar de un sistema efectivo y de calidad. Y estos itinerarios han de estar guiados, además, por el **enfoque ético de la atención centrada en la persona, así como la aplicación del criterio de diversificación de servicios**, que promueva la toma de decisiones y la participación de las personas en su atención.

La aproximación integradora, que incorpore servicios basados en la comunidad que no olviden el vínculo entre los individuos y su entorno físico y social resulta fundamental, especialmente entre las personas que viven solas y tienen necesidades de apoyo, ante la dificultad añadida de mantener los vínculos sociales (Sancho et al., 2015). De este modo, probablemente los apoyos hacia los que se avance serán redes más amplias, con más cuidados parciales, con gestores y proveedores del cuidado, con complementariedad de flujos de cuidado informal y formal públicos y privados y probablemente más en términos de trayectos pensadas con largo recorrido y flexibles (Puga, 2020).

Asimismo, este proceso transformador de los cuidados debe de asumir la necesaria perspectiva de género. La personalización de la atención y el enfoque del futuro modelo, en el que la historia de vida tiene un papel primordial, ha de contemplar las grandes diferencias que en estas generaciones se observan en relación con el género.

Pensar en un futuro de los CLD que ofrezca respuestas ajustadas a las realidades de las personas impone iniciativas de carácter social y comunitario que van desde la intervención urbanística para conseguir pueblos y ciudades más amigables con las personas mayores, hasta acciones de carácter preventivo en donde los servicios de orientación y consejo ocupan un lugar primordial para conseguir que las personas que envejecen tomen decisiones eficaces y satisfactorias sobre su futuro.

Por último, otra posibilidad sería la **creación en el marco administrativo de la Administración Foral de un organismo o institución que trabajara este gran reto**. Cabe remarcar al respecto que en otras regiones y países europeos ya se han creado instituciones -incluso con el rango de ministerios- dedicados específicamente a cuestiones relacionadas con el envejecimiento o las personas mayores.

Como elemento positivo hay que señalar el esfuerzo en Navarra para mejorar los marcos normativos relativos a la calidad de la atención en la provisión de los servicios del SAAD, incorporando elementos relativos a la personalización de la atención, el aseguramiento de la dignidad de trato y el ejercicio de los derechos de las personas usuarias, bien en la fase de autorización, bien en la fase de acreditación (Rodríguez et al., 2022). En este sentido, el Decreto foral 92/2020 aborda la planificación de las actuaciones partiendo de las necesidades de cada persona y haciendo que la propia persona tenga un papel activo en el proceso y buscando lo que es significativo para ella (Departamento de Derechos Sociales, 2020b).

Coordinación de equipos: formación y experiencias

Una demanda profesional recurrente durante el trabajo de campo ha sido la **coordinación y contacto entre personas que trabajan en el ámbito de los cuidados**. De ahí la necesidad de crear equipos capacitados, que es uno de los distintivos identificado como elemento de calidad de la esfera pública. De igual modo, es importante que las experiencias de trabajo en equipo en esta materia sean puestas a disposición de otros equipos, ya que existe un gran bagaje de conocimiento que no es suficientemente aprovechado.

En este sentido, el Informe de evaluación del SAAD del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (Rodríguez et al., 2022) señala la necesidad de “establecer mecanismos formales e informales donde compartir experiencias exitosas y detectar buenas prácticas que permitan ofrecer directrices y recomendaciones que puedan ser útiles para mejorar la calidad en la atención a la dependencia”. Por otra parte, el Libro Verde sobre Envejecimiento (Comisión Europea, 2021: 20) indica que “la integración de los cuidados a través de una estrecha cooperación y el intercambio de información entre profesionales, pacientes y sus cuidadores (incluidos los cuidadores no profesionales) tiene el potencial de contener el aumento de los costes de la asistencia sanitaria y social y contribuir a la independencia de las personas mayores”.

Este ejercicio de transferencia y divulgación de la práctica es la base para una atención de calidad. Además, como se detalla en el [Capítulo 05](#), esta práctica contribuiría también a la cohesión de la práctica desde la variable territorial y desde un enfoque local.

“Hay muchas actividades que ya se estaban haciendo y que se pueden poner en marcha, pero que, probablemente, sean en petit comité, muy reducidos, que no se están dando a conocer.” (GF Profesionales de Atención Primaria)

CAPÍTULO 01.

RESPONSABILIZACIÓN FAMILIAR Y FEMINIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

Capítulo 01.

RESPONSABILIZACIÓN FAMILIAR Y FEMINIZACIÓN DE LOS CUIDADOS

“Necesitamos una agenda política que considere los cuidados como un aspecto central del funcionamiento de las sociedades, que sea sensible a los conflictos de intereses en la familia y que reparta los cuidados de forma más equitativa” (Comas-d’Argemir, 2019: 26)

Las familias afrontan con dificultad la crisis de los cuidados derivada de la menor disponibilidad de las mujeres para cuidar por su incorporación masiva al mercado de trabajo, la escasa disposición e implicación de los hombres para el cuidado y la falta de recursos públicos. Todo esto supone una gran reorganización en la cobertura de las necesidades de cuidado, si bien las mujeres siguen asumiendo la responsabilidad de este asunto.

El modelo de cuidado a las personas mayores en España se apoya, muchas veces de forma exclusiva, en las redes familiares. Según refieren Rodríguez et al. (2022), “el 69,8% de las personas en situación de dependencia son atendidas única y exclusivamente por la familia, sin participación de ningún otro recurso del entorno. El 27,3% de las cuidadoras familiares son hijas y el 24,3% cónyuges, siendo la prevalencia de las mujeres esposas mucho más elevada que la de las parejas masculinas. Así, las mujeres son cuidadas por sus esposos en un 16,6% de los casos, mientras que éstos son atendidos por sus esposas en el 35,8% de las situaciones”.

Como se verá a lo largo del capítulo, este modelo de cuidado viene totalmente determinado por el modelo de bienestar mediterráneo o familista, que otorga a la familia un papel preponderante y que provoca graves consecuencias vitales principalmente sobre las mujeres. El siguiente testimonio concentra de forma ejemplar cuatro realidades: por un lado, el papel fundamental de la familia; por otro, la dependencia que imprime la condición “mujer” en cuanto a la faceta económica; en tercer lugar, evidencia cómo la responsabilización de los cuidados recae en las mujeres (hijas, etc.) y, por último, cómo también la necesidad de acudir al espacio de cuidado privado acaba nuevamente reforzando la presencia femenina:

“A mí, gracias a lo que gana mi marido. Yo vivo con mi hija. Pero a la que tengo la tengo por la mañana y viene y todo a ponerme el pijama. Todo tienen que hacerme y se porta muy bien. Le pago bien, pero...” (GF Personas usuarias Centro de Día)

Junto con este modelo de bienestar, otra causa identificada en la responsabilización familiar de los cuidados es el hecho de que el sistema de servicios sociales debe de ser fortalecido. Todo esto conlleva situaciones de gran precariedad y sobrecarga familiar, así como una escasa valoración otorgada a las tareas de cuidado. Finalmente, la propuesta planteada es la democratización de los cuidados, que supone el reconocimiento tanto al hecho de cuidar como de recibirlos, así como una verdadera redistribución de este trabajo.

Causas identificadas

Se han identificado dos motivos por los que las familias asumen la responsabilidad de los CLD:

- El modelo de bienestar mediterráneo determina el cuidado de las personas mayores.
- La fragilidad del cuarto pilar del Estado de Bienestar.

El modelo de bienestar mediterráneo determina el cuidado de las personas mayores

En 1990 Esping-Andersen clasificó los regímenes de bienestar en tres modelos: liberal (países anglosajones), socialdemócrata (países nórdicos) y conservador (Europa continental). A esta clasificación se añadió posteriormente el modelo mediterráneo, en el que se enclava España junto a Italia, Grecia y Portugal. Las políticas de CLD presentan diferencias en intensidad, modos de provisión, diseño institucional y variedad de programas según los modelos (Albesa, 2021) pero, de cualquier modo, afrontan retos similares tales como “la gobernanza de sistemas altamente descentralizados; la mejora de sistemas de provisión mixta de servicios en los que intervienen las administraciones públicas y proveedores privados mercantiles y de la economía social; la gestión de la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios; el reto de garantizar una oferta de empleo estable y de calidad; la financiación y sostenibilidad del gasto a largo plazo en un contexto de envejecimiento y longevidad” (Rodríguez et al., 2022).

Para Moreno y Del Pino (2015: 12) algunos de los rasgos distintivos del modelo mediterráneo están cambiando impulsados por las transformaciones de la familia. Los autores profundizan en el aumento de los “nuevos riesgos sociales”, conceptualizados como “riesgos a los que la gente se enfrenta a lo largo de su vida y que son el resultado de los cambios demográficos, la transformación de los mercados de trabajo y los contextos sociales asociados con la transición al orden postindustrial”. Estos riesgos plantean nuevos desafíos a los Estados de Bienestar vinculados con el envejecimiento de la población, la transformación de los mercados de trabajo y los cambios en los valores sociales.

De este modo, el envejecimiento de la población junto con el menor tamaño de las familias y la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral producen importantes cambios en la estructura de organización y provisión de los cuidados, que no se ha visto compensada por una oferta suficiente de servicios formales de cuidados. La transformación de los mercados de trabajo conlleva a menudo, entre otras consecuencias, bajos salarios y empleos de mala calidad. Y la evolución de los valores sociales (individualismo, secularización, democratización de las relaciones sociales) comportan cambios en las relaciones de género dentro de las familias. A su vez, se normalizan otros tipos de familia como las monoparentales, reconstituidas y unipersonales, mientras que los hogares tienen menos miembros y todo ello da lugar a una reducción de los apoyos sociales e informales y a un aumento de las necesidades de cuidados de menores y personas mayores dependientes.

En este contexto de modelo mediterráneo familista y nuevos riesgos sociales, los CLD adquieren unas características propias, si bien existen algunos elementos comunes al resto de modelos europeos (Sánchez et al., 2021). De este modo, prácticamente, en ningún país de la UE la función familiar de cuidados ha retrocedido de forma completa, “se podría decir incluso que los nuevos sistemas refuerzan el papel de la familia en cuanto a cuidados mediante la garantía de prestaciones que facilitan dicha función tradicional” (Rodríguez, 2020). También en España, como en el resto de Europa, los cuidados se desarrollan en un espacio compartido entre la familia, el sector público y el sector privado.

A continuación, se reseñan algunas de las principales características del modelo de CLD en España en relación con la responsabilización familiar y la feminización de los cuidados.

- La familia es el principal eje de los CLD. Los cuidados informales (familiares) son los que tienen mayor peso y dependen todavía en buena medida del trabajo gratuito de las mujeres dentro de las familias. Los cuidados han sido invisibilizados porque se llevan a cabo dentro de la familia de forma gratuita y altruista; porque no son catalogados como trabajo y porque los llevan a cabo las mujeres por estar naturalizados (Comas-d'Argemir 2019). Se asume que los CLD se fundamentan en las relaciones familiares y de género, lo que afecta a su visibilidad y reconocimiento social.

- Esta naturalización de los cuidados por parte de las mujeres se traslada al mercado laboral. En 2021 había en España “709.900 mujeres trabajadoras que se dedicaban a esta actividad y que representan al 7,8% de las mujeres ocupadas en España, sin que en ninguna otra actividad se encuentre esta capacidad de concentración femenina. Cuando cuidar se convierte en un trabajo asalariado incorpora los elementos culturales que determinan su valoración social y, por lo tanto, también experimenta una notable precariedad e invisibilización” (Rodríguez et al., 2022). Así, los cuidados formales son minoritarios y se caracterizan por un bajo grado de profesionalización y elevados niveles de feminización y de precariedad laboral, que contrasta con el modelo de países escandinavos o centroeuropeos (Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia del Gobierno de España, 2021).

- La impronta de los cuidados informales y la feminización de los mismos han conllevado un menor desarrollo del sistema de CLD en España. Rodríguez et al. (2022) dicen que “la diversidad de ayudas y recursos o fragmentación de la atención mitiga la implicación familiar, pero no es suficiente para reducir su intensidad: El 46,1% de las personas cuidadoras convivientes proveen asistencia durante más de diez horas al día, mientras que el 44,0% de las personas cuidadoras contratadas tiene una presencia de menos de dos horas diarias. En este modelo los servicios sociales públicos y la privatización de los cuidados se convierten, por tanto, en recursos residuales con respecto a la atención que ofrece la parentela”.

- Se consolida la mercantilización de los cuidados en los hogares: “La Encuesta EDAD 2020 indica que el 22,9% de las personas en situación de dependencia reciben asistencia de diversos agentes de provisión, siendo el servicio doméstico la vía principal de privatización. El familismo está encontrando nuevas formas de expresión a través de la mercantilización de los cuidados. Ello contribuye a que disminuyan las cargas de cuidados sobre los hogares, aunque la gestión siga recayendo sobre la parentela. La fórmula de organizar los cuidados a través del empleo del hogar y otras personas remuneradas responde a una estructura familista modificada, donde se externalizan las actividades, pero se mantienen dentro del hogar y en manos femeninas, es decir, replicando el modelo de organización familiar tradicional” (Rodríguez et al, 2022).

Todos estos factores han provocado que gran parte de los cuidados, actividades asistenciales y servicios sean otorgados por los entornos familiares e incluso que el propio Estado cuente con esta institución a la hora de plantear sus servicios. De este modo, este sistema familista potencia los lazos de las interdependencias, pero coloca en situación de riesgo a aquellos colectivos que no tienen los lazos familiares tan estrechos o los tienen sobrecargados con otras tareas (criaturas, empleo, personas enfermas o desempleadas...). En síntesis, las estructuras, entramados, estados y relaciones familiares acaban condicionando la articulación de cuidados.

ALGUNOS DATOS PARA NAVARRA

En la encuesta realizada en el marco de esta investigación (ORS, 2022c) se preguntó a las personas mayores si saben a quién recurrir en el caso de necesitar ayuda para las actividades básicas de la vida diaria y cuáles serían esas personas a las que acudirían. Así, prácticamente 8 de cada 10 personas mayores sabrían a quién acudir (un 81% de las mujeres frente al 75% en los hombres). Es decir, existe un mayor desconocimiento entre los hombres mayores frente a las mujeres. Por su parte, el carácter familista de la atención a los cuidados en Navarra queda patente entre quienes respondieron que sí sabrían a quién recurrir en caso de necesitar ayuda, ya que el 42% acudiría a sus hijos e hijas. Este porcentaje aumenta considerablemente si el concepto de familia se toma en un sentido más extenso (cónyuge, pareja, hermanos y hermanas), alcanzando un porcentaje del 73%. Es decir, 3 de cada 4 personas en Navarra pediría ayuda a la familia en caso de necesitarla. Acudir a los servicios sociales es una opción para el 18% de las personas y tan solo un 5% acudiría a una residencia.

Con respecto a las tareas concretas para las que las personas mayores necesitan apoyos, el porcentaje de quienes responden realizar la actividad sin ayuda y apoyo supera el 75%. En el caso de las personas de entre 65 a 79 años el dato alcanza el 82%, mientras que desciende al 58,5% para los mayores de 80 años. Entre las actividades donde más autonomía tienen las personas encuestadas destaca el cuidado de la higiene y cuidado personal con el 88% que puede hacerlo sin ayuda, seguido de visitar amigos y pasear (84%), hacer gestiones o recados (80%), realizar tareas y arreglos domésticos (78%) y tareas que requieren cierta planificación (76%). En actividades donde es necesario el conocimiento informático o tecnológico tan solo un 32% puede realizarla sin ayuda.

Las tres personas u organismos que más les ayudan son, por orden de atención: el cónyuge o pareja (37%); hijos e hijas que no conviven (40%) y, en tercer lugar, se nombra a otros familiares (26%). La pareja o el cónyuge es nombrada en mayor medida por hombres en las primeras menciones, mientras que las mujeres nombran en mayor porcentaje a hijos que no conviven. Por edad, las personas de 65 a 79 años también aluden más a la pareja o cónyuge que los de mayor edad. Los mayores de 80 años nombran en primer lugar en mayor porcentaje a hijos que no conviven y destaca también la opción de personal empleado del hogar o cuidador.

En relación a la preferencia por el cuidado, el 67% de las personas entrevistadas preferiría que le cuidara un familiar, seguido por la Administración y por la Administración junto a la familia (ambas con un 23%). Es decir, las personas, si bien desean ser cuidadas mayoritariamente por las familias, también le exigen protagonismo a la Administración en los cuidados (46%). Los servicios privados ocupan el tercer lugar (12%). En menor medida se nombra a amistades, vecindad y organizaciones de voluntariado (2% y 1% respectivamente).

La fragilidad del cuarto pilar del Estado de Bienestar

Durante el trabajo de campo emergió una crítica constante sobre la debilidad del sistema de servicios sociales, sin asimilación posible a otros sistemas en donde los recursos, la financiación y el valor social otorgado cuenta con una mayor legitimación social; es un sistema que presenta un perímetro peor definido y más descentralizado (Martínez Virto, 2021). De este modo, se constata que, concretamente, el sistema de cuidados debe fortalecerse y expandirse con el fin de que el cuidado no siga recayendo en las familias y muy principalmente en las mujeres:

“Siempre están hablando de nosotros como un pilar fundamental del Estado de bienestar, pero yo me miro en otros pilares y aquí no tenemos todos lo mismo. Ni el mismo reconocimiento social ni los mismos medios ni infraestructuras, es que somos el cajón de sastre de todos los sistemas de protección cuando no funcionan, porque cualquier cosa que vaya mal en el ámbito que sea, vaya usted al servicio social” (GF Programas Autonomía SSB)

Así, por ejemplo, se contraponen las fortalezas del sistema de servicios sociales y de salud. Mientras éste último es universal para la ciudadanía, el de servicios sociales se encuentra en una posición de partida marcada por su variabilidad, presencia de diferentes administraciones en su gestión y su mecanismo altamente burocratizado de reconocimiento de prestaciones.

“Esto no es Salud. O por lo menos el sistema no está montado como Salud en donde nadie cuestiona que sea un sistema gratuito y universal para todo el mundo y que te pueden hacer una operación de corazón, aunque tengas 200 millones de euros. El sistema de servicios sociales es el que es y la mirada hacia el gasto social también tiene que cambiar... (...) a veces hay como un doble discurso, nos preocupan mucho los mayores y sobre todo después del Covid, pero eso tiene que tener un reflejo... es un tema que afecta a toda la sociedad tanto a la hora de participar económicamente en tus cuidados, como a la hora de sostener con impuestos el sistema” (Dpto. Derechos Sociales 2)

En general, la calidad de la atención a las personas mayores en Navarra no se pone en entredicho, si bien se considera que las atenciones a los CLD constituyen un problema estructural del sistema de servicios sociales, puesto que presenta dificultades para adaptarse a los nuevos retos.

“Si yo tuviera que decir cómo están los cuidados en Navarra tendría que decir que muy bien porque cualquier otro calificativo me parece que sería no ser conscientes de a qué hemos llegado (...). Lo que pasa que no es un tema puntual, es mucho más estructural y por lo tanto más complicado” (Prof. UPNA 1)

En el trabajo de campo se ha evidenciado un gran consenso acerca de la necesidad de un cambio en las metodologías de trabajo de los servicios sociales, pasando de un modelo de atención a situaciones agudas, urgentes, a un modelo en el que se trabaje de forma proactiva, mediante rutas y procesos asistenciales predefinidas; este tipo de intervención ya se está llevando a cabo, por ejemplo, en algunas Estrategias de Salud. Igualmente es necesario conocer la población diana a la que se dirige la política pública, estando el sistema de servicios sociales muy lejos de contar con un “radar” que facilite la estratificación de perfiles; es preciso acercarse a demandas que no llegan y detectar previamente situaciones vulnerables:

“Nos hace falta trabajar de otra manera, estamos acostumbrados a trabajar de manera reactiva, atender un problema cuando se produce, no nos adelantamos a enrutar todo bien. Tenemos que actuar proactivamente en prevención porque si no siempre vamos a ser reactivos a la necesidad y ya vamos tarde. (...) No se conoce lo que hay en ese universo, porque solamente conoces lo que te llega. Hay que acercarse a lo que no llega” (Responsable sociosanitario 3)

En relación a la necesidad de “acercarse a las demandas que no llegan” y la falta de detección previa de situaciones vulnerables, desde una unidad de trabajo social sanitario expresan las consecuencias dramáticas de este tipo de gestión reactiva:

“Hay muchos déficits, muchas situaciones que se dan en los domicilios que realmente son dramáticas y cuando ingresan aquí y vemos lo que han pasado en casa te llevas las manos a la cabeza. A veces no se ha detectado desde Atención Primaria, si una persona que no acude al centro de salud o va a poco, nadie detecta esa situación, a veces es un vecino el que avisa. Se da en personas solas e incluso en matrimonios mayores que igual no tienen hijos, sin red” (Trabajo Social Sanitario 1)

Por último, destacar que, a través de los fondos europeos Next Generation, el Departamento de Derechos Sociales pretende poner en marcha un Instituto de Investigación, Innovación y Desarrollo de Soluciones para afrontar el envejecimiento y la dependencia que dé respuesta a una de las principales carencias detectadas en el Sistema de Servicios Sociales: la falta de herramientas de gestión del conocimiento y de I+D+i específicamente orientados a este ámbito.

Consecuencias derivadas

En este apartado se abordan dos consecuencias principales:

- **La sobrecarga familiar.**
- **El escaso valor social otorgado a los cuidados.**

La sobrecarga familiar

La falta de desarrollo de una red potente de recursos que cubra las necesidades de cuidado junto con el auge de las prestaciones económicas de cuidados en el hogar ha conllevado que las familias (mujeres) sigan asumiendo y reforzando su rol de cuidadoras o bien se recurra a servicios y contrataciones de carácter privado, muchas de ellas protagonizadas por mujeres inmigrantes: “se estima que en España casi el 80% de las cuidadoras (en su mayoría son mujeres) siguen siendo familiares, y las personas mayores siguen identificando a la familia como el marco ideal en el que ser atendidos, a pesar de los conflictos que el ejercicio del cuidado supone para las familias, especialmente el cuidado de larga duración” (Elizalde, 2018: 247).

Las familias exteriorizan cómo se ven sobrepasadas por el carácter gradual y absorbente de este tipo de situaciones donde, además, la ausencia de apoyos obliga a cierta improvisación con el riesgo que ello conlleva en la calidad del cuidado:

“Es que no es fácil cuidar a una persona mayor. Es que, además, no lo sabes, o sea, no sabes cómo moverla, no sabes cómo alimentarla. (...) Vas preguntando a gente un poco: ¿Tú cómo lo llevas? Pero tampoco tienes más herramientas” (GF familiares Pirineo)

En términos generales podría afirmarse que el sistema de cuidados tiene una condición paradójica ya que, si bien adquiere una representación en cierta medida institucionalizada, precisa de apoyos informales (fundamentalmente familiares y, sobre todo, por parte de las mujeres) para su desarrollo y que dependen de diversos factores (extensión familiar, redes de apoyo disponibles, situación laboral, etc.):

“Tengo la suerte de tener una red de gente alrededor, cosa que no todo el mundo tiene” (GF familiares Pirineo)

Siguiendo a Mier *et al.*, (2007), la asunción del trabajo de cuidados por parte de las mujeres tiene consecuencias en diversos planos, también abordadas en el [Capítulo 02](#) del presente estudio:

- Costes emocionales: las tareas de cuidados son muy diversas y exigen no solo atender a la persona mayor, sino también tareas domésticas. El cuidado conlleva un carácter continuo y requiere de una atención constante, por lo que la vida de las mujeres gira y se organiza en torno al cuidado. En esta dirección, es frecuente la extensión de situaciones en las que se siente que, a pesar de todo lo realizado, nunca es suficiente.
- Consecuencias físicas: varían según la dependencia de la persona cuidada, pero es obvio que la energía y el esfuerzo físico ejercido implican situaciones de estrés y de carga psicológica.
- Costes temporales: las tareas de cuidado condicionan enormemente el tiempo libre de las cuidadoras.
- Costes de la vida afectiva y relacional: hay una pérdida de relaciones sociales e informales. “Se pierde contacto con las amistades y abandonan muchas de las actividades o hábitos que tenían antes de que ejercieran de cuidadoras. En ocasiones existe una imposibilidad total de verse con otra gente, lo cual frustra y aísla a la cuidadora” (Mier *et al.*, 2007: 33).
- Costes personales: el cuidado de las personas mayores puede conllevar en las personas cuidadoras pérdidas relacionadas con proyectos o ambiciones personales.
- Costes económicos y laborales: el cuidado, sobre todo si la persona requiere de ayudas técnicas o profesionales, acarrea gastos económicos. Asimismo, la situación laboral de las mujeres puede también verse agravada si deben abandonar su trabajo remunerado o reducir su jornada laboral. La búsqueda de un trabajo en estas circunstancias es sumamente complicada porque, como se ha señalado, el cuidado se vuelve central.

En este sentido, socialmente hay una demanda de mayor apoyo institucional a las cuidadoras y sus familias en términos de formación, apoyo psicológico, grupos de autoayuda, actividades de respiro, etcétera, de modo que se puedan evitar situaciones de sobrecarga familiar.

“Ya que uno de los objetivos de bienestar social es mantener a las personas en su domicilio el mayor tiempo posible vemos imprescindible la formación a las familias para el cuidado de su familiar en el domicilio: técnicas de movilización, manejo conductual, adaptaciones en el domicilio... se llevaría a cabo a través de cursos, talleres o aquello que se vea conveniente según la zona donde se imparta” (Trabajo Social Sanitario 2)

El escaso valor social otorgado a los cuidados

La querencia de las personas mayores por la permanencia en el domicilio cuando necesitan cuidados, la responsabilización familiar, la naturalización femenina de los cuidados y la división sexual del trabajo derivados del modelo de bienestar mediterráneo conllevan la invisibilización y el escaso reconocimiento al trabajo de cuidar y dificultan el avance hacia sistemas de profesionalización.

Recio *et al.* (2015: 186) señalan que “a diferencia de lo que sucede con los hijos, los cuidados de los mayores no se planifican, aparecen sin estar preparado para ello y se perciben como un problema individual que depende de cada familia (...) Los cuidados aparecen como un objetivo en sí mismo, que condiciona la vida de los cuidadores, lejos de pensarse como una necesidad social que, en mayor o menor medida, afecta a todos y, por lo tanto, que demanda respuestas políticas en términos de voluntades y recursos”.

“Si todo esto que aportan a las familias, las cuidadoras informales, lo tuviéramos que pagar como sistemas... habrá que empezar a cuantificar eso, a ponerle cara y ojos a esas situaciones e intentar apoyar eso, pero tenemos un papel subsidiario, eso no puede ser” (Responsable sociosanitario 3)

Además, la misma autora proporciona otra clave al apuntar el propio contenido del trabajo, invisibilizándose los saberes necesarios para el buen cuidado:

“un trabajo socialmente vinculado al trabajo doméstico y familiar, femenino e invisible, explica las dificultades para prestigiar los saberes relacionados con el desempeño del trabajo de cuidados de larga duración. La construcción de la cualificación profesional se realiza bajo esos supuestos y es asumida por la mayoría de profesionales, quienes naturalizan las habilidades aprendidas y las capacidades necesarias para desempeñar con calidad el trabajo de atención a las personas. No se valoran los saberes necesarios para el buen desarrollo de una actividad de estas características, no se tienen en cuenta aquellos saberes indispensables para la generación del bienestar de la persona cuidada” (Recio et al. 2015: 190)

En este sentido, es necesario conseguir un nivel de sensibilización y concienciación de que toda la sociedad debe estar involucrada en los cuidados, apostando, reconociendo y ensalzando este trabajo. Visibilizar y dar valor a los cuidados significa ponerlos en el centro del debate público, para mejorar los recursos, dignificar las profesiones de cuidados y establecer los medios para garantizar los cuidados adecuados en todos los entornos.

Propuesta de mejora

Un adecuado desarrollo del sistema de CLD se asentaría en una propuesta que trasciende el ámbito foral, como es **la democratización de los cuidados, que supone el reconocimiento tanto al hecho de cuidar como de recibir cuidados, así como una verdadera redistribución del trabajo de cuidado**. La distribución de estas tareas coloca a las mujeres (autóctonas e inmigrantes) en una situación de clara desventaja y vulnerabilidad, por lo que revisar las condiciones en las que se producen los cuidados e involucrar a toda la ciudadanía se torna imprescindible.

La democratización de los cuidados

El incremento de los CLD sigue conllevando más responsabilidad de cuidado para las familias en general y para las mujeres en particular, ya que “el cuidado familiar es más frecuente en países que tienen una menor inversión en materia de CLD y en países que tienen un énfasis mayor en las prestaciones económicas” (Sánchez et al., 2021: 181). Además, en los países del sur de Europa, las necesidades de CLD son más acuciantes entre los sectores con menos recursos y se generan más desigualdades sociales entre aquellos hogares que puedan articular una respuesta a través del mercado y aquellos que no puedan hacerlo. De ahí que, para superar las limitaciones del propio modelo, será necesario desarrollar más servicios e incorporar a un mayor número de actores comunitarios en la atención de la población en situación de dependencia (Sánchez et al., 2021 y Martínez, 2019).

En este escenario, los CLD se convierten en un asunto social y político que requieren una implicación mayor de los hombres y del ámbito comunitario, no sólo de las Administraciones y de las mujeres, como actores principales para atender las necesidades crecientes. De este modo podremos democratizar los cuidados, lo que supone “vincular derechos y cuidados a la justicia social y a la equidad de género” (Comas-d’Argemir, 2019: 17). Para

la autora, **democratizar los cuidados conlleva construir un sistema sostenible para toda la ciudadanía involucrando a los poderes públicos, las familias y la comunidad, potenciando un sector generador de empleo que apueste por la profesionalización y la mejora de las condiciones (Capítulo 04)**. Dicha democratización pasa por unos ejes que deben darse de forma simultánea:

1. Promover el reconocimiento del cuidado y de su centralidad, visibilizando el papel que lleva a cabo. Este reconocimiento se consigue a través de la valoración simbólica y social, la garantía de un acceso universal a los cuidados desde la singularidad y la certeza de que no se realice a costa de otras personas.
2. Socializar las responsabilidades del cuidado definiendo el papel que se ha de otorgar a la familia, al Estado, al mercado y a la comunidad en la organización social del cuidado. De este modo, se debe de garantizar la provisión pública de cuidados que garantice el acceso universal con independencia de los ingresos individuales. En relación al papel del mercado, se debe de potenciar la colaboración público-privada con entidades que conozcan la situación de determinados colectivos sociales y promover que el empleo, tanto en centros como doméstico, tenga condiciones de trabajo dignas. Con respecto a la sociedad civil, se deben de impulsar y facilitar el desarrollo de iniciativas de autogestión y comunitarias para la provisión de los cuidados, como un elemento de innovación social en el que se incluya también la formación ajustada a las necesidades.
3. Corresponsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres para eliminar la (mal)división sexual del trabajo. Los hombres se deben incorporar a los CLD, tanto de forma remunerada como no remunerada, reconociendo la inexistencia de referentes en los que apoyarse.
4. Tener en cuenta los derechos y las demandas de las personas receptoras de cuidados, en función de su ciudadanía y no solo como consumidores. Todas las personas necesitamos cuidados a lo largo de las etapas vitales, pero en algunas de ellas el cuidado se intensifica, por lo que será necesario tener en cuenta las demandas y derechos de las personas que son cuidadas.

Por último, cabe señalar que la Ley Foral 17/2019 de igualdad entre mujeres y hombres, así como el Plan estratégico para la igualdad entre mujeres y hombres de Navarra ahondan en la necesidad de dar valor a los cuidados. La Ley indica que el Gobierno de Navarra analizará las desigualdades en relación al cuidado entre hombres y mujeres y promoverá políticas activas que impulsen la corresponsabilidad social del trabajo reproductivo, ahondando en dignificar las condiciones de las cuidadoras no profesionales. Por otro lado, el Plan estratégico señala en su objetivo estratégico 5 la necesidad de reconocer el valor de los cuidados para el sostenimiento de la vida. Para ello plantea acciones para desmontar los estereotipos y creencias en torno a los cuidados; disponer de información para conocer la situación de Navarra; fomentar el compromiso de las administraciones para poner en el centro de las políticas públicas los cuidados y promover un cambio de modelo de reparto y distribución, asegurando la calidad del empleo de quienes trabajan en este ámbito.

CAPÍTULO 02.

EL MOSAICO DE RECURSOS PARA LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO

Capítulo 02.

EL MOSAICO DE RECURSOS PARA LA PERMANENCIA EN EL DOMICILIO

“En el caso del Programa de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, se revisará el modelo de atención domiciliaria y de prestaciones ‘domiciliarias’ del SAAD para configurar un modelo flexible y eficaz, centrado en la persona”.
(Dirección General de Inclusión y Protección Social de Gobierno de Navarra, 2019: 55).

La voluntad mayoritaria de las personas mayores es seguir envejeciendo en su propio hogar mientras puedan hacerlo (Fundación Helpage, 2021; ORS, 2022c). Múltiples testimonios avalan esta voluntad: “Lo que está claro es que la preferencia es cuidados desde el propio domicilio, lo cual es totalmente entendible” (GF Profesionales de Atención Primaria). Este deseo, lejos de ser una aspiración individual, viene avalado por la OMS (2015), que resalta que el lugar en donde se envejece tiene impactos importantes sobre la salud de las personas; el hacerlo en un lugar conocido aumenta los niveles de confianza, independencia, y autonomía.

Un adecuado sistema de cuidados en el domicilio respeta las preferencias personales, impacta positivamente sobre su salud, supone un apoyo a las responsabilidades de los cuidadores familiares e implica ahorro para la administración en comparación con la alternativa de la institucionalización, salvo en casos de dependencia extrema donde la necesidad constante de cuidados puede llevar a que la asistencia a domicilio resulte más cara y de menor calidad.

En Navarra, la Administración foral trata de garantizar la permanencia en el domicilio de las personas mayores a través de diversos servicios y ayudas económicas. Los principales recursos son los siguientes:

- 1. Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia:** tiene como objetivo diseñar, promover, difundir y apoyar programas, planes o actividades cuyo fin fundamental sea la promoción de la autonomía personal, la prevención de la dependencia y el envejecimiento activo.
- 2. Servicio de atención domiciliaria municipal (SAD):** ofrece apoyo personal, doméstico, psicosocial y técnico para posibilitar a las personas reconocidas como dependientes la permanencia en su entorno habitual.
- 3. Servicio de teleasistencia avanzada:** con carácter preventivo, consiste en la instalación en el domicilio de un dispositivo electrónico conectado a una central, con el fin de proporcionar seguridad a las personas y responder a situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento que puedan producirse, movilizándolo todos los recursos necesarios para dar respuesta a las mismas.
- 4. Servicios de atención diurna/nocturna:** se presta en un Centro de Día o estancia diurna en un servicio residencial para ofrecer durante el día/noche atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales, facilitando la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras.

5. Servicio de transporte adaptado y asistido: ofrece transporte adaptado y/o de apoyo personal para facilitar la asistencia a servicios y programas garantizados para las personas con dependencia.

6. Prestación económica para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas: destinada a la obtención de los cuidados necesarios para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria en el domicilio.

7. Prestación económica de asistente personal: destinada a contratar una asistencia personal, durante un número de horas, que facilite a la persona beneficiaria el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más independiente en el ejercicio de las actividades de la vida diaria con la finalidad de promover su autonomía personal.

8. Prestación económica vinculada al servicio: otorgada a personas que, teniendo derecho a un servicio de la Cartera de Servicios Sociales, no tienen posibilidad de acceder a él en una plaza pública y deben acudir a centros de día y residenciales de entidad privada.

9. Prestación económica cuidadores profesionales: destinada a contribuir a que las personas dependientes puedan obtener unos cuidados profesionales y favorecer su permanencia en el domicilio.

El V Informe sobre la Dependencia en Navarra (ORS, 2022a: 19) señala que la relación entre la proporción de servicios y de prestaciones económicas es, desde 2019, favorable a los primeros: “en 2021 los servicios supusieron el 54% del total de prestaciones, tres puntos más que en el año anterior. En cifras absolutas esto se traduce en 10.086 servicios frente a 8.717 prestaciones económicas. Dicho esto, a pesar del ligero distanciamiento de los servicios en el último año, estos dos bloques presentan un peso bastante igualado y estable a lo largo del tiempo”.

Es importante señalar que la opción de recurrir a una ayuda económica es versátil, puede favorecer la autonomía y simplificar los trámites y procedimientos. Pero, a su vez, “requiere de la valoración, el acompañamiento y seguimiento a las personas desde los servicios sociales y por gestores de casos, así como una dotación económica suficiente, evitando la discriminación por razón de la situación económica y el género. Esta opción es compatible con la necesidad de seguir ampliando y reforzando una red de servicios públicos de calidad e innovadores” (Rodríguez et al., 2022).

La encuesta realizada para este estudio (ORS, 2022c) preguntaba a las personas mayores sobre dónde les gustaría vivir en el caso de necesitar ayuda para ALGUNAS actividades básicas de la vida diaria, resultando que al 86% les gustaría vivir en el hogar, seguido de un 10%, al que le gustaría vivir en una residencia de mayores y al 5% en un hogar adaptado. Las opciones menos nombradas son en el hogar del hijo e hija y en vivienda compartida (ambas con un 2%).

Cuando se sitúa la necesidad de ayuda para TODAS las actividades básicas de la vida diaria, al 64% de las personas encuestadas les gustaría vivir en el hogar que residen, seguido de una residencia para personas mayores (28%) y un hogar adaptado (14%). El hogar con el hijo e hija, la vivienda compartida y otro tipo de alojamiento vuelven a ser las opciones menos nombradas. Las personas mayores de 80 años vivirían en menor proporción que el resto en una residencia.

En relación a la adaptación de los hogares en el caso de que las personas necesitaran ayuda, el 72% considera que sus hogares estarían adaptados, mientras que para el 25% no lo estaría. Para éstos la necesidad más sentida es mejorar el acceso al hogar en relación al ascensor o accesos más amplios (56%). En segundo lugar, el 30%

debería adaptar el cuarto de baño y el 29% las puertas, principalmente para pasar con silla de ruedas. Más minoritariamente un 8% debería adaptar la cama, un 4% piensa que todo en general y un 3% menciona la silla de ruedas.

A la pregunta sobre qué tipo de ayuda o prestación preferiría si en el futuro llegase a necesitar ayuda, el servicio más demandado es el SAD para tareas del hogar y cuidados personales (73%), seguido de ayudas económicas por estar al cuidado de personas mayores (68%). La telealarma o teleasistencia es demandada por el 65% y la ayuda para acceder a aparatos y sillas de ruedas es preferida por el 63%; un 60% demanda el servicio de comida y lavandería y la ayuda para la adaptación de la vivienda. Con porcentajes que superan el 50% se encuentran los centros de personas mayores, los centros de día y las residencias para estancias temporales.

Visto el mayoritario deseo de las personas mayores de permanecer en sus domicilios, este capítulo incide en aquellas causas que la dificultan y que tienen que ver con la necesidad de desarrollar en mayor medida aquellos recursos que la promueven (servicios de prevención, SAD, centros de día, recursos intermedios y accesibilidad de las viviendas). Su falta de desarrollo conlleva serias consecuencias que dificultan dicha permanencia en el domicilio, por lo que se plantean diversas propuestas de mejora que pivotan sobre el desarrollo de recursos diversos.

Para finalizar, sería interesante introducir prácticas innovadoras y experiencias piloto que permitan el desarrollo de nuevos servicios y otras metodologías de trabajo. Algunas buenas prácticas e innovaciones en Europa son los pagos directos en Reino Unido, la libre elección de entidades proveedoras en Suecia, el apoyo autodirigido en Escocia, el SAD intensivo de diversos países, las visitas domiciliarias y programas de rehabilitación a domicilio de los países nórdicos, etc. ([véase Anexo 4](#)).

Causas identificadas

En Navarra es necesario ampliar y reforzar la red de recursos para la permanencia en el domicilio de las personas mayores. Los discursos recogidos manifiestan **una insuficiente dotación, desarrollo y/o adaptación de:**

- Las iniciativas de prevención de la dependencia y experiencias de desarrollo comunitario.
- El Servicio de Atención a Domicilio (SAD).
- La red de Centros de día y de transporte para el acceso a recursos.
- Los recursos intermedios cuando la dependencia es temporal.
- La accesibilidad de las viviendas.

Las iniciativas de prevención de la dependencia y experiencias de desarrollo comunitario

La LAPAD tiene por objeto (Art. 1) regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. A pesar de esta doble vertiente (derecho a la autonomía y protección a la dependencia), la propia ley dirigió su acción protectora hacia el soporte de la dependencia y se desarrollaron de forma insuficiente las prestaciones de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía (Marbán, 2019).

Las prestaciones de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal (Art. 21 LAPAD) han ido ganando peso en el conjunto de servicios a nivel estatal, pasando de constituir el 1,43% del total de prestaciones en 2010 al 3,96% en 2021 (IMSERSO, 2021). Sin embargo, su presencia es poco relevante

“lo que lastra el desarrollo de la prevención y el fomento de la autonomía personal como pilares básicos del sistema. Por todo ello es necesario seguir expandiendo la oferta y la calidad de servicios públicos a domicilio y comunitarios y los de prevención y rehabilitación dada su buena relación coste-efectividad y porque contribuyen a garantizar que las personas puedan seguir viviendo el mayor tiempo posible en su propio domicilio si así lo desean” (Marbán, 2019: 33).

En Navarra, la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general, aprobada por el Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, establece el servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia como un recurso garantizado para las personas en situación de dependencia. El objeto del recurso es desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

El incremento en los últimos años de las personas que utilizan el servicio de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía en Navarra ha sido notable: en 2015 fueron 59, mientras que en 2021 la cifra llegó a 453 personas, casi ocho veces más (ORS, 2022a: 21). Cabe señalar que “las personas dependientes moderadas representan el 65,6% de las ayudas a la prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, lo cual concuerda ya que el colectivo de las personas con dependencia moderada es el más susceptible de recibir atenciones de cara a la prevención y no agravamiento de su dependencia” (ORS, 2021a: 24).

En las entrevistas llevadas a cabo se incide en que, en Navarra, se debe de trabajar de forma más intensa en acciones que desarrollen la prevención y promoción, incidiendo en el beneficio que esto conlleva tanto para las personas mayores como para sus familias.

“Cuando una persona mayor todavía es autónoma, si ponemos recursos para las familias, si invertimos en domicilios de manera previa, no llegaríamos a ciertas situaciones”. (Trabajo Social Sanitario 3)

Un elemento en consonancia con la prevención es el desarrollo de iniciativas comunitarias en el ámbito de los cuidados. El cuidado familiar a las personas mayores se realiza a través de un ‘mosaico de cuidados’ encajando las ayudas y servicios proporcionados por la familia, las Administraciones, el mercado y la comunidad. De este modo, el ámbito comunitario, a través de redes sociales conformadas por amigos, vecinos e incluso por grupos de personas formalmente constituidos, también facilita el cuidado de las personas mayores (Comas-d’Argemir y Bofill-Poch, 2021). La importancia de este tipo de iniciativas comunitarias fue subrayada en el trabajo de campo:

“Me parece también muy importante, porque en eso se puede comprometer también la viabilidad del sistema, que no profesionalicemos todo, es muy importante no solo por el tema de los costes económicos, sino también por tener una ciudadanía responsable que se ocupa del vecino del que tiene al lado, por ese sentido de civismo” (Dpto. Derechos Sociales 1)

En esta línea, hay experiencias de otras ciudades en esta materia que están funcionando satisfactoriamente como, por ejemplo, el proyecto Radars de Barcelona (Morales et al., 2014), que es un proyecto comunitario impulsado por el Ayuntamiento de la ciudad para paliar los efectos de la soledad no deseada y prevenir situaciones de riesgo de las personas mayores.

A nivel de la Comunidad foral cabe mencionar la experiencia del “Pacto de San Juan de las personas mayores” como ejemplo de buena práctica comunitaria que ha demostrado ser de utilidad para construir entornos socialmente cuidadores. Es una iniciativa vecinal y asociativa que surgió en 2018 y de la que también forman parte el Ayuntamiento de Pamplona, con la participación de la Unidad de Barrio, Policía Municipal, el Área de

Acción comunitaria y el Centro de Salud. Su objetivo principal es diseñar propuestas conjuntas de salud, participación y seguridad que repercutan en la población mayor del barrio. El Pacto busca asegurar la atención de las personas mayores en servicios de salud, sociales y comunitarios, además de mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de las personas mayores:

“En el Pacto del mayor de San Juan se ve toda la red que han hecho, desde Cáritas a la Asociación de Vecinos que están trabajando en este sentido de generar comunidad. Si la gente se siente segura y tiene una red alrededor, donde tengas identificada a esas personas, eso es prevención y evita la soledad”. (Parlamentario/a 2)

También en 2018 se creó en Berriozar el Centro Iruñalde, que puso en marcha actividades de envejecimiento activo, actividades culturales y de promoción de la autonomía y respiro familiar (jubiloteca) y que se ha complementado recientemente con un Centro de Día. De esta forma, Berriozar cuenta con un espacio que constituye una buena práctica en relación al desarrollo de iniciativas comunitarias, de prevención y atención a todas las situaciones de fragilidad y dependencia desde una óptica de proximidad.

Asimismo, cabe destacar la puesta en marcha por el Departamento de Derechos Sociales de un proyecto piloto en Corella y Fitero cuya finalidad es mejorar la atención a personas mayores en situación de dependencia o soledad en residencias y domicilios. Con dicho proyecto se buscan “nuevas alianzas y colaboraciones con agentes comunitarios públicos y privados que promuevan la creación de comunidades cuidadoras, favorezcan la coordinación sociosanitaria y ofrezcan servicios de proximidad” (Navarra.es, 2022a).

Por último, otro de los recursos a tener en cuenta por su importancia en el ámbito preventivo es la red de jubilotecas existente en la Comunidad Foral.

“Éstas son iniciativas de interés que, si bien en términos cuantitativos no tienen una amplia cobertura, ofrecen una atención conectada con el entorno, que genera lazos relacionales e incluso, que ofrece espacios de acción intergeneracional. Todas estas acciones de enfoque comunitario han demostrado ser de gran utilidad para construir entornos socialmente sostenibles” (Martínez Virto, 2021).

El Servicio de Atención a Domicilio (SAD)

El Servicio de Atención a Domicilio municipal (en adelante, SAD) es una de las principales prestaciones del Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia que complementa la valoración de todas aquellas situaciones con dificultades para la permanencia en el domicilio, para las que es necesaria la búsqueda de alternativas que garanticen la correcta atención y calidad de vida. La LAPAD contempla en su artículo 15 el SAD como uno de los servicios sociales que comprende el Catálogo de servicios y a los que tienen derecho las personas en situación de dependencia.

“(El SAD) me parece la base del sistema de un sistema de cuidados. Yo no entendería un sistema de cuidado si no existe un servicio público de atención a domicilio” (GF Programas Autonomía SSB)

“Si un servicio es importante en todo el entramado de cuidados es el SAD; no solo no puede estar en cuestión, sino que habría que ampliar sus funciones, el horario y dignificarlo por encima de todo lo demás. ¿Qué servicio hay más centrado en la persona y al domicilio, más humano, equitativo y pedagógico que el SAD?” (Responsable sociosanitario 3)

No cabe duda de que el SAD es una buena herramienta para mantener a las personas en su domicilio; así lo demuestra el hecho de que los principales países europeos lo contemplan como un servicio dentro de sus carteras de atención a los cuidados de larga duración (Albesa, 2021). En países nórdicos, donde el servicio de atención a domicilio es también uno de los recursos más desarrollados, se invierte más recursos de los que se invierte aquí. “El recorte en los presupuestos hace que el servicio disminuya la intensidad del mismo y no se cubran satisfactoriamente las necesidades de los usuarios” (Rodríguez, 2015: 124).

El origen del SAD en Navarra es anterior a la LAPAD, ya que se implantó en todas las zonas básicas de Servicios Sociales de Navarra al amparo del Decreto Foral 11/1987, de 16 de enero. La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, aprobada el mismo año que la LAPAD, diseña los programas de los Servicios Sociales de Base, entre los que se encuentra el Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Es interesante señalar que el objetivo de dicho programa es posibilitar a las personas en situación de dependencia la permanencia en su medio habitual el máximo tiempo posible.

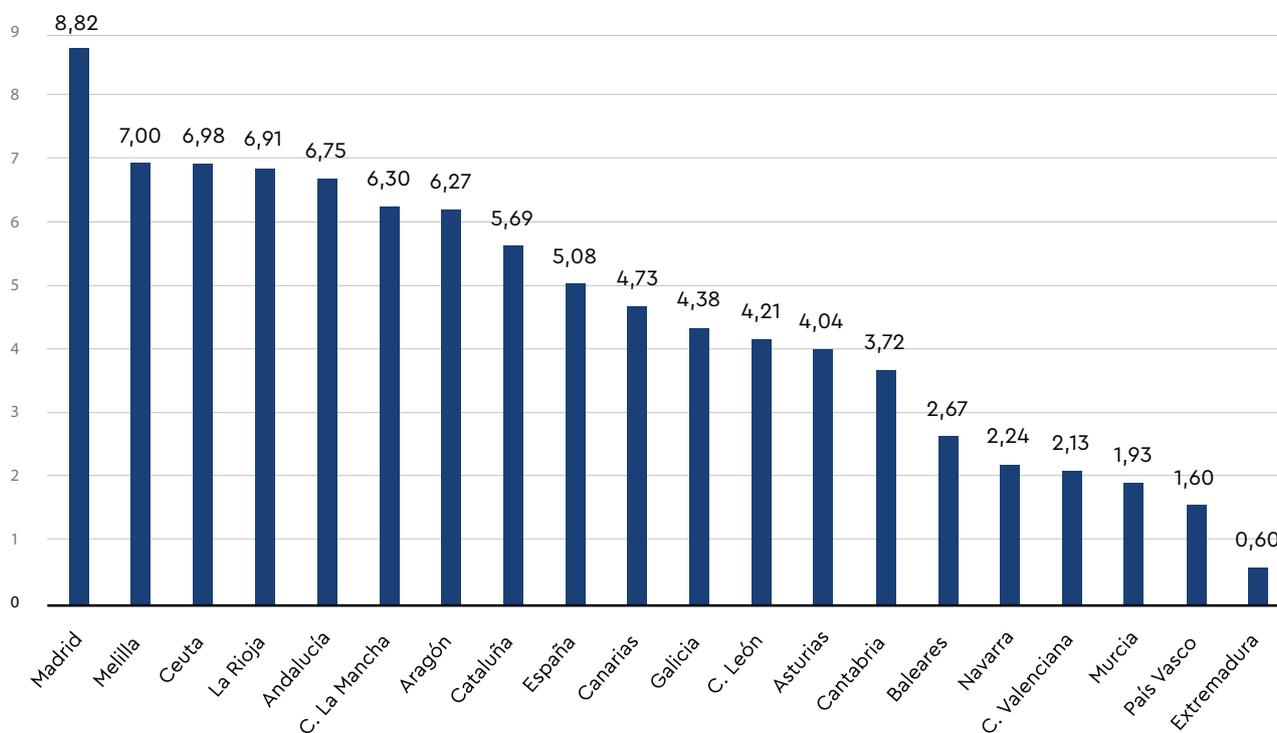
El Decreto Foral 48/2020, de 15 de julio, regula, entre otras cuestiones, el Servicio de Atención Domiciliaria municipal en el marco del Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en situación de Dependencia. El artículo 5 define el SAD como aquel servicio municipal que se dirige hacia el conjunto de la población que cuente con limitaciones para la cobertura de las necesidades básicas en su medio habitual y que ofrece la prestación de una serie de servicios de carácter individual, pudiendo ser de carácter temporal o permanente en función de cada situación, procurando la mejor integración de la persona en su entorno, el incremento de su autonomía funcional y la mejora de su calidad de vida.

A su vez, el SAD es reconocido en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General como una prestación garantizada que ofrece apoyo personal, doméstico, psicosocial y técnico, para posibilitar la permanencia en su entorno habitual a las personas reconocidas como dependientes en cualquiera de sus grados. La intensidad del servicio es de 40 horas mensuales para personas con gran dependencia, 20 horas mensuales para personas con dependencia severa y un máximo de 20 horas mensuales para personas con dependencia moderada. Esta prestación es compatible con todas las garantizadas de atención a la dependencia, salvo con las de carácter residencial. Asimismo, conlleva copago por parte de las personas usuarias.

En Navarra es muy importante hacer mención a la Ordenanza Tipo reguladora de los servicios de atención a domicilio que fue aprobada por la Federación Navarra de Municipios y Concejos y el Departamento en materia de Servicios Sociales del Gobierno de Navarra en 2008, en respuesta a la demanda de homogeneización de criterios de las entidades locales y los profesionales de los Servicios Sociales de Base.

En relación a la ayuda a domicilio prestada por las Comunidades Autónomas, el siguiente gráfico muestra que la Comunidad Foral es una de las regiones que menos cobertura presta (2,24%), por debajo de la media estatal (5,08%).

Gráfico 5. Índice de cobertura del SAD por Comunidades Autónomas. Año 2020.

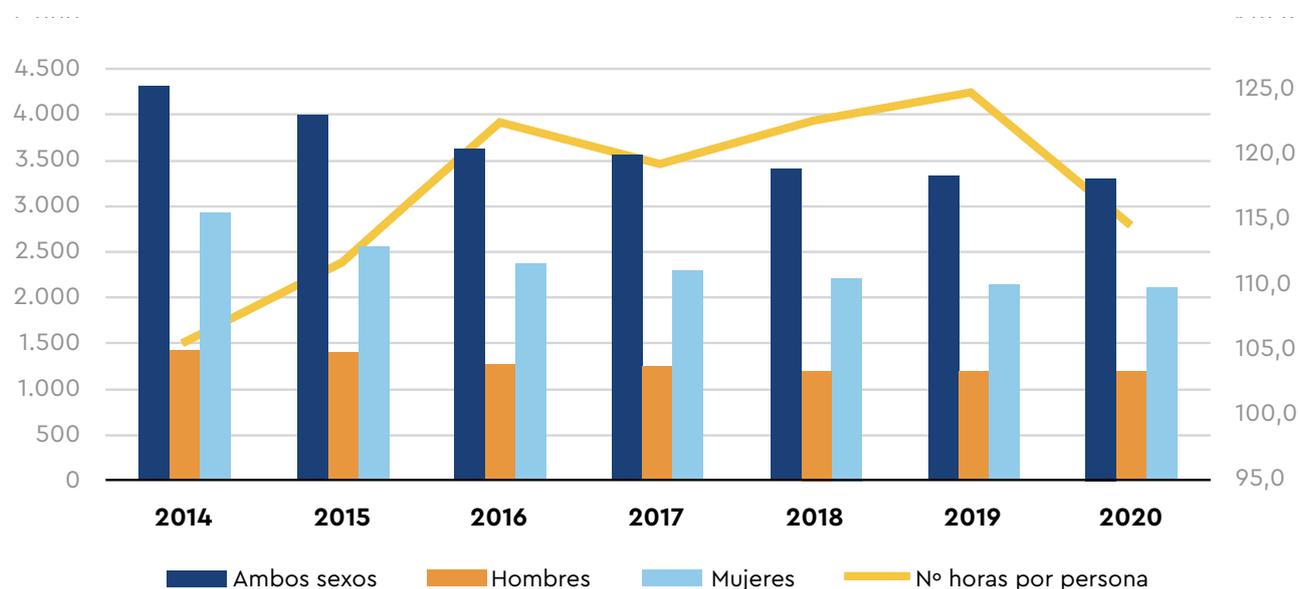


Fuente: IMSERSO, 2021a. Elaboración propia

En Navarra el 24,7% de las personas que reciben el servicio de ayuda a domicilio tiene entre 65 a 79 años y el 75,3% tienen más de 80 años (IMSERSO, 2021a). Es muy importante remarcar que 3 de cada 4 personas son mayores de 80 años ya que, a priori, conlleva una dependencia mayor y una dedicación mayor en cuanto a volumen de horas y necesidad de profesionales.

Otro dato de interés es ver cómo han evolucionado las atenciones prestadas por el SAD en Navarra. El siguiente gráfico muestra que descendió desde 2014 a 2020 el número de personas atendidas en el SAD, en concreto 1.043 menos (813 mujeres y 230 hombres). Sin embargo, en este análisis se hace imprescindible observar el número de horas por persona, que se ha ido incrementando hasta 2020, cuando sufrió un descenso muy importante achacable con gran seguridad al COVID-19 y a los temores surgidos entre personas mayores y sus familiares.

Gráfico 6. Número de personas atendidas por sexo y número de horas prestadas por persona atendida por el SAD en Navarra. 2014-2020.



Fuente: ORS. Elaboración propia.

Rodríguez *et al.* (2022) exponen la intensidad de horas del SAD por grados de dependencia en las CCAA: “la media anual de horas mes de SAD en el grado 3 es de 56,38. El valor máximo lo alcanza Asturias con 70,30 y el mínimo en Navarra con 24,03. Hay dos factores explicativos de dicha situación: La parte organizativa de las CCAA con los Entes Locales encargados de prestar este servicio que no siempre están dispuestos a aumentar las horas SAD, y el copago elevado como en el caso de Navarra donde, en muchos casos, las personas beneficiarias renuncian a incrementar la intensidad del servicio por el elevado importe de copago”.

Parecía que la aprobación de la LAPAD iba a suponer el definitivo impulso a este servicio al definirlo como un derecho subjetivo de ciudadanía. Sin embargo, el SAD, lejos de consolidarse y extenderse, tanto en su cobertura como en sus contenidos, está sufriendo una importante crisis. En definitiva, a tenor de todas las entrevistas y los grupos focales realizados (por ejemplo, con profesionales del SAD de 18 Servicios Sociales de Base de toda Navarra, ver [Anexo 1](#)) se han detectado 5 grandes cuestiones a abordar en relación al SAD. De igual forma, se ha contado con la presencia de personas con responsabilidad en la gestión del Programa tanto de Gobierno de Navarra como del Ayuntamiento de Pamplona.

5 GRANDES PROBLEMAS DEL SAD EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

1. Ha aumentado el grado de envejecimiento y el nivel de dependencia de la población usuaria del programa, a la vez que se desvirtúa su objetivo preventivo inicial.

Las profesionales señalan que el SAD es un servicio creado en los años 80 que no estaba diseñado ni programado para atender la dependencia y que, a pesar del surgimiento de la LAPAD en el 2006, no ha cambiado nada. Es cierto que, si bien ha habido avances en el servicio, las conclusiones del estudio sobre el SAD llevado a cabo hace más de 20 años por un equipo de la Universidad Pública de Navarra siguen estando plenamente vigentes (Aguilar et al. 2001).

“El SAD está exactamente igual que como se creó. Es decir, que, así como en el ámbito residencial se están desarrollando, se están aplicando nuevos modelos... El SAD está sin tocar” (GF Trabajadoras SAD Comarca de Pamplona)

El SAD nació como un servicio de carácter preventivo, dirigido a quienes, con alguna ayuda puntual, podrían permanecer en su domicilio de manera autónoma y con un coste menor que el que supondría atender a esa persona en un centro residencial. Pero este planteamiento no se sostiene cuando el nivel de dependencia de la persona atendida requiere una intensidad tan elevada de cuidados, que el apoyo y cuidado de quienes conviven deviene fundamental. De este modo, el SAD no constituye una alternativa única para la permanencia en el hogar de personas en situación de dependencia grave y severa, sino que requiere un apoyo familiar suficiente y, en ocasiones, disponer de Centros de Día, cuidadores no profesionales, etc. Esta situación conlleva que no se estén desarrollando las acciones preventivas que recoge la LAPAD y para las que, en sus inicios, estaba diseñado el SAD.

“Uno de los objetivos del SAD es la prevención de la dependencia, pero hay que hacer un esfuerzo muy grande para que no te coman solamente las personas que ya tienen reconocida esa dependencia porque si no es que se nos van todas las horas. Por lo menos en mi zona no podemos garantizar lo que la ley establece” (GF Programas Autonomía SSB)

Las profesionales de los programas de autonomía ponen de manifiesto que se está produciendo un cambio en el perfil de las personas atendidas y que los hogares precisan de muchas horas de apoyo profesional, tanto en lo que se refiere a tareas organizativas como de cuidado. Además, se sigue atendiendo a personas sin dependencia. Todo esto conlleva una considerable presión asistencial y económica a los servicios, que han tenido que hacer frente a mayores niveles de atención con los mismos recursos. Es decir, se está prestando atención a menos personas, pero a quienes se atiende requieren más horas de atención porque su nivel de dependencia así lo exige. La situación de sobre-envejecimiento ha derivado en un aumento de población con dependencias más severas y el SAD ha tenido que enfrentarse a este nuevo escenario:

“El número de usuarios es bajo, pero la cantidad de horas que prestamos es muy alta porque un servicio a domicilio que se presta a una persona gran dependiente o severa, implica muchas horas de atención (...) Si nosotras hacemos atenciones personales de personas tan incapacitadas, necesitamos que vayan dos compañeras, no lo puede hacer una. (...) Imaginaros el volumen de horas que solamente una persona gran dependiente consume en un servicio a domicilio y las horas son finitas” (GF Programas Autonomía SSB)

2. Hay una inequidad en la atención derivada de la diferente formulación del SAD a nivel local en Navarra

La ordenanza tipo reguladora de los SAD municipales sentó las bases para la reglamentación de este servicio en las EELL en 2008. Ahora se demanda una regulación más actual, común a Navarra, que permita la igualdad de servicios para toda la ciudadanía, independientemente de su lugar de residencia. En el caso del SAD prestado por los SSB a personas dependientes la normativa obliga a que el Gobierno de Navarra financie a las Entidades Locales que lo prestan.

“Tenemos una ordenanza reguladora de las tasas... Nosotros somos 5 zonas y las tenemos casi todas diferentes, muy restrictiva, por ejemplo, en mi caso, económicamente. Hemos establecido un sistema de tasas súper restrictivo” (GF Programas Autonomía SSB)

Desde su creación, la totalidad de las entidades locales se acogen a la ordenanza tipo en lo que se refiere al contenido del servicio, tiempo máximo de atención a prestar a los usuarios, cartera de servicios, etc. Ahora bien, en lo que concierne al sistema de tarifas de copago, muchas entidades no remiten a esta ordenanza y hay gran disparidad entre unas y otras. Esto hace que, en función de la localidad de residencia, se paguen cuantías muy distintas por el mismo servicio y con idénticos recursos económicos, así como puede haber o no listas de espera para recibir atención. La Dirección General de Inclusión y Protección Social (2019: 24) reconoce esta variedad de atención en los SAD en Navarra, en los que *“existe una gran diversidad entre zonas básicas en cuestiones para las que parece difícilmente justificable, como los contenidos de atención, el acceso efectivo y los precios públicos”*.

Esta misma idea se pone de manifiesto entre profesionales, quienes hacen mucho hincapié en que las ordenanzas municipales son diferentes y eso confiere diferentes servicios e intensidades a la ciudadanía generando desigualdades. Un elemento de suma importancia es la centralidad de la cuestión económica.

“Lo que subyace es que tenemos ciudadanos navarros con distintos derechos, (...) porque la gente no sabe que el vecino de enfrente que paga los mismos impuestos que yo y luego realmente yo tengo que pagar tanto, más, menos o mi profesional está más o menos cualificada según si vivo en Lodosa o en vivo en la Valdorba o en Pamplona, es que eso es inaceptable en el 2022. Pero como la gente no lo sabe, pues ahí va pasando”.
(GF Programas Autonomía SSB)

Se remarcan las diferencias en la gestión del SAD en cada EELL y las dificultades con las que muchas veces se encuentran como, por ejemplo, la buena o mala disposición de las y los concejales. La intensidad y condiciones del SAD, así como la existencia de otros recursos para el cuidado, dependen de la mayor o menor implicación política existente en el municipio y, en muchas ocasiones, es un tema que se considera de menor importancia. Se contraponen con los centros de salud que están descentralizados territorialmente pero su dependencia es del Departamento y no admiten intromisiones del personal político municipal.

“No se entiende a nivel institucional semejante disparidad de recursos que son un derecho como el SAD. ¿Cómo puede ser que sea el concejal de turno el que decida si va a ser un servicio a coste altísimo o prácticamente gratis? ¿Cómo puede ser que si vives en Noáin el coste sea de 3 euros al mes y en Pamplona 16?”
(Trabajo Social Sanitario 3)

3. Existe disparidad entre el derecho y el servicio recibido: el SAD no está garantizando la prestación reconocida a las personas dependientes en su PIA, lo que conlleva el aumento de las prestaciones económicas.

Pese a constituir un derecho, las profesionales que trabajan en el SAD señalan que no se están cumpliendo las horas de atención reflejadas en la LAPAD ni las necesidades de las personas dependientes y sus familias se están cubriendo como debiera. Las intensidades del servicio que deben prestarse a las personas dependientes, según el Real Decreto 1051/2013 de 27 de diciembre por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, no pueden prestarse en su totalidad con la configuración actual de los SAD municipales que no cuentan con la infraestructura adecuada para dar respuesta a lo marcado por la LAPAD. El SAD municipal no está pudiendo garantizar las prestaciones que las personas dependientes tienen garantizadas en su Plan Individualizado de Atención (en lo sucesivo PIA).

“La Ley de Dependencia que garantiza hasta 70 horas por persona dependiente, gran dependiente, para nada se cumple. Sí, y además de no poder garantizarla, creo que tenemos un vacío legal. Por un lado, está lo que la Ley de Dependencia establece a nivel estatal y luego a nivel municipal no se refleja en nuestras ordenanzas y si lo reflejas en la ordenanza no lo puedes cumplir” (GF Programas Autonomía SSB)

Probablemente, si las personas exigieran todas las horas a las que tienen derecho sería inviable dar respuesta. En consecuencia, esas situaciones generan muchos problemas éticos en las profesionales:

“Hay propuestas de PIA para grandes dependientes que superan la capacidad de actuación que nosotros tenemos con nuestras ordenanzas, que es máximo 2 horas semanales, y eso que atendemos de lunes a domingo, pero aun así no llegamos a las 74 horas. Entonces hay cierta fricción entre lo que se le plantea al usuario al que tiene derecho garantizado y que, a mí, como entidad local me puede exigir porque es un derecho garantizado, y lo que yo con mi ordenanza puedo llevar a cabo y con mis medios y con mis profesionales. A mí todo eso me genera cierta inseguridad” (GF Programas Autonomía SSB)

En ese sentido, también por el nuevo perfil de las personas mayores, tanto ellas como sus familiares conocen y exigen sus derechos ante distintas instituciones u organismos y esto puede conllevar consecuencias.

“Yo tuve una reclamación al Defensor del Pueblo... y las vamos a tener...” (GF Programas Autonomía SSB)

Ante la imposibilidad de respuesta efectiva a las necesidades, en muchos hogares hay una natural asunción de la búsqueda del servicio en el espacio privado. Es decir, la incapacidad de respuesta refuerza las carencias ya señaladas:

“Y luego vienen un poco con la cosa de: “Va, no, si total...”. Como muy mentalizados de que van a tener que ir a un sistema privado porque es el que le va a garantizar la atención a las tardes, los fines de semana como que les hacemos una atención, vamos, poquísima” (GF Trabajadoras SAD Comarca de Pamplona)

4. El SAD conlleva una gran complejidad en la organización y gestión del personal.

Otro elemento de importancia es la dificultad en la gestión del personal del SAD, tanto en los municipios grandes...

“Nosotros tenemos con esta magnitud de servicio otras dificultades (...) Entre las bajas, los permisos importantes que al final trabajamos en la administración pública hay un montón de permisos por cuidado de menores, por cuidado de mayores dependientes (...) Claro, estamos hablando de puestos que se tienen que sustituir” (GF Programas Autonomía SSB)

... como en los entornos más rurales, donde la baja densidad de hogares a atender, así como las distancias entre ellos y los problemas de comunicación añaden dificultades importantes para organizar el SAD. Incluso contando con la oportunidad de asumir esas dificultades de organización, en muchas zonas rurales la dificultad de encontrar profesionales hace difícil la prestación continuada del servicio y poder extenderlo a la totalidad de los días de la semana.

“Fíjate en las zonas mucho más pequeñas. Es que estamos hablando de planetas distintos. Los recursos de las zonas son muchísimo más pequeños. Luego está en cómo nos buscamos la vida, cómo nos organizamos o cuál es la implicación” (GF Programas Autonomía SSB)

La Dirección General de Inclusión y Protección Social (2019: 25) reconoce que “el apoyo a las personas cuidadoras en sus vertientes de formación y apoyo emocional está insuficientemente desarrollado”. En este sentido, los testimonios recogidos subrayan que se deben destinar recursos para proporcionar formación continua a las profesionales que cuidan porque eso redundará en la calidad del servicio.

“Yo creo que desde la administración tenemos que hacer una apuesta muy potente por la formación, porque eso es también calidad” (GF Programas Autonomía SSB)

5. El SAD no se pone en valor ni se le da el suficiente reconocimiento social.

Todos los agentes implicados comparten la opinión de que el SAD es la base del sistema de cuidados. Así, en la Comunidad Foral, este servicio tiene numerosos puntos fuertes que se valoran muy positivamente: inclusión en la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general; existencia en toda Navarra; atención municipal que proporciona cercanía; profesionalización; servicio público diferenciado del servicio doméstico; realización de acciones de promoción, prevención y acompañamiento; impacto positivo directo e indirecto en el Sistema Navarro de Salud (se evitan ingresos residenciales u hospitalarios, que tienen un valor económico y también inmaterial en las personas); así como, en definitiva, una alta satisfacción de las personas usuarias con el programa⁶.

Sin embargo, en las encuestas cumplimentadas también se observan puntos de mejora, tales como los horarios y el tipo de tareas a realizar:

“Todas las personas que solicitan el servicio y que lo tienen, pues claramente saben la calidad que aporta, compatibilizan con otros recursos, pero sí que está obsoleto porque no da respuesta a las necesidades de las personas. Y se hace referencia en todas las encuestas: horarios que no me gustan, que me gustaría más acompañamientos, prefiero que vengan más rato hablar conmigo en vez de que hagan más tareas” (GF Programas Autonomía SSB)

A pesar de estos puntos fuertes, el reconocimiento social al valor del SAD queda en ocasiones en entredicho. Por ejemplo, los cuidados en los hospitales tienen más reconocimiento social y ello complejiza el relevo generacional de las trabajadoras familiares, de modo que muchas prefieren dedicarse a los cuidados antes en el entorno hospitalario que en el SAD.

“Eso tiene que ver también con el reconocimiento social, ¿verdad? Primero el entorno hospitalario, mucho más valorado, segundo, el entorno residencial, tercero, nuestra SAD municipal y cuarto ya las personas contratadas con la ACP” (GF Programas Autonomía SSB)

Esta falta de valoración también fue vivida así durante la pandemia derivada del COVID-19, plasmada en las dificultades de los SAD municipales en distintas cuestiones:

“No tenían un protocolo... al final consensuamos un protocolo entre todos. ¿Qué pasó aquí con los SAD municipales?, que empezó la pandemia, se crea inmediatamente una Comisión Interdepartamental de Salud y Derechos Sociales donde solo se centra el trabajo en residencias y la atención primaria (...) Desde Salud no querían ni dar información; si una trabajadora social llamaba al Centro de Salud a preguntar si ese usuario de SAD tenía Covid, no les daban la información; ‘sois empleadas del hogar’, eso les decían muchos médicos” (Dpto. Derechos Sociales 4).

6. A falta de estudios propios en la Comunidad Foral, se trae a colación la importante conclusión de un estudio desarrollado en Madrid sobre el SAD: “Los recursos económicos destinados a servicios de ayuda a domicilio, no son sólo un gasto, sino también una inversión con importantes tasas de retorno. En concreto, cada recurso dedicado a estos servicios genera 1’82 euros en riqueza a la economía madrileña” (Ayuntamiento de Madrid, 2005: 512).

La red de Centros de Día y de transporte para el acceso a los recursos

Los Centros de Día se crearon en los años 80 como recurso alternativo a la institucionalización. Es un recurso dirigido al mantenimiento de la autonomía de las personas mayores en situación de dependencia que viven en su domicilio; en ellos se proporciona atención especializada e integral y requieren una red sociofamiliar de apoyo y otros dispositivos complementarios como, por ejemplo, el SAD. Por todo ello, los Centros de Día permiten una permanencia en el entorno habitual de la persona, a la vez que proporciona apoyo a las personas cuidadoras informales. De este modo, se consideran un “recurso puente” entre la asistencia domiciliaria y la residencia, así como entre la autonomía deseable y la dependencia de muchas personas dependientes mayores (Rodríguez Cabrero, 2006).

El modelo conceptual de la efectividad de un Centro de Día se apoya en la mejora del bienestar de la persona dependiente, la adaptación de la persona cuidadora reduciendo su estrés y el retraso de la institucionalización. Para conseguir estos objetivos se debe hacer frente a los siguientes retos (Rodríguez Cabrero, 2006):

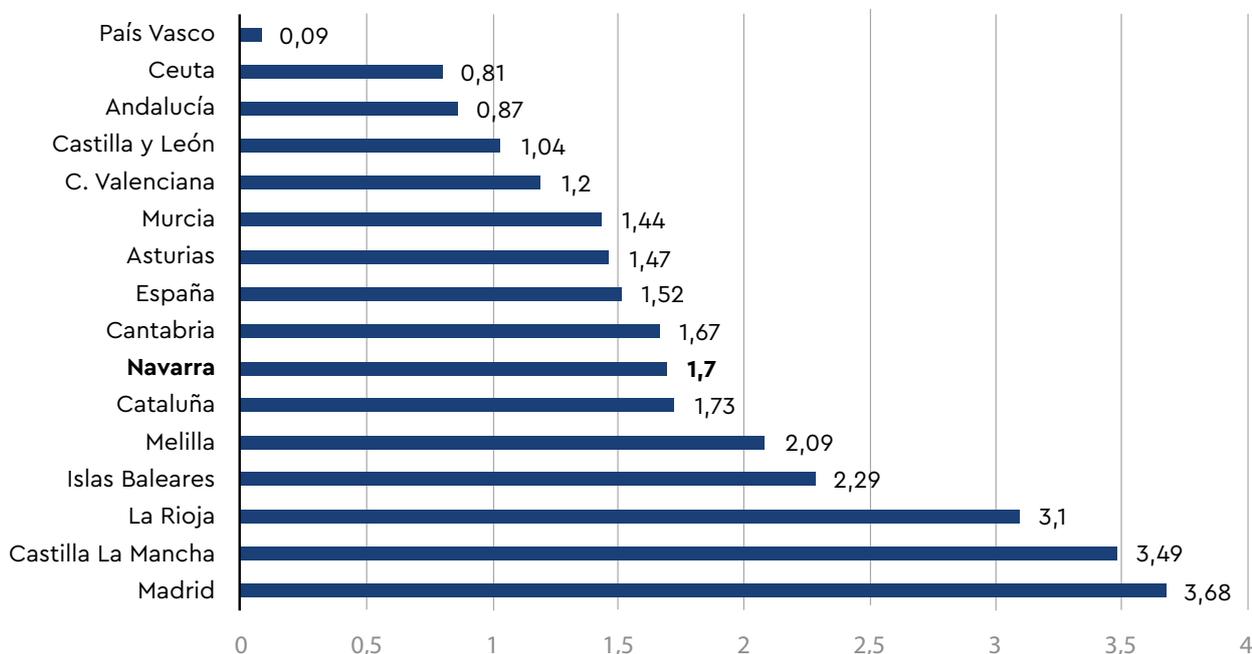
1. *Garantizar el transporte:* la falta de transporte accesible origina un problema de equidad e introduce un factor de discriminación hacia las personas que lo necesitan y no cuentan con familiares que puedan realizar los desplazamientos. El transporte debe formar parte inexcusablemente de los servicios básicos del Centro de Día. Como se verá más adelante, esta es una problemática no resuelta en la Comunidad Foral.

2. *Generalizar los programas de intervención con familias.* Se hace necesario seguir desarrollando programas de intervención de formación y de apoyo psicológico (grupos de autoayuda, psicoeducativos, etcétera) para familiares. Es necesario incorporar estos programas a la oferta de los Centros de Día.

3. *Mejorar la coordinación entre los eslabones de la cadena asistencial y los Centros de Salud.* Debería mejorar el nexo entre los diferentes recursos de los servicios sociales y sanitarios para establecer el adecuado plan de cuidados y la cooperación entre ellos. Esta es una demanda repetida a lo largo de esta investigación.

El siguiente gráfico muestra la situación en las CCAA con relación a la tasa de personas beneficiarias de Centros de Día. Como puede verse, la Comunidad Foral se encuentra ligeramente por encima de la media nacional.

Gráfico 7. Tasa de personas beneficiarias (% población 65 y más) de los Centros de Día (2020)



Fuente: ORS. Elaboración propia a partir de IMSERSO, 2021a. Nota: No se disponen datos de Aragón, Canarias, Extremadura y Galicia.
<https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/servicios-y-prestaciones/ind-24/>

A nivel estatal, 6 de cada 10 personas que acuden a los Centros de Día tienen más de 80 años; en Navarra este porcentaje es del 67,6%. De estas personas, la mayoría son mujeres, tanto a nivel estatal (75,6%), como foral (67,3%) (IMSERSO, 2021a). Por lo tanto, el perfil mayoritario de las personas que acuden a los Centros de Día es el de una mujer longeva.

En Navarra, el Decreto Foral 92/2020 de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los centros residenciales, de día y ambulatorios del sistema de servicios sociales, define el Centro de día como el servicio prestado en un establecimiento específico destinado a ofrecer durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales, facilitando la permanencia en el domicilio habitual y apoyando a las personas cuidadoras. El mismo decreto determina que el centro de día rural es el servicio prestado en un establecimiento situado en un municipio rural que carezca de servicios residenciales o de otros servicios de atención diurna para la atención a las personas en situación de dependencia. Ofrece diferentes servicios de apoyo en las actividades de la vida diaria, de ocio y de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia.

A fecha 23 de marzo de 2022, según datos del Departamento de Derechos Sociales, son 19 los centros catalogados como “Centro de Día para personas en situación de dependencia” en Navarra. En la categoría “Centro de día rural” encontramos un único centro, ubicado en Aibar. En total, se ofertan bajo esta denominación 693 plazas en 20 Centros de Día.

El número de plazas y la cobertura tanto de centros de día como de estancias diurnas han aumentado paulatinamente en Navarra en los últimos años hasta 2021, con la excepción de 2020 debido a la pandemia derivada de la COVID-19.

Tabla 3: N° de plazas y cobertura de centros de día y estancias diurnas 2017-2020

PLAZAS	2017	2018	2019	2020	2021
Centros de día	506	595	678	663	693
Cobertura	4,1	4,7	5,3	5,1	5,3
Estancias diurnas	664	664	674	674	706
Cobertura	5,3	5,3	5,2	5,2	5,4
Total plazas	1170	1259	1352	1337	1399
Total cobertura	9,4	10,0	10,5	10,2	10,6

Fuente: Observatorio de la Realidad Social. Elaboración propia.

A lo largo del trabajo de campo llevado a cabo se ha puesto claramente de manifiesto la buena valoración de los Centros de Día como recurso para la permanencia de las personas mayores en sus domicilios y entornos y para combatir la soledad. Son considerados un buen recurso de mantenimiento y contención de la dependencia, que mejoran el bienestar de las personas mayores, así como de las personas cuidadoras. De ahí que, especialmente entre los y las familiares, se solicite su extensión a un mayor número de localidades.

Pese a la fuerte demanda, se constata la falta de Centros de Día tanto en Pamplona y en otras poblaciones de grandes dimensiones...

“En Barañain no hay Centro de Día, siendo el tercer municipio de Navarra. Para ir a Centro de Día, tienen que salir de Barañain”. (Responsable sociosanitario 2)

... como en muchos pueblos de menor tamaño.

“A mí me parece increíble que no tengamos un Centro de Día” (GF familiares Pirineo)

Un elemento fundamental para el acceso a los Centros de Día es contar con una buena red de “transporte de cuidado”, que resulta más valiosa cuantos menos Centros de Día hay distribuidos por el territorio, esto es, cuantas más personas viven en entornos en los que no existe este recurso.

“Un reto también gordo que tenemos es el transporte adaptado para Centros de Día, para cualquier tipo de recurso.. en una sociedad como la navarra con tantos pueblos este es un elemento peliagudo” (Dpto. Derechos Sociales 1)

Los recursos intermedios cuando la dependencia es temporal

Una cuestión que también genera consenso entre profesionales es la dificultad de articular apoyos urgentes y adecuados a eventos de dependencia temporal sobrevenida y cómo una atención no adecuada a estas situaciones súbitas provoca una serie de perjuicios, en muchas ocasiones irreversibles, en las personas que las sufren y sus familias. De este modo, ante la falta de recursos intermedios adecuados, determinados cuidados que podrían tener un carácter temporal, se tornan, en ocasiones y de una forma perversa, en cuidados de larga duración.

Los cuidados sociosanitarios intermedios se definen como aquellos “que se prestan en el momento entre la enfermedad aguda y la generación de discapacidades potencialmente recuperables. Este tipo de cuidados representan la transición del paciente de un episodio de hospitalización aguda a su domicilio o residencia” (Antares, 2016: 17). Así, se demanda la creación en Navarra de unidades de rehabilitación funcional en las que poder realizar una convalecencia tras el alta hospitalaria de un episodio agudo. Hay que remarcar que el desarrollo de este tipo de recursos en otras CCAA depende de sus servicios de salud:

“Faltan recursos intermedios que posibiliten y apoyen ese mantenimiento en el entorno. La mayor parte de recursos y apoyos (...) son para situaciones crónicas de dependencia y de un apoyo a medio o largo plazo, pero en el hospital nos encontramos con situaciones de dependencia temporal sobrevenida” (Trabajo Social Sanitario 1)

Estas situaciones se dan tras un evento de salud que condiciona el bienestar y la autonomía de la persona: una fractura o una situación adversa que requiere de cuidados muy intensos e invalidantes durante un tiempo determinado.

La capacidad económica de la persona o la familia es otra de las cuestiones que adquieren una gran relevancia en el momento de articular apoyos para una situación de dependencia temporal sobrevenida.

“¿Cuánto tiempo tiene que ahorrar una persona con una pensión baja para pagar 3.000 euros en un solo mes por su convalecencia para una estancia residencial o pagar a una persona 24 horas? Si a la gente pudiéramos ofrecerle un recurso público gratuito, de la misma manera que no pagas por venir al hospital, para que de manera temporal pudieran hacer su convalecencia y después pudieran decidir una vez pasada la fase aguda, tendrían más opción de volver a casa” (Trabajo Social Sanitario 3)

Es importante señalar que se ha detectado falta de información en las personas mayores ante episodios de este tipo:

“Si una persona mayor tiene una necesidad súbita... Una fractura de cadera, es lo típico, muchas veces que ocurre de una manera inesperada y súbita. ¿Una persona mayor, ustedes piensan que sabe dónde tiene que acudir, si vive sola y necesita apoyo en un momento? En ese momento va a necesitar un mes de apoyo continuo para recuperarse. ¿Saben las personas a dónde pueden acudir?” (GF Personas mayores ámbito urbano)

Estas desigualdades pueden generar situaciones perversas, como el hecho de que muchas personas que acuden de forma temporal a un centro residencial permanezcan en éste sin ser su deseo, únicamente porque el sistema en ocasiones no tiene la capacidad de generar procesos que le acompañen en la vuelta al domicilio:

“Queda la duda de cuántas de las personas que fueron a una residencia de forma temporal, en teoría por una situación aguda de salud de crisis o convalecencia, después consiguen salir al domicilio, porque nos da la sensación de que muchas de ellas se quedan institucionalizadas. Seguramente un recurso sociosanitario temporal y gratuito se viviría con más normalidad, permitiría sobrepasar la fase aguda y muchos podrían continuar más tiempo en su casa” (Trabajo Social Sanitario 3)

Se vuelve a hacer hincapié en que el apoyo a las familias en momentos de crisis temporales debe de hacerse desde ambos sistemas, desde el social y el sanitario proporcionando apoyos flexibles. Además, la no coordinación entre ambos sistemas duplica los recursos y hace a los sistemas más ineficaces ya que, como se expresa a continuación, desde el espacio sanitario reconocen las dificultades para conocer los recursos disponibles:

“Yo creo que tenemos que hacer un apoyo a las familias mucho más potente y mucho más profesionalizado, asegurando que cuando tienen una situación de crisis vamos a estar ahí y vamos a poder mantenerlas, y eso significa una coordinación sociosanitaria no solo para atender la fase aguda, sino para hacer el acompañamiento, y ese acompañamiento social corresponde a ambos sistemas también, no solamente al sistema social de cuidados” (Dpto. Derechos Sociales 3)

En cualquier caso, todos los agentes implicados manifiestan la necesidad de seguir trabajando en la línea marcada por el Proyecto de Atención Integral Socio Sanitaria (en lo sucesivo PAISS), ampliando la red existente con la creación de recursos intermedios que atiendan las situaciones de dependencia temporal sobrevenida. Este proyecto, que se inició en el distrito de Tafalla en 2018 y se ha extendido a las áreas sanitarias de Estella y Tudela en 2021, supuso un punto de inflexión en el avance progresivo hacia la creación de un Espacio Sociosanitario en Navarra al poner en marcha un modelo que da respuesta a situaciones de complejidad social y sanitaria que confluyen en una misma persona. El PAISS tiene tres ejes de actuación: intervención sociocomunitaria, intervención precoz, prevención de la dependencia y recuperación tras ingreso hospitalario, de modo que resuelve una de las grandes carencias detectadas en el sistema “tradicional”: prestar el servicio en el entorno más próximo de la persona generando respuestas rápidas y ágiles en situaciones de crisis.

La experiencia del PAISS es valorada positivamente para evitar que las personas sean institucionalizadas o se alarguen las estancias hospitalarias. Asimismo, a futuro se reclama una visión mucho más amplia y quizás formar parte de una estructura mayor (que debiera implicar su extensión por Navarra y un desarrollo comunitario que complemente los servicios actuales):

“Se debe avanzar a realizar procesos asistenciales conjuntos, creando y definiendo procedimientos, herramientas, y lenguajes conjuntos. El PAISS debería formar parte de un entramado mucho mayor” (Responsable sociosanitario 3)

La accesibilidad de las viviendas

Con respecto a la accesibilidad de las viviendas para la permanencia en el domicilio existe un reconocimiento creciente de que una mejor integración entre la atención sanitaria, la social y la vivienda también desempeña un papel importante para afrontar el reto de los CLD.

El Plan de Vivienda de Navarra 2018-2028 reconoce que en la Comunidad Foral hay un número creciente de personas mayores que viven solas, a menudo en viviendas no adaptadas a sus necesidades y que van a demandar una rehabilitación de las mismas. Asimismo, se señala que existe un parque de viviendas bastante envejecido y con importantes necesidades de rehabilitación en elementos de accesibilidad, eficiencia energética, etc. a los que hay que hacer frente. El documento señala que, en el caso de las personas mayores, la existencia de barreras arquitectónicas se traduce a menudo en la imposibilidad de salir de sus viviendas de manera autónoma. Es cierto que, en los últimos años, y gracias a los programas de ayudas, se ha avanzado en esta materia, pero es necesario continuar con esta labor de cara a garantizar la accesibilidad universal para todas las personas.

La Encuesta de necesidades y demanda de vivienda en Navarra (ORS, 2017) detectó un importante volumen de hogares que afirmaban tener necesidad de rehabilitar su edificio y/o vivienda y, en concreto, eran la falta de accesibilidad (instalación de ascensor) o de mejora de aspectos relacionados con el aislamiento aquellos que suscitaban mayor número de necesidades. Concretamente, las personas mayores necesitaban cambiar para mejorar la accesibilidad a la vivienda y su ubicación. La necesidad de rehabilitar la vivienda era mayor en la Navarra Atlántica y el Pirineo. Esta clave territorial, a menudo ligada a que también son viviendas de mayor tamaño, es palpable en los datos de 2021. Así, según el Servicio de Vivienda del Gobierno de Navarra, justo fueron esas zonas las que menor porcentaje de viviendas rehabilitadas tuvieron (el 7,4% y el 1,5%, respectivamente, tras subvencionarse 393 y 82 viviendas, de un total de 5.307 en toda Navarra).

En relación a las necesidades de rehabilitación de las viviendas el problema quizás no sea tan intenso como en épocas anteriores dado el incremento de viviendas rehabilitadas en los últimos años. Ahora bien, es preciso seguir en la misma línea porque hay muchas personas mayores que no pueden salir a la calle por falta de ascensor o por problemas de accesibilidad en sus viviendas:

“No salgo mucho porque, claro, no tengo ascensor y tengo que bajar dos pisos y mis rodillas me fallan muchísimo” (GF Personas usuarias Estella-Lizarra)

Por último, es preciso seguir constatando que estas intervenciones tampoco deben quedar reducidas al ámbito del domicilio particular, sino que su acometida tiene sentido completo si el espacio público y los distintos servicios se encuentran también adaptados. Si estas actuaciones no se dan la mano y se realizan con previsión, existe el riesgo de que las medidas no sean efectivas.

Consecuencia derivada

El necesario desarrollo del mosaico de recursos para la permanencia en el domicilio de las personas mayores conlleva que, en muchas ocasiones, sea imprescindible **recurrir a las contrataciones privadas**.

Aumento de las contrataciones privadas en domicilios

El déficit histórico de servicios públicos en el modelo de cuidados español, así como la falta de ajuste entre los recursos que ofrece el sistema y las necesidades de las personas conlleva que las familias se vean abocadas a buscar otros recursos y servicios de apoyo produciéndose, de este modo, la “refamiliarización del sistema” (Albesa, 2021).

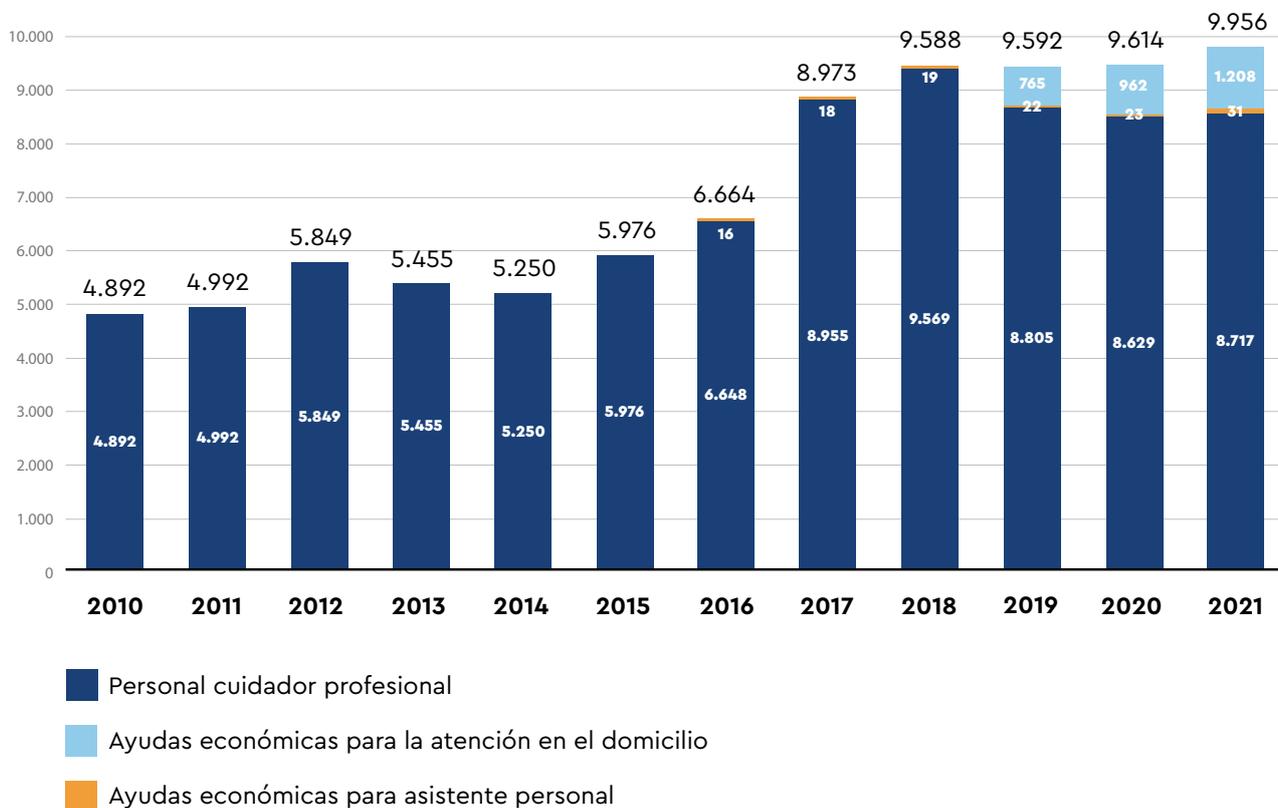
Para Comas d’Argemir (2015: 394), “la contratación de cuidadoras ha sido y sigue siendo un recurso muy utilizado, pues permite comprar servicios a bajo coste, frecuentemente suministrados por mujeres inmigradas, sea mediante contratos legales sea en el contexto de la economía sumergida. La cuidadora doméstica constituye una alternativa percibida como una continuidad de lo que tradicionalmente se hace en el hogar, más parecida al ideal de familia cuidadora y preferida a la institucionalización; sustituye a las mujeres de la familia, y se le supone capaz de entrega y afecto al tiempo que realiza su labor. Es también una alternativa más barata que las otras que ofrece el mercado y a veces la única asequible”.

En Navarra una encuesta del ORS (Gobierno de Navarra, 2018) recoge que, en esa fecha, cerca de un 45% de las personas con dependencia en Navarra empleaban a otra encargada de su cuidado. De entre quienes recibían ayudas económicas y contaban con personas empleadas, el 64,7% tenía contratada a una persona, el 25,7% empleaba a alguien sin contrato, el 4% optaba por una empresa, mientras que el 5,5% se reservaba su respuesta.

El siguiente gráfico muestra la evolución de las ayudas económicas que se prestan en la Comunidad Foral para el cuidado de personas en situación de dependencia: 1) Ayudas económicas para la atención en el domicilio; 2) Ayudas económicas para asistente personal; 3) Ayuda económica para la contratación de cuidador/a profesional y/o empresa de servicios.

Como se aprecia, se ha producido un incremento notable en la percepción de las ayudas, que se han duplicado desde 2010 y donde son mayoritarias de forma abrumadora las prestaciones económicas reconocidas para cuidados no profesionales que, en la práctica, siguen implicando la atención en el hogar. Respecto a esta prestación y en el contexto estatal, Comas-d’Argemir (2015: 391) advertía que “tanto su bajo coste como la escasa oferta de servicios han influido en que se haya privilegiado este recurso. También ha influido la idea de que los cuidados familiares son la opción preferida y que están socialmente aceptados, lo que contribuye a reforzar la implicación de la familia y de las mujeres en la atención a la dependencia”.

Gráfico 8. Ayudas económicas para la atención a personas dependientes.



Fuente: ORS. Elaboración propia.

Pero recibir un servicio, como por ejemplo el SAD, y una ayuda económica no es lo mismo. En el caso de un servicio existe una dirección técnica, unas profesionales formadas que llevan a cabo los cuidados, un seguimiento y una supervisión. Nada de esto ocurre con las ayudas económicas. Las profesionales del SAD ponen en valor la importante labor de supervisión de los cuidados frente a las ayudas económicas para la contratación de personal cuidador, en las que no hay ningún tipo de control sobre cómo se está cuidando a las personas dependientes:

“Garantizamos la atención y la calidad porque hay una supervisión, una observación constante y real pero las ayudas económicas en el entorno familiar no, no garantizan el cuidado. (...) La ayuda económica para cuidados en el entorno familiar, es un pastón de diner, me refiero a nivel global, y no se sabe si se garantiza o no. Conocemos muchos casos en que el dinero no revierte en el dependiente” (GF Programas Autonomía SSB)

Además, se remarcan las dificultades existentes para llevar a cabo la supervisión de las ayudas económicas establecidas en la Orden Foral 62/2013, de 18 enero por la que se regulan las ayudas económicas para la permanencia en el domicilio:

“La filosofía sí que pasa por la permanencia de la persona en el domicilio con los recursos y apoyos necesarios. Además del SAD tenemos unas ADDs no supervisadas. Es decir, los SSB que, en teoría, somos los responsables de supervisar y de hacer el seguimiento de ese sistema de cuidados financiados por Gobierno de Navarra, en las ADDs, desde luego, eso es imposible. Es imposible hasta en las ACPs (...)” (GF Programas Autonomía SSB)

Disponer de los conocimientos adecuados es fundamental para desarrollar los cuidados de manera correcta. La LAPAD contempla el desarrollo de acciones de apoyo al personal cuidador no profesional a través de programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso. Pero, en la mayoría de las Comunidades Autónomas no existen de manera sistematizada tales apoyos, de modo que se limitan al abono de la prestación para cuidados en el entorno familiar “desconociéndose después aspectos tan esenciales como si el dinero cumple su objetivo de atender a lo largo del tiempo a la calidad de los cuidados dispensados o los aspectos relativos a la idoneidad de la persona cuidadora de la familia para realizar los cuidados de manera eficaz, pues no existe ningún seguimiento al respecto” (Rodríguez et al, 2017: 66).

Propuesta de mejora

El reto de las políticas públicas en el ámbito de los cuidados en el domicilio debe de tener en cuenta los deseos de las personas mayores de permanecer en casa, en la medida en que sea posible, contando con apoyos. **Se trata de desarrollar un sistema que priorice la estancia en el domicilio con el soporte de servicios como el SAD, los Centros de Día y el apoyo comunitario.**

Conseguir una atención domiciliaria renovada y fortalecida debe de ser un objetivo primordial con el fin de satisfacer el deseo de la ciudadanía de continuar viviendo de manera independiente y autónoma en su propio domicilio si se cuenta con los apoyos precisos. En este sentido, desde la Dirección General de Inclusión y Protección Social de Gobierno de Navarra (2019: 35) ya se establecen los retos que se deben abordar para una configuración adecuada de la atención a las personas para su permanencia en el domicilio:

“La Atención Primaria debe responsabilizarse de la promoción de la autonomía y de la vida independiente, la atención a las personas dependientes y el apoyo a las personas cuidadoras en todos los casos en los que las personas permanezcan en su entorno habitual. Para ello, se pondrán a su alcance todos los recursos destinados a la atención no residencial, con independencia del modo de provisión o contratación.

El Programa de Autonomía inicia una renovación de su modelo de atención a la dependencia en la comunidad. El programa debe ofrecer a las personas dependientes no solo un elenco de servicios y prestaciones a elegir, sino varios paquetes de prestaciones que incluyan combinaciones de los diversos servicios disponibles. Debe ofrecerse una mayor integración de la atención en el domicilio (directa y mediante prestación vinculada) con la teleasistencia, los servicios de apoyo a las personas cuidadoras y los servicios de respiro”.

A continuación, se presentan unas propuestas para la mejora de la atención domiciliaria en Navarra, donde algunas ya se han iniciado por el Departamento de Derechos Sociales:

- Mayor desarrollo y promoción de los servicios de prevención, de las iniciativas de cuidados comunitarios y de apoyo a las familias.
- Actuaciones para mejorar la calidad de la atención en domicilio.
- Extensión de la red de Centros de Día y de transporte para el acceso a los recursos.
- Evaluación, desarrollo y transformación del SAD.
- Creación de recursos intermedios de convalecencia y extensión del PAISS.
- Apoyo a las iniciativas de alojamientos colaborativos en Navarra

Mayor desarrollo de los servicios de prevención, de las iniciativas de cuidados comunitarios y de apoyo a las familias

Tal y como se ha señalado, se plantea la necesidad de **incrementar los recursos de prevención y de atención en el entorno con el apoyo a los familiares y de la comunidad**, para evitar la soledad no deseada, retrasar la dependencia o incluso evitar situaciones de dependencia y de claudicación familiar (Martínez Virto, 2021).

Con respecto a la dimensión preventiva, existe unanimidad en la necesidad de su impulso y el aprovechamiento de los discursos disponibles. En este sentido, la articulación de los cuidados desde una coordinación sociosanitaria es muy relevante para el éxito de la intervención. También se debe tener en cuenta que, en ocasiones, no hay una correspondencia entre la necesidad detectada por las profesionales y la necesidad sentida por las personas usuarias, de modo que las posibilidades reales de actuación se ven notablemente limitadas.

Por otro lado, **existe la necesidad de generar espacios, tanto a nivel de barrio como de pueblo, que permitan cuidar, “espacios para la vida cotidiana”**, que suponen la existencia de redes comunitarias, espacios de relación y equipamientos cotidianos (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021) y que repercuten de forma positiva en la resolución de demandas que la Administración no es capaz de afrontar:

“El sistema público no puede dar respuesta solo y tenemos que contar con los recursos comunitarios (...) Si esto se conectara, se diera una coordinación, creo que podríamos crear un sistema mucho más sólido”. (GF Programas Autonomía SSB)

De este modo, las experiencias comunitarias se deberán plantear bajo una comprensión amplia que incluya experiencias de cooperación con la Administración, también para evitar situaciones no deseadas como redes de “cuidado mutuo” entre personas con similares necesidades. Es decir, **el desarrollo de iniciativas comunitarias no debe implicar la desresponsabilización del sistema público**; de hecho, el carácter innovador y experimental de muchas de estas experiencias hace necesario la búsqueda de coaliciones con los servicios públicos. Algunas voces señalan que los procesos de desinstitucionalización y comunitarismo han tenido como finalidad la “contención de costes y han repercutido directamente en la refamiliarización y remercantilización de los sistemas, al traspasar la responsabilidad de la atención del cuidado desde el ámbito institucional público (residencial) al ámbito familiar (comunitario) y, por ende, al mercado” (Albesa, 2021: 218).

En relación con el **apoyo a las familias**, es necesario que dispongan, tal y como establece la legislación vigente, de una **formación y acompañamiento, que les permita estar asesoradas y puedan desarrollar con seguridad las tareas de cuidado**, así como la posibilidad de desarrollar espacios y plataformas online que provean recursos adaptados a sus inquietudes (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021). De la misma forma se considera importante tener en cuenta las **necesidades de conciliación de las personas que cuidan**. Debe comprenderse que las actuaciones pueden (y deben) ser complementarias, disponiendo recursos que sean capaces de dar respuestas a problemas que surgen en realidades diferentes:

“La cosa es hacer algo que ayude a la gente, porque la gente no es que no quiera cuidar, no quiere cuidar así. Esto es acabar con la gente, es que al final tienes el coste del enfermo más el coste del cuidador” (Dpto. Derechos Sociales 5).

Otro de los elementos importantes de apoyo a las familias para seguir manteniendo el cuidado en el domicilio pasa por la **revisión y ordenación de las ayudas económicas otorgadas**. Desde el propio Departamento de Derechos Sociales se es consciente de que una persona mayor sin recursos económicos puede acceder de forma garantizada a una plaza concertada de un centro residencial generando deuda. Pero no ocurre lo mismo si el deseo de esa persona es quedarse en casa; en ese caso, no percibiría ayuda económica en la misma cuantía.

“Las personas lo que se quejan es de ‘por qué no me das la misma ayuda, pero para mi domicilio’ y es a lo que tendríamos que ir. Es incongruente. Le damos a una persona 1.400 euros para que esté en la residencia y no se lo damos para que esté en su domicilio. Es verdad que se han compatibilizado prestaciones, servicios, pero es insuficiente. Es decirle: ‘yo no puedo ayudarte más, pero cuando te institucionalizas te doy tanto’. Eso estuvo encima de la mesa, pero económicamente no pudimos”. (Dpto. Derechos Sociales 2)

Por último, una cuestión medular extensible al conjunto de las iniciativas y compartida por profesionales y usuarias, es **la necesidad de trabajar en el aumento de las vías de información sobre recursos y trámites. Se evidencia un importante desconocimiento sobre los mismos:**

“Muchísima gente con problemática social, como va de aquí para allá, de acá para allá, va tocando puntos distintos hasta que llega a los tutelados y recibe la información, pero siempre como un suplemento de información. ¿Y a dónde tengo que ir? ¿Qué tengo que hacer?” (GF Profesionales Recursos de Atención)

Actuaciones para mejorar la calidad de la atención en domicilio

Una de las posibles acciones para la mejora de la atención en el domicilio es **la formación destinada a las personas contratadas en el ámbito privado**. Esta formación se demanda en aspectos diversos como, por ejemplo, la alimentación y se prolonga en otras direcciones (manejo de persona encamada, etc.).

“Pero no solamente en la cocina, porque necesitamos cómo levantarlo, cómo acostarlo, qué cosas hacer o no hacerle o si toman mucha agua, a veces se hinchan” (GF Trabajadoras cuidado domicilios)

La confluencia de trabajadoras familiares de servicios como el SAD con las trabajadoras del ámbito privado es una oportunidad para la formación. En esta misma dirección, y con clara vocación de completar una aproximación sociosanitaria, desde el espacio de salud se apunta al diseño de actividades formativas destinadas a trabajadoras de los domicilios desde la perspectiva de la prevención y la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

“Nosotros desde el centro de salud, antes de la pandemia, intentamos hacer con el Ayuntamiento talleres para cuidadoras de domicilio. (...) Es beneficioso para nosotros porque nos disminuye la presión asistencial. Entonces, por nuestra parte, sí que estaríamos abiertas desde primaria a hacer talleres, hacer formación a este tipo de cuidadoras. Claro, hay que idearlo” (GF Profesionales de Atención Primaria)

Un elemento especialmente destacado y que tiene notoria presencia a lo largo del informe es **la necesaria triangulación entre los diferentes agentes que intervienen en el cuidado**. En este sentido, reconociendo la centralidad del espacio familiar (**Capítulo 01**), se puede aprovechar la entrada de servicios públicos (el propio SAD) como una puerta abierta al trabajo con las familias en varias direcciones (prevención, autonomía, etc.). Por ejemplo, resulta interesante constatar la posibilidad de que servicios como el SAD se conviertan en auténticos “agentes de cambio” en cuestiones prácticas cotidianas o en afecciones de índole mayor (violencia, maltrato, etc.).

Además, y especialmente en el caso de las trabajadoras, se indica que ese vínculo debería considerar también el momento de la pérdida de relación contractual ya que todavía sigue existiendo un vínculo emocional:

“La familia tiene que entender que, a veces, te llega a querer incluso más que a sus hijos o sus familiares. Entonces, esa persona cuando fallece, yo creo que nosotros pasamos por un duelo. Y hay familias que no te dejan ni tiempo ni espacio para pasar, para hacer ese duelo, porque una persona que has querido igual diez años o cinco ha fallecido y te afecta”. (GF Trabajadoras cuidado domicilios)

Además de las obvias necesidades de la persona dependiente, existe una manifiesta demanda del denominado “cuidado de las cuidadoras” para enfrentar situaciones de sobrecarga diaria que, en muchas ocasiones, se auto reproducen. En este sentido, es importante incluir la dimensión de género, ya que las vivencias y sobrecarga vienen en gran medida atravesadas por esto, tanto para las profesionales como para las familias. De este modo, las acciones tendrían que ser capaces de suministrar espacios de respiro tanto a profesionales como a familiares.

Por otra parte, sería necesario fomentar la introducción de servicios de rehabilitación domiciliaria para poder cumplir el objetivo de la permanencia en el domicilio:

“Cuando una persona se rompe la cadera, se puede decidir el cuidado en domicilio en función de los apoyos, pero también por una cuestión de dónde puede hacer la rehabilitación mejor. Si se ha tomado la decisión de ir a un centro residencial por la cuestión únicamente de la rehabilitación y conseguir fisioterapia, habrá que ir a conseguir eso, que exista rehabilitación domiciliaria”. (Responsable sociosanitario 2)

Como actuaciones para la mejora de la calidad de la atención a domicilio se demanda la **inclusión de varias figuras profesionales en diferentes dispositivos de cuidados**: la figura de gestión de casos, que coordine los servicios y apoyos de las personas usuarias, estableciendo vínculos en pro de la persona y su proyecto de vida; terapeutas ocupacionales en los servicios sociales de base y centros de salud para poder llevar a cabo mejoras en el sistema, así como enfermería de geriatría, ya que esa formación específica facilitará dar mejor respuesta a las demandas de personas mayores.

Otro aspecto fundamental para prevenir situaciones de emergencia y favorecer la permanencia en el domicilio tiene que ver con la **teleasistencia y los denominados productos de apoyo para personas con dependencia o discapacidad**. El Departamento de Derechos Sociales va a hacer una apuesta importante a través de los fondos europeos Next Generation, para el desarrollo del servicio de teleasistencia y de las ayudas para la accesibilidad de viviendas. Concretamente, ha presentado un proyecto para poner en marcha un sistema de teleasistencia avanzada, por un importe de más de 9 millones de euros, para la atención de las personas dependientes

en su propio domicilio. El objetivo es introducir equipamientos domiciliarios que favorezcan la promoción de la autonomía personal mediante el uso de la teleasistencia avanzada, así como de cualquier otro medio tecnológico que permita la prestación de apoyos y cuidados en viviendas conectadas y entornos de cuidados inclusivos, también en el medio rural. De este modo, el servicio de teleasistencia domiciliaria, que actualmente atiende a 7.350 personas usuarias, se va a ir ampliando progresivamente hasta llegar a unas 11.000 personas a lo largo de los próximos cinco años. La renovación de la teleasistencia permitirá llegar a toda Navarra, especialmente a zonas rurales y que tienen ahora problemas de dispersión y aislamiento.

Por otro lado, este mismo Departamento, también a través de dichos fondos europeos, destinará 3,4 millones a familias y particulares para **adquisición de productos de apoyo** para personas con dependencia o discapacidad reconocida y mayores de 65 años en 2022. Para dicha adquisición se pondrán en marcha dos convocatorias donde la de mayor dotación (3,3 millones de euros) se dedicará a productos tecnológicos más complejos para apoyo en distintas facetas de la vida cotidiana. La segunda convocatoria, de 50.000 euros, va destinada a la adquisición de apoyos más sencillos.

Extensión de la red de Centros de Día y de transporte para el acceso a los recursos

No siempre los recursos para favorecer la permanencia en el domicilio de las personas mayores deben situarse en el interior de los mismos. En el trabajo de campo realizado se ha puesto en valor la importancia y determinación que la existencia de los Centros de Día o Estancias diurnas pueden tener para mantener a la persona durante más tiempo y con más calidad en su domicilio. En este sentido, se valora una mayor extensión de **la red de Centros de Día en Navarra, así como de la red de transporte para poder cumplir el deseo de permanencia en el domicilio manifestado por las personas mayores, por sus familias y por la propia Administración.**

Se señala que los **Centros de Día deberían estar más desarrollados y contar con más apoyo público** con el fin de que gran parte de la ciudadanía pueda beneficiarse de este tipo de recurso valorado muy positivamente.

“Los Centros de Día o jubilotecas de los pueblos son servicios muy bien valorados por los familiares y las personas, pero no tienen a veces apoyo público, están siendo subvencionados por bancos. Eso tendría que estar generalizado, dentro del sistema y garantizado. Es bueno que sea algo estable, garantizado ya que a veces dependen de subvenciones” (Responsable sociosanitario 2)

El Consejo Navarro de las Personas Mayores, en la encuesta realizada a sus vocales, enfatiza la conveniencia de la implantación de Centros de Día de forma generalizada en el territorio, de carácter público y ubicados en el entorno, con intensidades más altas, abaratamiento de los precios y apertura ampliada a los fines de semana. En este sentido, Javier Goikoa, miembro del Consejo del Mayor del Departamento de Derechos Sociales, presenta una iniciativa para poner en marcha centros multifuncionales en cuatro municipios del Pirineo. Este tipo de iniciativas ciudadanas deben ponerse en valor al haber un gran conocimiento de la zona, de las gentes, de las formas de vivir, así como de las posibles soluciones y recursos a utilizar. Por ello entendemos que sería muy adecuado desarrollar un estudio para la posible implantación de estos centros multifuncionales:

“No quiere decir que sea exclusivamente Centros de Día, o sea, multifuncional. Que tengan donde recoger a las personas mayores, donde puedan descansar los que están cuidando, que eso es todo grandes problemas, pero claro, esas personas también tienen necesidades y las 24 horas 365 días al año... En estas cuatro zonas hay edificios que se pueden adaptar. Entonces quiero decir que la cuestión está en que esos edificios hay que adaptarlos”.

El Departamento de Derechos Sociales, a través de los fondos europeos Next Generation, ha aprobado una convocatoria de subvenciones mediante la cual se invertirán 6.758.561 euros en la reforma de infraestructuras de centros sociosanitarios de la Comunidad Foral. Se trata de una convocatoria de subvenciones con dos modalidades: 1) la construcción de Centros de Día públicos, que favorecerá la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y 2) la remodelación de residencias y centros de día para personas mayores y con discapacidad con el objetivo de adecuarlos al nuevo modelo de atención centrado en la persona.

En este sentido, es importante la reciente licitación para construir 11 Centros de Día, que conllevarán un aumento aproximado de 300 plazas para el sistema de atención. Los municipios en los que se construirán son: Acedo, Barañain, Berriozar, Murchante, Sartaguda, Zizur, Aibar, Cadreita, Valle de Esteribar, Noain y Fontellas. A estos nuevos centros se sumará la inminente apertura del Centro de Día de Berriozar, integrado en el Centro Iruñalde, complementando así el abanico de recursos ofrecidos.

Todas estas medidas se justifican desde la experiencia de diferentes recursos de estas características (tanto públicos como privados) que **evidencian el apego y su idoneidad**, por lo que, las ideas de no continuidad, generan incertidumbre en la población:

“El día que no esté el centro... Estamos vendidas. No vamos a ninguna parte más que allá” (GF Personas usuarias Centro de Día).

Evaluación, desarrollo y transformación del SAD

El SAD debe seguir considerándose un servicio público básico de atención por su papel fundamental a la hora de permitir la permanencia de las personas mayores en el domicilio. Esta consideración de “servicio público” no es una cuestión baladí, ya que al ser desarrollado en la esfera privada ha generado debates sobre cómo debe producirse su articulación y, por tanto, su futuro desarrollo y transformación:

“En nuestro servicio, más de una vez nos ha surgido el debate si en el momento que entra una profesional de servicio de atención a domicilio, en ese domicilio, durante esa hora, eso pasa a ser un espacio público. Ya no es un espacio privado. (...) Es decir, cuando una familia te dice: “Esta es mi casa y yo aquí puedo decir que me dé la gana”. Pues, no. No me puedes decir lo que te dé la gana” (GF Trabajadoras SAD Comarca de Pamplona)

Como elemento de análisis y de debate se exponen a continuación determinadas orientaciones para la mejora del SAD (SIIS, 2020b) que, en algunos casos, son detalladas posteriormente:

- **Incrementar la cobertura** y, sobre todo, la intensidad del servicio.
- **Repensar el posicionamiento del SAD** en la cartera de Servicios Sociales.
- **Mejorar la estratificación** de las personas usuarias en función de sus necesidades y conectar de forma más eficaz los servicios ofrecidos a las necesidades identificadas.
- **Impulsar en mayor medida las fórmulas de organización** del servicio basadas en la autogestión en ámbitos territoriales reducidos.
- **Introducir nuevas figuras profesionales** para la prestación del servicio.
- **Avanzar en el desarrollo de servicios y recursos** complementarios al SAD, y permitir una mayor compatibilización de los diferentes servicios y prestaciones.
- **Seguir avanzando en la diversificación** de servicios o actividades en el marco del SAD.
- **Redefinir el copago** y avanzar hacia la gratuidad de los cuidados personales.
- Fomentar un **mayor aprovechamiento de las tecnologías** avanzadas en la prestación del SAD y en la articulación de los cuidados y apoyos que se prestan a las personas mayores que residen en su domicilio.
- Establecer **sistemas de evaluación** de la calidad de la atención.

Los grupos y entrevistas llevadas a cabo han puesto de manifiesto que el SAD es un servicio valorado muy positivamente pero que no puede satisfacer la demanda de atención en el hogar con los esquemas de atención tradicionales, por lo que deben producirse cambios e innovaciones. En este sentido, es necesario adaptarlo e incorporar estándares mínimos sobre la calidad y sistemas de acceso, con un nuevo diseño institucional:

“Con el sistema de atención domiciliaria que tenemos, lejos de ir mejorando, estamos año tras año perdiendo usuarios, porque no damos respuesta a las necesidades que tienen las personas dependientes” (Dpto. Derechos Sociales 1)

Se considera que el SAD debiera reforzarse con el fin de que pudiera trabajar más desde el ámbito preventivo.

“El SAD es un servicio que hay que potenciarlo y volver a su origen de trabajar la prevención para las personas que son todavía autónomas no la pierdan” (Parlamentario/a 1)

El artículo 24 de la Ley Foral 15/2006 de Servicios sociales señala que la planificación general corresponderá a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, mediante la elaboración de los planes estratégicos de servicios sociales de Navarra y de los planes sectoriales de ámbito general con el fin de evitar desequilibrios territoriales para un mejor aprovechamiento de los recursos existentes. De este modo, se demanda que el Departamento de Derechos Sociales lidere una nueva planificación y regulación del SAD. Se señala que esta falta de regulación conlleva atenciones muy desiguales.

“Que marque un poco las directrices como marca en otros programas. En infancia hay situaciones mil y, sin embargo, se ha trabajado en un manual conjunto, en una valoración conjunta, en unos equipos desarrollados por área de apoyo, pero que tienen unas líneas claras de qué quieren. Y qué se atiende en primaria, qué se atiende en secundaria, qué población, qué es nivel de desprotección... es muy similar” (GF Programas Autonomía SSB)

Una posible propuesta a estudiar por parte de la Administración Foral de Navarra, sería la de garantizar la prestación del SAD a las personas dependientes desde el nivel secundario, en las intensidades y condiciones que exige la normativa estatal, manteniendo en el nivel primario los actuales SAD con su configuración actual. El programa de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia no cuenta con equipos de trabajo a nivel de área, como sí ocurre con los programas de Infancia y Familia y el de Incorporación Social, sino con equipos a nivel de zona. Cabría la posibilidad de **estudiar la creación de equipos de SAD a nivel de área en los Centros de Servicios Sociales**. Estos equipos incluirían al conjunto de trabajadoras familiares de las diferentes zonas del área más, al menos, una figura de coordinación del SAD a nivel de área. De este modo, el programa tendría una mayor flexibilidad en lo que se refiere a recursos personales, así como la posibilidad de coordinar actuaciones comunitarias a nivel de área, con el fin de optimizar esfuerzos. Este modo de organización podría dar solución al problema de la falta de recursos personales en zonas rurales. Además, **la existencia de una figura de coordinación a nivel de área** de los distintos SAD de las zonas básicas serviría de apoyo a las trabajadoras sociales de los SAD de cada zona y ayudaría en la necesaria homogeneización de los servicios. Asimismo, a nivel de área podrían ser más fácilmente planteables servicios de comida a domicilio, préstamo de material ortoprotésico, lavandería y respiro de la persona cuidadora que, en algunos lugares, a nivel de zona básica, no son viables. Esta propuesta de **SAD redefinido y reestructurado, que debe de estar en relación con el espacio sociosanitario**, exigirá obviamente un análisis y debate en profundidad.

En esta línea, hay que señalar la existencia de una propuesta de creación de Equipos multidisciplinares de intervención en hogares con personas dependientes (EMIHD) diseñada por Cristina Lopes Dos Santos, profesora de la Universidad Pública de Navarra y directora técnica de la Fundación Gizain, para la puesta en marcha de equipos de intervención intrafamiliar y comunitaria en situaciones de diversa dependencia a nivel de área de servicios sociales. La puesta en práctica de estos equipos permitiría, entre otros elementos, la reducción de costes, la adecuación de la intervención a cada persona y familia, la activación comunitaria en el reconocimiento y apoyo de las familias y personas con dependencia, la sostenibilidad familiar y los proyectos individuales, el apoyo a la figura familiar cuidadora, así como el desarrollo de recursos de proximidad a bajo coste y locales. El documento sobre el proyecto se encuentra disponible para su lectura en el [Anexo 5](#).

Otra necesidad que debe de ser abordada es la referida a contar con una vivienda adaptada a las necesidades de las personas mayores, así como utilizar productos de apoyo. En este sentido, es importante **que los domicilios en los que se presta el SAD cuenten con adaptaciones y recursos que faciliten el cuidado (camas articuladas, grúas), de la misma forma que se dispone en el entorno hospitalario**.

Por otra parte, las plantillas profesionales han sufrido una histórica desatención. Por ello, y sumado a los propios procesos de envejecimiento de las trabajadoras, el SAD tiene un reto en el mantenimiento de las plantillas. En este marco, se señalan las bondades de la conformación de equipos de SAD multidisciplinares porque esto revierte positivamente en el trabajo. Se afirma que en aquellas entidades locales en donde los equipos están conformados por profesionales de distintos ámbitos, la atención mejora.

“Nosotros, por ejemplo, en verano hicimos la propuesta de incorporar un fisioterapeuta y una psicóloga y es que esos resultados se han visto”. (GF Programas Autonomía SSB)

Asimismo, es necesario introducir la evaluación de los servicios públicos con el fin de “superar la tendencia a comparar las alternativas de atención únicamente en relación con su coste y pasar a compararlas también en términos de resultados para medir su efectividad (cobertura, eficacia y eficiencia) en el logro de objetivos tales como el aumento de la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas y de sus familias, o el mantenimiento de su capacidad funcional cuando pueden seguir viviendo en su casa y en su entorno con los apoyos que precisan” (Rodríguez, 2015: 167). En esta dirección, evaluar la acción del SAD en Navarra parece necesario, siendo de interés conocer el retorno económico y los beneficios que aporta al sistema de salud y de servicios sociales.

Como elemento final, se hace necesario dar a conocer mejor y dignificar el trabajo que realiza el SAD, de modo que incluso también pudiera suponer un yacimiento de empleo.

“Tenemos que potenciar y dignificar el trabajo con unos buenos contratos y unos buenos salarios para que luego realmente tengamos un yacimiento de gente que se pueda dedicar a ese trabajo. Si tuviésemos un SAD muy potente y muy desarrollado, tendríamos un montón de gente” (GF Programas Autonomía SSB)

Creación de recursos intermedios de convalecencia y extensión del PAISS

El Proyecto de Atención Sociosanitaria (PAISS) cubre una parte de las necesidades de cuidados al alta hospitalaria. Tras la reciente implantación en las áreas de Estella y Tudela y la próxima en el área de Pamplona, **la extensión del PAISS a todo el territorio foral sería un paso muy positivo para afianzar la construcción del espacio sociosanitario.**

Antares (2016) recoge las principales características y beneficios potenciales de los cuidados sociosanitarios intermedios. De este modo, los cuidados sociosanitarios intermedios se definen bajo los siguientes criterios:

- Están dirigidos a personas que de otra manera deberían hacer frente a largas hospitalizaciones innecesarias, o la inadecuación de su estancia hospitalaria.
- Se les proporciona sobre la base de una evaluación multidisciplinar exhaustiva, lo que resulta en un plan de atención individual estructurado que consiste en una terapia activa, tratamiento u oportunidad para la recuperación de las capacidades funcionales.
- Tienen un resultado previsto de maximizar la independencia y, por lo general, permite a los pacientes o usuarios volver a vivir en su domicilio habitual.
- Son de tiempo limitado, normalmente no más de 6 semanas y con una duración mínima de entre 1 y 2 semanas.
- Implican trabajo inter-profesional, con un marco de evaluación individual, los registros profesionales individuales y protocolos compartidos.

Desde diferentes foros se apuesta por la **creación de recursos o centros intermedios de atención sociosanitaria adicionales para la atención de la convalecencia post-hospitalaria que complemente los servicios que ya presta el PAISS.**

“Habríamos de un recurso sociosanitario real donde hacer la convalecencia y seguimiento y ver que necesidades tienen después de una crisis sanitaria y vital. La mayor parte de las personas mayores siguen siendo atendidas por la familia. La familia va sujetando y garantizando esos apoyos. Hay un momento en el que necesitan más apoyos y ahí es donde nos quedamos cortos en todos los aspectos” (Trabajo Social Sanitario 3)

Por otro lado, se denuncia cómo las residencias son utilizadas a semejanza de recursos hospitalarios sin tener los recursos suficientes para proveer de la atención que se precisa:

“Es verdad que en los centros hospitalarios se utiliza mucho el “como en la residencia tienen médico y enfermeras, que se vaya a su casa, que es la residencia, y allí ya le atenderán”. Y muchas veces oímos a las enfermeras y a los médicos decir: “Vaya responsabilidad nos han dejado. Nosotros no somos un hospital”. (GF Trabajadoras Centros Residenciales)

Este nivel de atención de los cuidados sociosanitarios intermedios **permite el retorno de pacientes al domicilio, la utilización óptima y liberación de recursos sanitarios, mejora la satisfacción tanto de pacientes como de profesionales, acorta las estancias medias y evita hospitalizaciones y ingresos innecesarios, garantizando la recuperación de las capacidades funcionales** y la reincorporación a las actividades habituales.

Apoyo a las iniciativas de alojamientos colaborativos en Navarra

Ante la escasez de recursos de vivienda es imprescindible poner en marcha otros modelos e iniciativas en el ámbito residencial. Durante los últimos años, se ha extendido el neologismo “cohousing”⁷ (en castellano “co-vivienda”) para denominar un fenómeno que engloba propuestas muy diversas. Un elemento común de todas es su carácter colaborativo y de apoyo mutuo, por lo que aquí nos referiremos preferentemente con el término alojamientos colaborativos. **Un elemento distintivo de estos proyectos es la alta participación de las personas residentes, su carácter autogestionado y su estructura democrática.**

Mogollón y Fernández (2016: 28) proponen el concepto de vivienda colaborativa como “un grupo de apartamentos privados completos que cuentan con espacios y/o servicios comunes compartidos por las personas residentes que están basadas en sistemas de organización interna horizontales que fomentan la colaboración interna para la consecución de los objetivos. Esto supone la existencia de una personalidad jurídica o formal para el colectivo, unos modos de gestión específica y con soberanía vecinal en la toma de decisiones.”

En Navarra han surgido diferentes iniciativas en esta materia. De los 15 proyectos agrupados en Koobizitza (red que reúne proyectos de alojamientos colaborativos de cooperativas en cesión de uso en Euskadi, La Rioja y Navarra), siete corresponden a Navarra: Arterra bizumodu en Artieda, Amarauna en Ziordia, Cohousing Rivera Navarra e Irazarra en Lumbier y Bizikabi, Etxekide y Etxekonak bat en Pamplona. Todas comparten el objetivo de fomentar un modelo de viviendas sin ánimo de lucro, basadas en la propiedad colectiva, la cesión de uso, la autogestión y la ayuda mutua y enmarcadas en Redes de Economía Alternativa y Solidaria (REAS).

La fórmula del alojamiento colaborativo senior consiste en una promoción de vivienda impulsada por una cooperativa de iniciativa social, sin ánimo de lucro, gestora de servicios comunes o espacios compartidos en el inmueble. Las personas que lo habitan son usuarias de los alojamientos propiedad de la cooperativa de la que forman parte, pero no acceden a la vivienda en régimen de propiedad individual. La propuesta de alojamientos colaborativos tiene como fundamento la idea de contar con espacios privados, pero también compartir tanto espacios comunes como cuidados.

La estructura no jerárquica, democrática y participativa es otra de las señas de identidad de las iniciativas de alojamientos colaborativos en Navarra. Estas estructuras se organizan en grupos de trabajo, que van diseñando y perfilando cada aspecto a desarrollar. Las entidades cuentan con una Junta Rectora y grupos de trabajo de cuidados, economía, comunicación y arquitectura.

Entre las motivaciones que llevan a algunas personas a implicarse en estos proyectos están las experiencias que han tenido en relación a los cuidados, mientras que a otras les mueve otro modelo alternativo a una residencia tipo. En esta línea, un elemento que ya trabajan previamente es cómo atender las situaciones de fragilidad y dependencia que progresivamente se darán entre sus miembros.

7. La primera comunidad de cohousing se sitúa en 1972 en Dinamarca. Actualmente, es uno de los pocos países donde los alojamientos colaborativos son una alternativa real para las personas mayores (un 1% de las mayores de 55 años residen en este tipo de viviendas). El modelo danés se caracteriza por una combinación entre apoyo público y estructuras privadas sin ánimo de lucro que facilitan la creación de proyectos. En Alemania el modelo se caracteriza porque las promotoras de los proyectos son estructuras privadas sin ánimo de lucro, aunque la participación gubernamental es cada vez más alta (ORS, 2018: 14).

Una cuestión clave que repercute en la viabilidad de estas iniciativas es que la cooperativa pueda obtener derecho de superficie sobre un solar público en régimen de cesión de uso, ya que se trata (al menos en el caso de las entidades consultadas) de un proyecto urbano:

“El planteamiento nuestro es que sean viviendas que llamamos en cesión de uso, es decir, yo viviría ahí hasta que me muera, si es mi deseo, pero en el momento que yo me muera, eso volverá a otra persona. Y mis herederas y herederos lo que recuperarán es solamente mi aportación inicial”. (Promotora alojamientos colaborativos 2)

“Los alojamientos colaborativos senior son una alternativa de vida que responden a un nuevo concepto de vivir la vejez de una manera más autónoma, y que responde a la demanda de muchas personas mayores que quieren vivir el envejecimiento en su casa o como si estuvieran en su casa. La diferencia con otras alternativas residenciales de personas mayores trasciende de lo arquitectónico a lo social. Una de sus fortalezas es su diseño y gestión participativas, y la flexibilidad que aportan a la hora de adaptarse a cada comunidad, a cada grupo de personas y a cada individuo, en busca del equilibrio entre la vida privada y la comunitaria.” (Promotora alojamientos colaborativos 1)

Cabe señalar que, si bien en enero de 2022 el Gobierno de Navarra anunció una posible cesión de una parcela en Noáin, finalmente no ha sido posible, pero cabe la posibilidad de que salga a concurso público un solar en el barrio pamplonés de la Txantrea.

“Sería maravilloso que las instituciones en vez de un freno fueran una ayuda” (Promotora alojamientos colaborativos 2).

Cabe reseñar que el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, recoge los Alojamientos Colaborativos Senior como novedad relevante que tiene que ver con la regulación de autorizaciones específicas para aquellos servicios que se diseñan en el marco de experiencias pilotos, y que apuestan por la innovación, posibilitando nuevas fórmulas de abordar las necesidades, destacando la posibilidad de desarrollo de alternativas habitacionales para personas mayores que se organicen para fomentar la autonomía en alojamientos colaborativos fundados en el apoyo mutuo y la autogestión. Así mismo, se facilita que una vez validadas estas experiencias pilotos, pasen a incorporarse como nuevos servicios.

CAPÍTULO 03.

EL SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

Capítulo 03.

EL SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

*“Las personas desean permanecer en su domicilio y si no es en casa, como en casa”
(Sancho y Martínez, 2021: 338).*

Las residencias constituyen uno de los servicios del sistema de cuidados, complementario a los recursos domiciliarios. Si bien la tendencia es favorecer la permanencia en el hogar, en ocasiones esto no es posible, “sobre todo ante ciertas situaciones vinculadas a la necesidad de cuidados intensos”, por lo que se hace necesario “reorientar los actuales dispositivos hacia las personas en situación de gran dependencia y con complejidad de cuidados, como es el caso de personas con demencia avanzada y gran dependencia” (Sancho y Martínez, 2021: 381).

“El modelo residencial no es el modelo de atención a personas dependientes, es una de las patas. Entonces evidentemente va a jugar un papel en el sector de la población más vulnerable y más dependiente, mayores grados de dependencia, menos red familiar, menos apoyo social. Tenemos ya un 70% de población más o menos dependiente en las residencias y eso va a ir creciendo y cada vez más va a ser el último recurso de la red, pero es fundamental. No hay que contraponer los servicios en domicilio con los de la residencia, sino simplemente entenderlos como un sistema complejo complementario” (Dpto. Derechos Sociales 1)

Para la LAPAD (Art. 25) los centros residenciales son:

“establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigida a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de su autonomía personal. Ofrecen, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados, de carácter personal y sanitario, unos de carácter básico, como alojamiento, manutención, asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, y atención social y sanitaria, otros especializados, de prevención, asesoramiento y orientación para la promoción de la autonomía, atención social, habilitación o atención asistencial y personal, atención médica, psicológica, de enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación funcional. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales”.

Los centros residenciales han experimentado un importante crecimiento en los últimos años. Según datos del IMSERSO, España contaba en el año 2000 con 215.156 plazas residenciales para personas mayores. En el año 2011, el número de plazas ascendió a 372.628 y en 2020 se alcanzaron las 389.677. Esto supone que en 20 años se ha producido un incremento de más de 8.000 plazas cada año. En 2020 más de seis de cada diez plazas (63,2%) eran de financiación pública, aunque más del 70% de las plazas estaban en centros de titularidad privada.

En relación con el índice de cobertura, este ha oscilado a lo largo de este periodo, alcanzando su mayor valor en 2011 y disminuido en 2020 por el gran incremento de la población mayor de 65 años y debido, con gran probabilidad, al impacto de la pandemia por COVID-19. En 2011, las personas usuarias de centros residenciales mayores de 80 años en España representaban el 59,2%; de éstas, el 57% eran mujeres. La situación ha cambiado enormemente ya que, en 2020, las mayores de 80 años representaban el 79,3%, de las que eran mujeres el 75,9%. Es decir, el perfil mayoritario de quien ingresa en residencias es el de una mujer longeva. Este alargamiento de la longevidad conlleva mayores tasas de dependencia y, por ende, más necesidad de atención. Esta misma situación ya se puso de relieve con las personas usuarias del SAD.

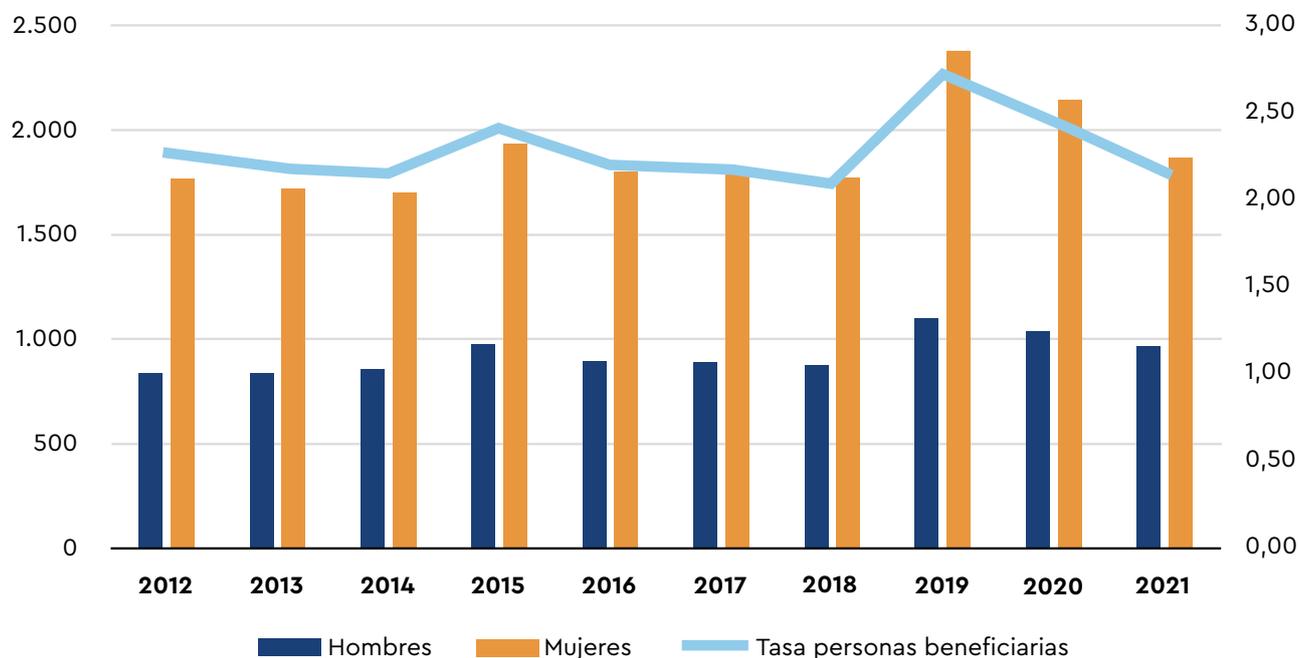
En Navarra, la Cartera de Servicios Sociales de ámbito general establece el servicio residencial como una prestación garantizada para personas mayores de 65 años en situación de dependencia. Se define como un servicio prestado en establecimiento residencial para ofrecer atención integral a las necesidades básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales. Según el Departamento de Derechos Sociales, a 23 de marzo de 2022, en Navarra se ofertaban 6.159 plazas residenciales distribuidas en 76 centros, cuyas subcategorías son: 'Centro Residencial mayores dependientes' (69 centros), 'Centro Residencial mayores dependientes Psicogeriátrico' (6 centros) y 'Centro Residencial mayores no dependientes' (1 centro).

Tal y como se desarrolla en el [Capítulo 05](#), la distribución de estos centros por áreas de Navarra en relación con la población mayor de 65 años permite ver las diferencias y los desequilibrios existentes. De este modo, Tafalla y el área Noreste tienen los índices de cobertura más altos (7,08 y 7,30% respectivamente). Estas zonas superarían ampliamente las recomendaciones de la OMS, que estipula que el baremo óptimo para brindar la mejor atención y cuidado a las personas mayores es disponer de cinco plazas residenciales por cada 100 habitantes que hayan pasado dicha barrera de edad. Las áreas de Estella y Tudela también superan la recomendación establecida por la OMS (5,61 y 5,36% respectivamente). En el lado opuesto se encuentran Pamplona y Comarca y la zona Noroeste, con unos índices de cobertura del 3,9 y 3,5%. En el caso de Pamplona, aunque ha mejorado en el último año por la apertura de dos centros, aún está lejos de alcanzar dicha recomendación y, además, es el área donde se concentra la mayor parte de la población mayor y con dependencia. En los próximos años se prevé la construcción de, al menos, tres centros más, por lo que es previsible que mejore el índice de cobertura.

Los datos del Departamento de Derechos Sociales permiten conocer la distribución de plazas residenciales con financiación pública por sexo, donde es abrumadora la proporción de mujeres frente a los hombres. En consonancia con los datos estatales, en la Comunidad Foral el 78,6% de las personas usuarias de residencias tiene más de 80 años y, de éstas, el 71,8% son mujeres.

El número de personas con Servicio residencial permanente alcanzó su dato máximo en 2019 para descender en los dos años siguientes, muy probablemente como un efecto de la pandemia.

Gráfico 9. Nº de personas con Servicio residencial permanente por sexo y tasa de personas beneficiarias (% población 65 años y más) en Navarra



Fuente: ORS. <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/servicios-y-prestaciones/ind-24/>

Otro servicio residencial establecido en la Cartera es el Servicio de ingresos temporales en residencia para personas mayores. Es una prestación garantizada para mayores de 65 años que consiste en un servicio prestado en establecimiento residencial, para ofrecer durante un periodo de tiempo limitado atención integral a las necesidades básicas, con el fin de facilitar la permanencia en el entorno habitual y el apoyo a las personas cuidadoras. Da respuesta a diferentes situaciones transitorias, tanto de la cuidadora principal (enfermedad, ingreso hospitalario, respiro u otras necesidades u obligaciones personales), como de la persona usuaria. Sin embargo, este servicio es mucho menos utilizado que el anterior y también las mujeres son usuarias predominantes frente a los hombres. Fue en 2015 cuando este tipo de servicio fue más utilizado (126 personas) frente a las 119 personas beneficiarias en 2021.

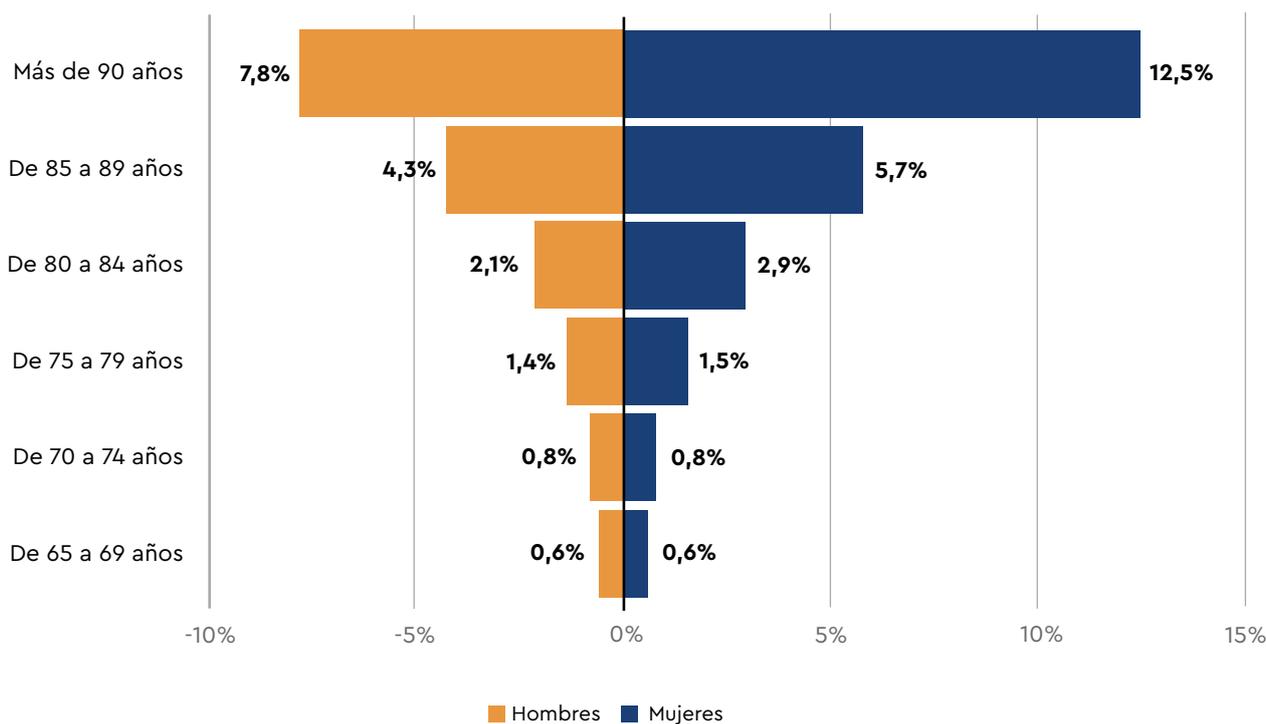
La Cartera de Servicios Sociales de ámbito general, en su Disposición Adicional Segunda, contempla la Prestación económica Vinculada al Servicio (PVS) e indica que, en los casos de las prestaciones garantizadas de atención residencial para personas mayores en que no sea posible el acceso a un servicio público o concertado, éste será sustituido por una prestación económica que estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de ese servicio. De este modo, las personas que tienen garantizada una plaza residencial pueden acceder a una plaza concertada o recibir una PVS para el pago de la plaza residencial cuando no se les puede ofertar una plaza concertada por no haber disponibilidad.

Tal y como viene siendo tendencia, el número de personas que accedieron a esta prestación alcanzó su máximo valor en 2019 con 1.835 personas beneficiarias, para ir descendiendo progresivamente, hasta las 1.368 personas beneficiarias en 2021. Esta prestación económica también puede ser concedida para servicios residenciales

temporales. No se presentan datos referentes a esta prestación porque en los dos últimos años no ha habido concesiones. Fue en el año 2014 cuando más prestaciones de este tipo fueron otorgadas (19 personas).

Un ejercicio de interés es estimar el porcentaje de población mayor de 65 años en residencias de mayores, esto es, institucionalizada. Al relacionar el padrón con la distribución por edad y sexo de las 3.342 personas que ocupan plazas residenciales públicas (incluidos servicios residenciales y PVS) se observa que los porcentajes de institucionalización se incrementan conforme aumenta la edad de las personas mayores. Asimismo, son superiores para las mujeres a partir de 75 años frente a los hombres (en ambos sexos son el 0,6% en la franja de 65 a 69 años y el 0,8% de 70 a 74 años). De este modo, del total de mujeres de más de 90 años en Navarra el 12,5% está en una plaza residencial financiada por Gobierno de Navarra frente al 7,8% de los hombres, y en la franja de 85 a 89 son el 5,7% y el 4,3%, respectivamente. Si se conocieran los datos sociodemográficos de quienes ocupan plazas residenciales no financiadas por el Gobierno de Navarra es probable que se duplicarían estos porcentajes.

Gráfico 10: Porcentaje de personas mayores de 65 años en plazas residenciales financiadas por el Gobierno de Navarra, según sexo y edad. Año 2021.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Departamentos de Derechos Sociales e INE.

Este capítulo⁸ incide en algunas causas que condicionan el modelo residencial en la Comunidad Foral; de entre ellas destacan los aspectos derivados de la gestión y las condiciones laborales, si bien este último elemento se abordará con más detalle en el Capítulo 04. Estas causas conllevan algunas consecuencias con incidencia directa en las personas que acuden a una residencia, su entorno familiar y también para los profesionales. De ahí que se señalen una serie de propuestas con el objetivo de revertirlas.

Causas identificadas

En el trabajo de campo realizado se han detectado elementos para el análisis del Servicio de Atención Residencial. Algunas de las cuestiones observadas que impactan en el bienestar de personas usuarias, familias y trabajadoras de los centros son:

- La imagen social de las residencias.
- El modelo de Atención Integral Centrada en la Persona.
- El debate sobre los diferentes modelos de gestión.

La imagen social de las residencias

A lo largo del trabajo de campo se ha evidenciado en repetidas ocasiones la existencia de una imagen social negativa de las residencias; de forma transversal, se recoge la ausencia de reconocimiento de los cuidados prestados en las residencias, amplificada a raíz de la pandemia:

“Creo que hay una imagen muy negativa de los centros residenciales, creo que además todo el tema del Covid no ha ayudado para nada, todo lo que se ha sacado sobre nuestros centros ha sido negativo” (Dpto. Derechos Sociales 2)

Son varias las causas que pueden atribuirse a esta mala imagen de los centros residenciales: la atención poco adaptada a las necesidades personales, las condiciones laborales y las altas cifras de fallecimientos ocurridos durante la pandemia.

Respecto a la atención uniforme y poco adaptada a las necesidades personales, si bien esta cuestión está siendo abordada en Navarra a través de la entrada del Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona y del Decreto foral 92/2020, lo cierto es que, en general, en España, las residencias “ofrecen una atención muy uniforme con escasas opciones para que las personas puedan elegir y decidir en el día a día cuándo precisan ayuda de los profesionales (hora de levantarse, acostarse, dónde y con quién comer o pasar el día)” (Sancho y Martínez, 2021: 350). En este sentido, profesionales de recursos residenciales señalaban limitaciones resultantes de la atención uniforme y cierta pérdida de libertad:

“La persona mayor, en el momento que entra una residencia, yo estoy hablando del ámbito privado, que es el que conozco, porque en lo público no he estado, pierde totalmente su libertad, pierde totalmente su libertad porque se decide desde lo que se... la ropa que se pone, hasta lo que come... No puede decidir nada...” (GF Trabajadoras Centros Residenciales)

8. Cabe señalar que, para la construcción de este capítulo, se ha contado con la presencia, en los grupos focales, de familias de usuarios/as, trabajadoras de centros residenciales, y personas usuarias procedentes de diferentes puntos de la Comunidad Foral. Por otra parte, se obtuvo representación, en entrevistas individuales o grupos focales de responsables de recursos de las siguientes entidades: Lares Navarra, ANEA, Solera Asistencial, i3e-iniciativas de la tercera edad, Amavir, Residencia El Vergel, Residencia Santo Domingo, Residencia Municipal de Corella, Centro de atención diurna de Aibar, Hermanas Hospitalarias Padre Menni y representantes de los apartamentos tutelados de Ansoain (Grupo Proginsa) y Pamplona (Ayuntamiento de Pamplona).

En el contexto del mercado de trabajo, las precarias condiciones laborales de las personas que trabajan en las residencias y que tienen un impacto directo sobre la calidad de los cuidados es otra de las causas. Como se verá más adelante, la insuficiencia de los ratios de personal, así como un trabajo escasamente reconocido y pagado, inciden directamente en el cuidado de las personas mayores y en la imagen social de las residencias.

A su vez, las altas cifras de fallecimientos ocurridos en residencias derivados de la pandemia también influyen en la percepción social. Como señalaba El País (2021), “muchas familias retrasan o descartan la decisión de recurrir a una residencia. Y eso obliga a buscar alternativas, como el cuidado en el hogar o contratar servicios externos”. A este respecto, la Auditoría de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la COVID-19 llevada a cabo por Fresno et al. (2020: 17) apunta conclusiones de interés en este asunto. Algunos factores que explican el mayor o menor impacto en las residencias fueron la prevalencia de la COVID-19 en la zona básica de salud donde se sitúa la residencia, disponer de PCR, el número de residentes o la disponibilidad de recursos humanos, entre otros. En cambio, la ratio de personas empleadas en las residencias se considera que fue un factor de protección: altas ratios de profesionales llevan consigo menor probabilidad de impacto por la pandemia.

En este sentido, se subraya el fuerte impacto de la pandemia en las residencias provocado por tener que asumir la asistencia a personas que enfermaban sin tener preparación, sin contar con medios, sin medidas de protección y con menos personal del habitual:

“Precisamente durante la pandemia se ha demostrado que las residencias han sido muy afectadas, pero no más afectadas que el sistema hospitalario y que la atención primaria. Me da la sensación de que como hemos sido las más afectadas, es que lo hemos hecho mal. Lo que pasa es que en las residencias hemos sido las más afectadas porque teníamos a los pacientes más vulnerables” (Colegio profesional 1)

Las personas entrevistadas señalan que otra de las causas del fuerte impacto que la pandemia tuvo en los centros residenciales fue la falta de coordinación entre el sistema social y el sanitario, que es una realidad ampliamente señalada:

“Cuando queremos coordinarnos con la parte sanitaria, la enfermera de referencia del usuario, el médico de cabecera, el geriatra, neurólogo, es imposible, es súper, súper complicado, cuando sería mucho más fácil a la hora de actualizar tratamientos, ¿no?, de poder llevar un seguimiento, una coordinación” (GF Profesionales Recursos de Atención)

Sin embargo, hay personas que ocupan puestos de responsabilidad en la gestión de centros residenciales y usuarias que también aportan una visión positiva, incidiendo en que, en ocasiones, la atención dada en las residencias es más adecuada que la que se procura en los domicilios.

“Yo tampoco estoy de acuerdo a veces que en un domicilio se esté mejor que una residencia. La persona está en su medio, pero, a veces, es una persona que está con una cuidadora en casa las 24 horas del día, solamente con una única persona. En las residencias, en general, hay un buen clima, hay profesionales, hay médicos, hay enfermeras y terapeutas. Hay socialización. Me parece que realmente si tienes unas condiciones dignas, si no es un sistema de mínimos y si somos capaces de hacerlo atractivo, a veces me parece que es más ventajoso que un propio domicilio” (Dirección Centro 2)

En esta misma línea, el Estudio de satisfacción de personas usuarias de centros gerontológicos propios o con plazas concertadas en Navarra (ORS, 2016) recogía una satisfacción positiva en general en dichos centros -8,5 puntos sobre 10-; cabe señalar que las familias se mostraban más satisfechas con la asistencia recibida que las personas residentes.

El modelo de Atención Integral Centrada en la Persona

Hacer que las personas mayores sean el centro del sistema de cuidados conlleva tener en cuenta las diferentes esferas (física, social, emocional, psicológica) permitiendo procesos de empoderamiento. De este modo, debe existir una participación real y efectiva de la persona ya que sólo así se podrá desarrollar adecuadamente el modelo de Atención Integral Centrado en la Persona (AICP), cuyo elemento central es incorporar a la persona como actor decisivo en el centro diseñando la atención, asistencia y apoyos específicos que precisa.

Este modelo procura una mayor ética en los cuidados y pone en valor la defensa de que las personas que precisan cuidados tengan derecho a ejercer de forma directa o indirecta el control sobre sus cuidados y su vida. Los elementos definitorios son (Sancho y Martínez, 2021: 371): 1) conocimiento-reconocimiento de la persona, en tanto atender a cada persona desde su singularidad biográfica y la consideración a su historia de vida; 2) comunicación centrada en la persona, que implica que se pueda expresar en libertad, entienda lo que sucede a su alrededor y se sienta escuchada, comprendida, aceptada y apoyada; 3) individualización de las atenciones, entendida como la que procura adaptar los servicios desde la perspectiva de la flexibilidad y el cambio, en tanto que las preferencias y las necesidades personales están en permanente cambio, y 4) protección de la intimidad basada en privacidad y trato consciente en actividades como el aseo, las curas, las exploraciones médicas, etc., la intimidad espacial, el respeto a sus elementos y pertenencias personales ubicados en su habitación y lugares de custodia, y el respeto a la confidencialidad y tratamiento de la información personal de la persona atendida.

A nivel normativo, su introducción en Navarra fue propiciada tras la entrada en vigor del Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones. La norma introduce cambios en relación con los principios de funcionamiento, los derechos y deberes de las personas cuidadas, los requisitos de los servicios, la regulación de unidades de convivencia, la introducción de profesionales de referencia y los estándares de calidad para prestar servicios en el ámbito de los servicios sociales, haciendo que la persona cuidada participe en la elaboración del propio Plan de atención individual. De este modo, este decreto supone un cambio de rumbo, desde un sistema basado en la institucionalización y el asistencialismo hacia otro basado en derechos. A tenor del trabajo de campo realizado, el nuevo modelo de atención va calando en la atención en los centros residenciales, si bien se detectan elementos para el análisis y mejora.

El Departamento de Derechos Sociales está apostando por la implantación del modelo AICP para la mejora de la calidad asistencial (Gobierno de Navarra, 2020a): “algunos centros como El Vergel, centro propio de Gobierno de Navarra, ya han dado los primeros pasos en esta línea, y un buen número de centros navarros también están comprometidos con la implantación del modelo de atención centrado en la persona. Especialmente, aquellos que cuentan con plazas concertadas con el Departamento de Derechos Sociales, al formar parte de las condiciones del último Acuerdo Marco para Residencias de personas mayores”. También la residencia San Isidro de Lumbier, asociada a Lares y gestionada por la Mancomunidad de Servicios Sociales, se ha adaptado ya en su totalidad al trabajo mediante unidades de convivencia. En 2018 elaboró un plan estratégico para reorientar el modelo tradicional y colocar a la persona residente en un lugar central (Diario de Navarra, 2021).

En el trabajo de campo se ha señalado constantemente la idoneidad de que las personas sean el centro del modelo y se considera positivo el Decreto Foral 92/2020, que “aporta elementos relevantes en cuanto a la forma

de atención a las personas, desde su reconocimiento como seres singulares y valiosos; en cuanto al tamaño y la configuración de los centros residenciales, con más habitaciones individuales; o la creación de una red de apoyo para compartir buenas prácticas y herramientas” (Navarra.es, 2022b). Sin embargo, también preocupan cuestiones como la necesidad de realizar diagnósticos o protocolos, la metodología, su practicidad sin una mayor dotación presupuestaria o su implementación más allá de los centros residenciales. La cuestión que más se pone en entredicho es la operativización del modelo: cómo aterrizarlo adecuadamente en los servicios del sistema de atención a la dependencia dotándolo de más recursos económicos y técnicos, así como abogar por hacerlo extensible a todas las políticas de atención al cuidado impregnando “todo el sistema”.

“Destacaría la importancia del acuerdo marco, me parece estupendo generalizar el modelo de atención centrada en la persona; el convenio para mejorar las condiciones del personal y que dentro del modelo de atención centrada en la persona hay también que trabajar la autonomía, no solo la dependencia, los centros de día y restos de servicios extenderlos a todo el territorio. Ya se van dando pasos. Creo que se debe centrar todo el modelo de atención en la persona, orientar hacia ahí los recursos” (Parlamentario/a 1)

La instauración de este modelo también implica una mayor responsabilidad por parte de las personas que atienden y eso genera un cambio de mentalidad en algunas plantillas que no trabajaban bajo esta óptica. El modelo establece una serie de herramientas, pero no se debe instrumentalizar, sino que requiere ver a la persona cuidada en toda su dignidad:

“El usuario gana protagonismo, es que antes... Ahora es otra visión... ahora ¿cómo se siente? ¿cómo le gusta? En la medida en que se pueda, me da igual desde el cuidador o desde enfermería... todo el engranaje es para satisfacer la necesidad o la prioridad... hay cosas que igual no llegamos, pero, aunque no lleguemos en eso, siempre se intenta, el cambio es muy grande. Hemos pasado de tener un macrocentro a uno con 8 unidades” (Dirección centro 4)

En las entrevistas también se señala la idea de trascender el modelo de Atención Centrada en la Persona para enfocarse en el llamado Modelo de Atención Centrado en las Relaciones (ACR).

“Avanzar de la atención centrada en la persona a la atención centrada en la relación. (...) La atención centrada en la persona sigue situando a la persona a atender en una posición pasiva y la activa sigue siendo la del profesional. La atención centrada en la relación establece una bidirección, lo que va a hacer que la persona haga su parte y el profesional haga su parte. (...) Aquí la atención centrada en la persona la venimos ejerciendo desde hace muchísimos años. El servicio de atención a domicilio se ha basado en eso” (GF Programas Autonomía SSB)

El modelo ACR se define como “aquella atención en la que todas las personas participantes aprecian la importancia de sus relaciones con las demás” (Artaza, 2021). La revisión bibliográfica llevada a cabo (SIIS, 2022) ha permitido determinar que la ACR supone una práctica innovadora en nuestro entorno y su aplicación está más extendida en el ámbito anglosajón. El Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Álava (2021) está apostando por este modelo, impulsándolo en centros y servicios suyos. Así, la iniciativa Gizarea considera el centro residencial como una comunidad de cuidados, aglutinando los valores aportados por el Modelo Centrado en la Persona y el Modelo de Atención Centrado en la Familia.

El debate sobre los diferentes modelos de gestión

Si bien en épocas anteriores el cuidado de las personas mayores recaía en las familias o era una tarea caritativa de iglesias y municipios, el alargamiento de la esperanza de vida de la población provocó una gran necesidad de plazas residenciales en la década de los '90. La mayoría de gobiernos creyeron que las empresas privadas podían realizar las tareas públicas de forma más eficiente que el Estado o las organizaciones sin ánimo de lucro. En esos años se introdujeron en España los conciertos y las primeras adjudicaciones para gestionar de forma privada residencias de titularidad pública. De este modo, la creencia de las Administraciones de que las empresas privadas van a gestionar los centros residenciales de forma más óptima conlleva que la mayor parte de residencias públicas estén gestionadas por empresas privadas o de iniciativa social: "Esto permite una mayor flexibilidad a la Administración, que evita incrementar la dimensión del sector público y financia el sistema privado en función de las demandas existentes, pero también de las disponibilidades presupuestarias" (Comas-d'Argemir, 2015: 393).

En España, muchas de las plazas financiadas con dinero público son gestionadas por entidades privadas, con y sin ánimo de lucro. De este modo, "el sector privado factura ya 4.500 millones de euros y se ha concentrado, con cinco grandes grupos (cuatro de ellos extranjeros) que controlan el 23% del mercado" (Zalakain, 2020), habiéndose mercantilizado el ámbito de las residencias para personas mayores (Zelaieta, 2021). Esta realidad es nítidamente señalada a lo largo del trabajo de campo por diferentes cuerpos profesionales y por parte de las familias:

"Trabajadora 1: Es que es un negocio lo triste de esto, que las vidas de los abuelos se han convertido en un negocio. Trabajadora 2: Nosotros no les importamos nada. Se lucran con nosotros y con los residentes, porque pagan un dineral con las plazas" (GF Trabajadoras Centros Residenciales)

La gestión de centros residenciales ha sido un tema recurrente en el trabajo de campo de esta investigación. En Navarra, la distribución, según la forma jurídica de la entidad gestora de las 76 residencias puede agruparse de la siguiente forma: Gestión Pública de la Administración Foral y local (20 residencias, el 26,3%); Entidades privadas sin ánimo de lucro (29 residencias, el 38,2%); y Entidades privadas mercantiles (27 residencias, el 35,5%). A fecha 23 de marzo de 2022, tienen respectivamente 1.231, 2.306 y 2.622 plazas autorizadas.

Tal y como puede observarse en la siguiente tabla, los centros residenciales de gestión pública ofertan el 20% de las plazas totales en la Comunidad Foral; las entidades privadas sin ánimo de lucro gestionan el 37,4% de las plazas residenciales y las entidades privadas mercantiles el 42,6%. De esas plazas, el 25%, el 30,3% y el 44,7% respectivamente son plazas propias, concertadas o con prestación vinculada al servicio.

9. Cabe señalar que, para la construcción de este capítulo, se ha contado con la presencia, en los grupos focales, de familias de usuarios/as, trabajadoras de centros residenciales, y personas usuarias procedentes de diferentes puntos de la Comunidad Foral. Por otra parte, se obtuvo representación, en entrevistas individuales o grupos focales de responsables de recursos de las siguientes entidades: Lares Navarra, ANEA, Solera Asistencial, i3e-iniciativas de la tercera edad, Amavir, Residencia El Vergel, Residencia Santo Domingo, Residencia Municipal de Corella, Centro de atención diurna de Aibar, Hermanas Hospitalarias Padre Menni y representantes de los apartamentos tutelados de Ansoain (Grupo Proginsa) y Pamplona (Ayuntamiento de Pamplona).

Tabla 4: Centros y plazas residenciales según forma jurídica de la entidad gestora a 23/03/2022

Forma jurídica de la Entidad Gestora	Centros		Plazas autorizadas		Plazas Propias	Plazas Concert.	Plazas con PVS	Total Propias + Concertadas + PVS		Total No financiadas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	Nº	Nº	%	Nº	%
Gestión Pública											
Órgano Admón CFN	3	3,9	400	6,5	333	0	0	333	9,8	67	2,4
Corporación Local	8	10,5	413	6,7	0	224	26	250	7,4	163	5,9
Mancomunidad Local	2	2,6	119	1,9	0	94	1	95	2,8	24	0,9
Organismo Público	1	1,3	24	0,4	0	9	2	11	0,3	13	0,5
Patronato Municipal	4	5,3	201	3,3	0	96	25	121	3,6	80	2,9
Otros no definidos (asimilable a anteriores)	2	2,6	74	1,2	0	23	15	38	1,1	36	1,3
SUBTOTAL	20	26,3	1.231	20,0	333	446	69	848	25,0	383	13,9
Entidades Privadas Sin Ánimo de Lucro											
Asociación	1	1,3	94	1,5	0	38	5	43	1,3	51	1,8
Congregaciones e Instituciones Religiosas	10	13,2	586	9,5	0	75	127	202	5,9	384	13,9
Fundación Privada	18	23,7	1.626	26,4	0	592	191	783	23,1	843	30,5
SUBTOTAL	29	38,2	2.306	37,4	0	705	323	1.028	30,3	1.278	46,2
Entidades Privadas Mercantiles											
Sociedad Anónima	8	10,5	1.036	16,8	0	463	200	663	19,5	373	13,5
Sociedad de Responsabilidad Limitada	15	19,7	1.369	22,2	0	457	301	758	22,3	611	22,1
Sociedad Cooperativa	4	5,3	217	3,5	0	0	98	98	2,9	119	4,
SUBTOTAL	27	35,5	2.622	42,6	0	920	599	1.519	44,7	1.103	39,9
TOTAL	76	100	6.159	100	333	2.071	991	3.395	100	2.764	100

Fuente: Elaboración propia

En general, hay un discurso muy contrario a que sean entidades privadas con ánimo de lucro las que gestionen recursos públicos en el ámbito de la dependencia. Desde diversos foros se entiende que una gestión de calidad de los centros residenciales debiera ser incompatible con el beneficio económico.

“Hace falta en los próximos 15 años, 2.604 plazas en residencias. Según el tamaño medio de la residencia de Navarra, 34 residencias nuevas de aquí a 15 años. Claro, no estamos preparados para eso; pero no solo es que no estemos preparados en cuestión de números, sino en cuestión de gestión. (...) El modelo no puede ser ese, o sea, las entidades privadas con ánimo de lucro no pueden sostener el sistema de la dependencia”. (Sindicatos 2)

Desde una entidad privada gestora de centros residenciales se realiza la réplica desde una idea de “gestión del gasto”, en un sistema que cumple, a su entender, los mínimos acordados:

“Hemos generado un sistema de mínimos que cumple, porque el sistema cumple. Si ves otras comunidades cumple amplísimamente (...) la verdad que tenemos un sistema estándar que es bastante bueno, pero tenemos un sistema de mínimos y a veces no somos capaces de adaptar (...) Como la administración te paga un dinero por tu plaza concertada, tú estás gestionando gasto, no estás gestionando mejoras. (...) ¿y que te lleva a gestionar el gasto? que, si puedes gastar cuatro en lugar de 5, gastas 4 porque no te llega” (Dirección Centro 2)

Como resultado, la existencia de notables diferencias en las realidades de residencias privadas y públicas ha sido un elemento discursivo común durante el trabajo de campo:

“Llevo 25 años de cuidadora, he trabajado en residencias de tercera edad privadas y en públicas. Y se nota mucha diferencia de trabajar en un sitio público que, a pesar de implantar el modelo centrado en la persona, es complicado. Y eso que las ratios son muchísimo mejores que en la privada. Entonces, yo considero que instaurar ese modelo de atención en una residencia privada es a día de hoy una utopía, o sea, inviable, absolutamente” (GF Trabajadoras Centros Residenciales)

Por último, en diversas entrevistas se relata lo ocurrido en los centros residenciales ante la pandemia por COVID-19. La Auditoría de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la COVID-19 llevada a cabo por Fresno et al. (2020: 12) señala que “las residencias públicas en general han tenido un menor impacto de la COVID-19: el 36% de ellas han tenido algún contagio, frente al 44% de las privadas con lucro y el 50% de las sin lucro”. Otras conclusiones de interés son que las residencias de mayor tamaño fueron más afectadas y que se produjeron más fallecimientos en aquellos centros en los que las ratios de personal eran menores.

Consecuencia derivada

Todas las causas anteriores conllevan una consecuencia principal, como es el **fenómeno dual de la evitación-atracción de los centros residenciales**.

La evitación-atracción de los centros residenciales

Algunas personas mayores no van de forma voluntaria a una residencia, sino que se les lleva cuando las familias ya no les pueden proporcionar los cuidados necesarios porque demanda una atención más especializada. “A las familias les cuesta mucho tomar la decisión de llevar a una persona mayor a una residencia y lo hacen en un momento de desesperación (...) Tanto las personas cuidadas como las cuidadoras tienen dificultades en aceptar este recurso sin un cierto sentimiento de culpa por no poder cumplir con la responsabilidad moral del cuidado

siguiendo el modelo heredado de envejecer en casa y en familia. Plantear la residencia provoca tensiones y conflictos internos, y personales” (Comas-d’Argemir 2021: 251). Los testimonios refuerzan esta idea que aparecía en el Capítulo 01:

“A las familias les cuesta mucho tomar la decisión de ir a una residencia, no se toma a la ligera, es un duelo. Muchas veces si no están en casa es porque no se puede. Dicen “yo no quiero abandonar a mi madre en una residencia”. Emocionalmente es durísimo, trabajamos esa idea de “abandono” que no es tal” (Trabajo Social Sanitario 1)

Si las personas desean permanecer en sus domicilios el mayor tiempo posible (véase Capítulo 02), se deberían ofrecer recursos para que las personas mayores que precisan cuidado puedan recibirlo en su propio domicilio el mayor tiempo posible y articular una oferta flexible de servicios adaptada a las necesidades de cada persona en cada momento. En ese sentido, hay que estar muy vigilante para que el cuidado en el domicilio no suponga la rehogarización y la perpetuación de la precarización de las mujeres cuidadoras. De esta manera, se aboga por tomar como referente el modelo residencial danés que establece recursos residenciales diversificados, “que pueden adoptar distintas modalidades según la situación de la persona y que han de estar integrados en la comunidad” (Comas-d’Argemir 2021: 357).

“(Las residencias) deben ser el último recurso, entendiendo que hay un porcentaje cuando ya las necesidades o las dependencias son muy graves para dependientes graves, debemos tener esos recursos, pero tenemos que tener otras alternativas” (Parlamentario/a 3)

Las dificultades en relación a recursos que den apoyo a las familias, especialmente en el caso de situaciones de enfermedades graves, también son señaladas en las entrevistas y grupos realizados; además, se pone de manifiesto que la propia LAPAD favorece los servicios residenciales frente a otro tipo de alternativas:

“Las ayudas económicas no cubren las necesidades, con lo cual muchas veces nos aboca al tema residencial sin que el paciente ni la familia quiera ir a la residencia. (...) No hay medios, ni siquiera de manera privada y en la balanza de quedarse en casa o ir a la residencia por la Ley de Dependencia, se favorece el tema residencial” (Trabajo Social Sanitario 1)

El escaso deseo de acceso a esta tipología de recurso residencial es manifiesta en las personas mayores. Así, la residencia se convierte en una especie de destino no deseado (pero, al mismo tiempo, inevitable) a pesar de las notorias dificultades de permanencia en el domicilio:

“Si me meto en una residencia, me muero enseguida.” (GF Personas usuarias Estella-Lizorra)

“No me ha gustado nunca la residencia, yo siempre en mi casa. Lo que pasa... Últimamente ya reconozco que no puedo estar solo y tengo que estar con las hijas, pero como en casa... Yo creo que la residencia tiene más medios para los que estamos impedidos y necesitamos ayuda, pero... Mi deseo hubiera sido vivir en casa, en la mía, con una cuidadora. Pero yo la necesito hoy día 24 horas y no puede ser” (GF Personas usuarias Centro de Día)

En esta dirección, profesionales de recursos residenciales evidencian la extensión del deseo de “evitación” que, engarza con la negativa imagen social citada y se traslada, incluso, al futuro:

10. Se entiende por rehogarización “el retorno a las familias, en el contexto del hogar, de muchas actividades de cuidado que eran realizadas por personas externas o por instituciones u organizaciones” (Comas-d’Argemir 2021: 103).

“La pregunta clave es, sabiendo lo que sé, cómo son las residencias, ¿yo ahora me iría a una? Yo no (GRAN SILENCIO). Yo no quiero estar toda mi vida trabajando y cotizando para tener que levantarme a las 8 de la mañana, comer a la 1, merendar a las 5, cenar a las 7, a las 8 y que me acuesten” (GF Profesionales Recursos de Atención)

El proceso de ingreso residencial tiene otros costes en la esfera relacional, agudizando un fenómeno de pérdida paulatina de relaciones sociales y aislamiento que se da en general en las personas mayores: el proceso de institucionalización también modifica interacciones sociales. Así, puede ocurrir que los intercambios familiares y de amistades se vean reducidos. Esta pérdida relacional puede provocar sentimientos de abandono y la retirada a un mundo aislado fuera del entorno comunitario. Este sentimiento se ve muy agravado si a la persona mayor no se le asigna una plaza en su entorno y además existen dificultades para el desplazamiento.

“Un poco triste también, porque echas de menos a los amigos, a la familia, a las mascotas, que no las ves. Puedes verlas, pero, vamos, andas... Yo, por ejemplo, la familia la tengo en Castejón. Y claro, el nietecico... Ayer hizo 7 meses y hacía 4 meses que no lo veía, o sea... Lo echas de menos...” (GF Personas usuarias Centro Residencial)

No obstante, los testimonios señalan que el cariño recibido por parte de las trabajadoras puede, en parte, mitigar la sensación de desarraigo:

“A nuestra edad, por lo menos hablo por mí, necesitamos cariño. Y las cuidadoras saben hacerlo, nos tratan con cariño.” (GF Personas usuarias Centro de Día)

El título del apartado alude a que la relación con las residencias se mueve entre la “evitación” y la “atracción”. Así, aunque es mayoritario el deseo de no acceso, también hay entradas muy meditadas que no se corresponden con esa lógica y que están ligadas a la propia tipología y circunstancia de acceso, donde se valora especialmente “estar bien”:

“En (nombre de la residencia), la manera de entrar igual no es como otras. Tienen que entrar autónomamente. Entonces, como yo estoy en zona de autónomos... Yo lo que veo, he visto mucho últimamente, es que entran con muchas ganas de entrar a una residencia. O sea, la gente mayor está siempre pensando en no ser una carga para... Además, no lo dicen en plan mal: “Yo no quiero ser una carga para mis hijos” (GF Trabajadoras Centros Residenciales)

Así, hay testimonios que enfatizan la oportunidad relacional que determinadas fórmulas de estancia residencial (especialmente las no convencionales: apartamentos, etc.) suministran a las personas mayores, donde la adaptación del modelo residencial es clave en su bienestar:

“El día que me llamó el director y me dijo: “Ha salido una plaza en la residencia”. Vine con la hija. Sí, estuve tres horas en la residencia, en la casica... Me dijo: “Te ha tocado la 4”. Y dice: “Toma, la llave”. Y yo estaba, cada lloro, “llévame a (nombra su pueblo de origen)”, que no saldría a la calle más. Yo lo que no quería era la residencia. Y en cambio ahora, ¿sabes lo que he conseguido? Tener muchos amigos en la residencia, lo que en casa sola no los tenía” (GF Personas usuarias Estella-Lizarra)

Existen también posibilidades intermedias, como el acceso temporal, que son positivamente valoradas por su carácter funcional y la posibilidad de ser combinadas con la estancia en domicilio. Este hecho refuerza la idea de que el recurso residencial, como tal, puede ser un instrumento adecuado para la satisfacción de un espectro de necesidades diversas.

Otra realidad de esta 'atracción' tiene que ver con un perfil emergente de personas que acceden a recursos residenciales por motivos fundamentalmente de índole económica. Así, **se ha incrementado la presencia de una tipología de residente cuyo propósito no es ser cuidada, sino encontrar un lugar de residencia estable ante las grandes dificultades existentes en el mercado inmobiliario y la precariedad económica, por lo que sería necesario habilitar otro tipo de recursos:**

“Detectamos la falta o la carencia que hay de recursos como apartamentos tutelados, personas mayores que están llegando a residencia más por una necesidad económica que por una necesidad de cuidados. Y eso creo que es una tendencia que en un futuro cercano va a ir cada vez un poco a más por... Porque todas esas personas que están cobrando pensiones no contributivas o que están cobrando pensiones bajas, en un futuro cercano, no van a tener en tantas ocasiones viviendas en propiedad, sino que van a depender de alquileres de mercado ordinario” (GF Profesionales Recursos de Atención)

“Echo en falta un recurso tipo viviendas tuteladas para personas mayores gestionadas desde servicios sociales” (GF Profesionales Recursos de Atención)

Propuestas de mejora

Numerosos estudios sobre el futuro de los centros residenciales (Rodríguez, 2011; Sancho y Martínez 2020; García et al, 2021; Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021) coinciden en que **el modelo residencial clásico debe evolucionar hacia otro tipo de alternativas que permitan el desarrollo personal, la independencia, la inclusión social y el bienestar personal.**

El modelo residencial debe de apoyar el deseo de las personas de ser atendidas en su domicilio y, cuando esto ya no sea posible, “en otro alojamiento que pueda reconocerse también como un hogar propio” (Rodríguez, 2011: 23). Existe amplio consenso en considerar que el actual modelo residencial no responde y debe adaptarse a estas expectativas: “Líneas de acción como la desinstitucionalización, la apuesta por entornos de vida hogareña, la búsqueda de una vida más normalizada, la actividad cotidiana significativa o la inclusión en la comunidad, han ido tomando fuerza y presencia en el diseño de los servicios más innovadores” (Sancho y Martínez, 2020: 5). Se trata de poner en marcha un paradigma en el que las residencias sean lugares donde se respeten la dignidad, los derechos de las personas, el apoyo a los proyectos de vida personal y el respeto a la identidad de quienes tienen un importante deterioro (Sancho y Martínez, 2021).

La idea de repensar los centros residenciales está presente en el Departamento de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra, que es consciente de que hay que dirigirse hacia otro tipo de modelo que ofrezca servicios abiertos a la comunidad.

“Las residencias pueden ser suministradores de servicios (...), pero nos faltan alternativas de vivienda. No sé si conocéis las casitas de San Jerónimo, o apartamentos tutelados de verdad, con servicios. Nos falta eso. (...) Y desinstitucionalizar también” (Dpto. Derechos Sociales 2)

Las propuestas que se exponen a continuación se basan en la Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (García et al., 2021), Fundación Pílares (Rodríguez, 2011), Dolors Comas-d'Argemir y Silvia Bofill-Poch (2021) y Maite Sancho y Teresa Martínez (2020). Estos estudios también comparten que el Modelo ACP es el que debe sustentar los cuidados, no sólo en los centros residenciales sino en todo el abanico de recursos disponibles existentes.

Algunas propuestas para la mejora de la atención en los centros residenciales en Navarra son:

- Fortalecer el nuevo tipo de modelo residencial.
- Reforzar el papel de las residencias como un recurso del y para el entorno.
- Consolidar un modelo de gestión sin ánimo de lucro en los centros residenciales.
- Afianzar el sistema de evaluación de los centros residenciales.

Fortalecer el nuevo tipo de modelo residencial

El Modelo de ACP apuesta por la puesta en marcha de un tipo de alojamiento más hogareño, con servicios, apartamentos, viviendas comunitarias... Sin embargo, hay una dificultad real para que las residencias tradicionales permitan el desarrollo del modelo, por lo que hay que apostar por “ir cambiando el modelo desde dentro” (Comas-d’Argemir y Bofill-Poch, 2021: 367). De este modo, se trata de que sea **el centro residencial el que se adapte a los deseos de las personas y no al revés**. Se debe “superar un modelo asistencialista, que solo busca compensar limitaciones funcionales de las personas, por otro que refuerce sus capacidades para decidir y actuar de acuerdo a sus decisiones” (García et al., 2021: 3).

Sancho y Martínez (2020) desarrollan una serie de recomendaciones con el fin de facilitar el ambiente hogareño en los centros y abandonar “lo institucional”. Algunas de ellas ya se están poniendo en práctica en Navarra a través del Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre:

- Reorganizar los centros en pequeñas unidades residenciales convivenciales, lo que implica tanto medidas referidas al diseño del espacio físico como a la organización de la vida y actividad cotidiana.
- Eliminar todos los elementos institucionales que recuerden a hospitales u hoteles, siempre procurando que estos espacios sean acogedores, en los que se perciba la calidez del hogar.
- Personalizar los espacios, privados y comunes contando con la participación de las personas mayores, familias y profesionales.
- Promover un acceso sencillo y seguro a zonas que permitan estar al aire libre (jardín, terrazas o incluso barrios de la urbanización).
- Organizar actividades cotidianas domésticas y significativas para las personas, prestando un especial apoyo y atención a las personas más dependientes para que no queden “aisladas” aunque su participación sea parcial o menos activa.
- Fomentar el contacto social con el barrio y personas de distintas edades.
- Apoyar a las personas para que puedan seguir manteniendo el contacto con grupos de la comunidad significativos para la persona.
- Organizar la presencia habitual y planificada de voluntariado en los centros.
- Fomentar la presencia y colaboración familiar en la actividad cotidiana del centro.
- Ofrecer oportunidades y apoyos para que las personas puedan mantener sus prácticas religiosas y espirituales.
- Respetar la diversidad cultural en aumento en cuanto a hábitos (comida, vestido) y modos de vida, sensibilizando y formando a los profesionales en este tema.
- Prestar una especial atención a la búsqueda del bienestar y de la vida significativa en personas con demencia (estímulo a la participación en actividades cotidianas, espacios de reminiscencias y objetos significativos, utilización de música personalizada, etc.).

En relación al **tamaño de los centros**, en la literatura hay cierto consenso a la hora de señalar que los centros residenciales deben de tener un tamaño reducido porque esto repercute de forma positiva tanto en las personas trabajadoras como en las residentes. En este sentido, el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, señala que el número máximo de plazas de las residencias proyectadas con posterioridad a su entrada en vigor no superará las 130 plazas, en centros de personas mayores, y 70 plazas en centros de personas con discapacidad, y el porcentaje de habitaciones individuales será como mínimo del 80 %. Como elemento novedoso, el Decreto Foral establece que los centros residenciales estarán formados por **una o varias unidades de convivencia cuya capacidad máxima será, con carácter general, de 16 personas**.

Asimismo, se considera importante **que los centros estén situados en entornos de proximidad, dentro de los núcleos poblacionales para que la persona mayor pueda seguir teniendo contacto y participando en la comunidad**: “ubicar las residencias en lugares alejados es excluir a las personas mayores de la vida local” (García et al. 2021: 5).

Un aspecto ya aludido es el temporal. Es decir, desde la perspectiva profesional la calidad del servicio se vincula con **la demanda explícita de disponer de mayor tiempo para el cuidado, entendido como tiempo para la escucha, para el acompañamiento y, en definitiva, para atender todas las necesidades físicas y emocionales de la persona, lo que conlleva una mejora de las condiciones laborales y del propio cuidado**.

A su vez, es necesario **desarrollar un sistema más flexible en su uso cotidiano que pueda responder a nuevas y múltiples necesidades sociales** constatadas como, por ejemplo, posibilidad de pernoctación de familiares en las visitas, respeto a los vínculos con mascotas, presencia de diversidades culturales en los centros, etc.

Cabe señalar que, con el objetivo de mejorar el modelo residencial, el Departamento de Derechos Sociales ha puesto en marcha varios proyectos a través de Fondos Next Generation:

- 1) Reformas de centros residenciales sociosanitarios. Consiste en su remodelación para adecuarlos al nuevo modelo de atención centrada en la persona.
- 2) Modernización de centros residenciales en aras de mejorar la calidad de la atención que reciben las personas usuarias, garantizando su seguridad, una atención adecuada y un sistema que promocióne su autonomía personal.
- 3) Formación en el modelo de atención centrada en la persona a diferentes profesionales. Este elemento es de gran importancia ya que el trabajo de campo ha detectado carencias con respecto al grado de conocimiento e interiorización del modelo ACP por parte del personal que accede actualmente a los servicios residenciales. Por ello, **se propone, por un lado, reforzar estructuralmente el trabajo en esta dirección y debatir sobre el nivel formativo más adecuado, así como hacer extensible la formación a todos y todas las profesionales que trabajan en los recursos**.

Reforzar el papel de las residencias como un recurso del y para el entorno

Las residencias pueden ser un recurso “multiservicio” ofreciendo estancias temporales para convalecencia o rehabilitación, pero también para complementar los servicios domiciliarios ofreciendo estancias diurnas, comedores, servicios de rehabilitación, lavandería a domicilio, transporte adaptado... “Que el propio centro sea multiservicio para que puedan extenderse sus servicios a las personas del entorno que lo necesiten para que puedan continuar con su vida en su domicilio rompería la radical separación entre servicios domiciliarios y servicios residenciales, pudiendo ser unos complemento o continuación de los otros, una condición indispensable para una atención integral centrada en la persona, y no en el servicio” (García et al., 2021: 6). En este sentido, también es necesario mostrar las bondades que presentan los centros residenciales. Abrir las puertas de la residencia a la comunidad y lograr que haya un acercamiento permitirá apartar la idea negativa que se plasma en el imaginario colectivo sobre este servicio.

Esta implicación con el entorno conlleva una condición esencial como es la participación de todos los agentes, entre ellos, por ejemplo, las familias. En esta misma dirección, para que las residencias sean un recurso “del” y “para” el entorno, es preciso garantizar su conexión. En este sentido, cabe subrayar la necesidad de hacer esfuerzos para que la ubicación sea adecuada o se dispongan recursos que faciliten el desplazamiento hacia otros espacios del entorno.

Con respecto a los aspectos de gestión, las y los profesionales consultados **subrayan los tiempos de espera para el acceso a una plaza residencial, la complejidad del proceso de entrada, así como la incertidumbre ligada a la estancia y el estrés que eso genera** en las propias personas cuidadas y en las familias. Asimismo, se demanda mucha más información sobre los recursos existentes, coordinación entre servicios y trabajo en red.

Un proyecto que se va a poner en marcha desde el Departamento de Derechos Sociales a través de los Fondos Next Generation supone la apertura de los centros residenciales a la comunidad y tiene como finalidad mejorar la atención a personas mayores en situación de dependencia o soledad en residencias y domicilios. Así, se pretende, por un lado, favorecer la permanencia de las personas en su domicilio y comunidad en las mejores condiciones y, por otro, implementar en las residencias un sistema de calidad con indicadores basados en la atención integral e integrada en la persona, para conseguir que estos entornos evolucionen hacia un modelo en el que se respeten los derechos y las preferencias de todas las personas.

Consolidar un modelo de gestión sin ánimo de lucro en los centros residenciales

Durante el trabajo de campo apareció con frecuencia la idea de apostar en Navarra por un modelo de gestión sin ánimo de lucro en los centros residenciales. Al respecto, Comas-d'Argemir y Bofill-Poch (2021: 359) refieren que “son diversas **las voces que la critican y que se alzan a favor de la gestión pública, principalmente por considerar que el cuidado no debe producir beneficios económicos, pues implica unas peores condiciones laborales para las trabajadoras, que derivan en una merma en la calidad del cuidado (...)** Ser cuidado es un derecho y se tiene que garantizar desde el sistema público-comunitario”.

Las profesionales de los sistemas públicos y las trabajadoras de las residencias subrayan que la apuesta del sistema debe ser decidida en esta dirección de la cobertura, en donde sean protagonistas la gestión pública o las entidades sin ánimo de lucro. Existe una demanda para que el Gobierno de Navarra fomente otras alternativas de gestión por parte de entidades sin ánimo de lucro y, al mismo tiempo, se ponen en valor las residencias que, en años anteriores, se han construido en diversos municipios de Navarra.

Afianzar el sistema de evaluación de los centros residenciales

Para lograr mejorar de forma continuada la calidad de la vida en los centros residenciales de Navarra se hace necesario desarrollar adecuados sistemas de evaluación. En esta línea, las reflexiones de Sancho y Martínez (2020: 148) suponen un giro importante en el modo de entender el **control de la calidad por parte de la administración en relación a los centros residenciales**. Cabe señalar que varias de estas propuestas ya se trabajan desde el Departamento de Derechos Sociales a través del Decreto Foral 92/2020, del 9 de diciembre:

- Reforzar el papel de la inspección, como acompañante de procesos de cambio, ayudando a los equipos y servicios a implantar buenas prácticas y priorizando un rol basado en la confianza y el apoyo en detrimento del mero control con fin sancionador, lo cual, obviamente, no implica olvidar su potestad sancionadora.
- Centrar el control de la calidad de la atención dispensada una vez que el centro está en funcionamiento. La tradicional inspección, dirigida a verificar una larga serie de condiciones exigidas a los centros y habitualmente referidas a condiciones materiales y organizativo-funcionales de los servicios, deja paso a la evaluación de la calidad de la atención dispensada, que no solo se dirige a controlar dicha calidad sino a apoyar procesos de mejora continua.
- Diseñar modelos de evaluación que den más peso a los resultados de la calidad dispensada (indicadores sobre salud, bienestar y la protección de derechos de las personas) que a las condiciones materiales y funcionales de los servicios (indicadores de estructura y proceso).
- Combinar la evaluación externa, realizada por organismos con competencias en inspección, junto con la evaluación interna realizada por los propios centros.
- Crear sistemas de información actualizada y compartida para facilitar el seguimiento de los centros, detectar y actuar ante alarmas y situaciones de riesgo.
- Poner en marcha herramientas de información y gestión de datos interoperables entre el sistema sanitario y social, con las consiguientes restricciones en el acceso a la información que garanticen los requisitos establecidos en la Ley de protección de datos.
- Dar publicidad a los resultados de las inspecciones y de las evaluaciones realizadas a los centros garantizando cuestiones de confidencialidad. Esta decisión va unida a la libertad en la elección de las personas entre los diferentes servicios que acceden a la financiación pública, facilitando así tanto un mayor control por la población del funcionamiento de los servicios, como la transparencia de la información para que las personas puedan tomar sus propias decisiones en relación a quién confiar sus cuidados.
- Para apoyar los procesos de mejora de los servicios, distintos países cuentan con organismos expertos y promotores de la calidad para promover la excelencia en el cuidado, generar y transferir conocimiento, diseñar modelos y herramientas de evaluación, así como difundir estrategias y materiales para la buena praxis profesional.

Por todo ello **es importante que el conjunto de las iniciativas residenciales que trabajan con personas mayores se integre en la Cartera de Servicios Sociales y sean objeto de evaluación.**

¿Un futuro sin centros residenciales?

La Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales (García et al., 2021) plantea una cuestión de gran interés: ¿es posible un futuro sin centros residenciales? Se alega que las exigencias de una sociedad cada vez más formada e informada, los avances tecnológicos, así como **el propio devenir de los centros residenciales deberían conllevar la evolución desde modelos institucionalizadores (asistenciales, hospitalarios, masificados...) hacia centros de carácter hogareño y de atención personalizada**. Para lograrlo, García et al. (2021: 19) señalan que las normas deberán ser flexibles para:

- Permitir el surgimiento de nuevos modelos: “Se están mostrando muy eficaces experiencias que parten de servicios múltiples, flexibles y adaptados a cada persona en su domicilio, y con el complemento de viviendas o apartamentos para quienes no disponen de una vivienda adecuada ni es viable su adecuación. Frente a la opción tradicional de llevar la persona a un centro para que pueda ser atendida, la alternativa de llevar al lugar de residencia de la persona todos los servicios y apoyos que necesite para seguir viviendo con dignidad”.
- Favorecer que los centros residenciales sean servicios abiertos al entorno ofreciendo servicios a personas en situaciones de dependencia que siguen viviendo en sus domicilios. “Eso supondría una ruptura con la separación entre servicios domiciliarios y residenciales y, en esa complementariedad, quizás resida el embrión del modelo futuro de cuidados”.
- Flexibilizar el concepto de “persona usuaria” de los centros residenciales para que sea atendida en un centro no tanto por su edad sino por su situación de dependencia. Eso supone relativizar el concepto de “centros residenciales de mayores”, y la posibilidad de que puedan acceder a ellos, en determinadas circunstancias, personas en situaciones de dependencia que no cumplan el requisito de edad.

En este sentido, se trae a colación una experiencia innovadora que se va a poner en marcha por el Departamento de Derechos Sociales cuyo objetivo es la desinstitucionalización de personas que viven en centros residenciales. Se pretende definir los recursos y los apoyos que necesitan las personas para volver a la comunidad, para volver al domicilio y el plan de intervención que hay que poner en marcha para acompañar este proceso. Participarán las residencias El Vergel y Santo Domingo, con 161 y 80 plazas respectivamente, donde se identificarán a todas las personas que puedan ser susceptibles de sumarse al reto (Diario de Noticias, 2022).

CAPÍTULO 04.

LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EMPLEO EN EL SECTOR DE CUIDADOS

Capítulo 04.

LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y EMPLEO EN EL SECTOR DE CUIDADOS

“Una vez más ha aflorado en la sociedad el valor que damos a los grupos de mayor fragilidad de nuestra población, asignando su cuidado a personas a las que ofrecemos unas condiciones de vida que con frecuencia no alcanzan cotas mínimas de dignidad y calidad” (Sancho y Martínez, 2021: 35)

El abordaje que realiza la LAPAD sobre los cuidados profesionales se limita a definir en el artículo 2 “los cuidados profesionales” como “los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro”. Resulta relevante que la propia ley defina cuidados no profesionales como “la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada”.

Se entiende que la profesionalización supone el reconocimiento y prestigio de los saberes vinculados al cuidado y, por tanto, la necesidad de contar con personal adecuado y formado para satisfacer las necesidades de cuidados sociosanitarios (Recio et al., 2015).

“La apuesta es hacia profesionalizar y eso es muy sencillo. Podemos profesionalizar de 2 maneras, generando más desigualdad social o menos desigualdad. Si lo hacemos a través de arreglos informales individuales, que es lo que se está haciendo ahora, tendremos gente que se puede pagar cuidados profesionales y gente que no se la puede pagar, por eso no podemos seguir con el 0,8% del PIB” (Prof. UPNA 2)

La Comisión Europea (2021: 19) pone de manifiesto en el Libro Verde sobre Envejecimiento las complejas condiciones laborales existentes en el sector de los cuidados: “contratar y retener a personal cualificado para que trabaje en el sector de los cuidados de larga duración resulta difícil debido a los bajos salarios y a las exigentes condiciones laborales. Esto añade presión a los cuidadores no profesionales (normalmente mujeres) que luchan por conciliar asistencia y trabajo remunerado, a menudo con costes para la sociedad como los efectos negativos para la salud y el bienestar, una menor participación en el mercado laboral y unos ingresos menores”.

La organización y gestión del empleo en el sector de los cuidados supone un reto para el funcionamiento de la sociedad, debido a su crecimiento en los últimos años como consecuencia de los cambios sociales acaecidos y el correlativo aumento de necesidades en la población. En la actualidad, el empleo en el hogar se conforma como una necesidad en multitud de hogares derivada de la crisis de los cuidados y la necesaria conciliación personal, familiar y laboral, dejando atrás la idea de un recurso limitado únicamente a las clases acomodadas. Por otro lado, la externalización de los cuidados, tanto el que se procura en centros residenciales y de servicios sociales sin alojamiento, como los que realizan en el ámbito privado de los hogares, se encuentra todavía inmersa en una amalgama de relaciones laborales diversas y precarizadas en cuanto a regulaciones normativas, titulaciones formativas exigidas, bajos salarios, altas tasas de temporalidad y escaso reconocimiento social.

Los diversos ámbitos consultados refieren la precaria situación de las cuidadoras en domicilios, si bien parece que se van dando pequeños avances para la mejora de sus condiciones, ya que el pleno del Congreso de los Diputados ha respaldado la ratificación del Convenio 189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que amplía los derechos de las empleadas del hogar, entre otros, la protección por desempleo (Nius, 2022) . Este Convenio reconoce el trabajo doméstico remunerado como un trabajo con derechos laborales y establece medidas para impedir el abuso y la explotación hacia este sector. De cualquier modo, se considera fundamental que haya una regulación adecuada que consolide derechos laborales básicos:

“El cuidado profesional está claro que sigue siendo un sector feminizado, sumergido, con malas condiciones. Si soy cuidadora profesional en un domicilio, el régimen de contrato que tengo es empleada del hogar porque no hay de cuidadora” (Dpto. Derechos Sociales 2)

Otros elementos que convergen en la situación laboral precarizada son, en muchas ocasiones, sus condiciones laborales, así como su alta rotación, debido a la inestabilidad del tipo de trabajo. En el caso de las zonas rurales, se apunta a la posibilidad de una mayor consolidación del empleo, con menos rotación que en las zonas urbanas.

“Hay una rotación importante de esas personas, se dan situaciones muy complicadas. Eso tendría que cambiar, hay que buscar una alternativa social; en economía sumergida se ven cosas muy fuertes, temas de abusos económicos, de muchas cosas y en el momento en que entra una interna se cierra la puerta y nadie sabe lo que pasa. Buscar a alguien por horas es complicado a no ser que sea de mañanas, interna imposible. Es un trabajo durísimo física y emocionalmente, si no se paga bien, se escapa”. (Trabajo Social Sanitario 1)

En relación a la mejora de las condiciones laborales, las entidades del tercer sector entrevistadas trabajan para que se puedan dar relaciones laborales lo más dignas posibles.

“Navarra sí que tiene avanzado una serie de acuerdos no formales en relación a las retribuciones, en el cual no recomendamos retribuir por debajo de una cuantía, lo mismo con el tema de los descansos. Estamos propiciando que en esa relación laboral tenga unos mínimos de dignidad” (Entidad Tercer sector 2)

Por otra parte, en relación a los centros residenciales, se estima que pueden ser unas 4.500 personas (Diario de Navarra, 2022a) las que, distribuidas en los centros residenciales navarros, atienden alrededor de 6.159 plazas de atención y realizan labores de cuidado directo a personas en situación de dependencia con diferentes condiciones salariales en función del tipo de centro donde desarrollen su trabajo.

El colectivo (a excepción de quien se enmarca en Régimen Especial de Trabajadoras del Hogar), se encuentra inmerso en la negociación del primer Convenio Colectivo Autonómico del sector de Residencias en Navarra, Ayuda a Domicilio y Centros de Día, ya que actualmente se rigen por un convenio de carácter estatal. Sus principales reivindicaciones se encuentran asociadas a los bajos salarios, ratios y horas anuales de atención, la calidad de los contratos, así como también reivindican una prestación de servicios a personas dependientes pública, universal y gratuita. Uno de sus objetivos es llegar en 4 años a unas retribuciones de 19.000€/año de salario y 1.700 horas de trabajo anuales. Actualmente, el mínimo se encuentra en unos 14.000€/año de salario y 1.792 horas anuales por convenio nacional, frente a unos salarios de unos 15.000€ año y en torno a 1.500 horas anuales en los centros públicos.

11. Las entrevistas y grupos focales para esta investigación se llevaron a cabo antes de que el Congreso de los Diputados ampliara los derechos de las empleadas del hogar, entre otros, la protección por desempleo. Por este motivo, en muchas de las citas aparecerá la falta de protección por desempleo.

“Esa precariedad y variabilidad de las residencias, dispersas por toda la geografía navarra, muy diferentes entre sí, con unas condiciones muy dispares donde existe una diferencia de equidad y desigualdad absolutamente intolerable” (Sindicatos 1)

Por tanto, si bien las cuidadoras en recursos y centros residenciales tienen unas mejores condiciones en relación a las cuidadoras del ámbito del hogar, los salarios también son bajos.

“Por eso no hay gente que quiera optar a trabajar en geriatría. Es que no hay gente porque hoy te dejo, mañana te cojo, te doy 3 pesetas. Están malísimamente mal pagados, te piden dedicación exclusiva, pero a ver, hoy te contrato esta semana 3 días y la que viene 1, pero si no vienes te sales de la lista” (Entidad Tercer sector 6)

La Administración de la Comunidad Foral va dando pasos y plantea la necesidad de dar valor a los cuidados, visibilizarlos y reconocerlos económicamente:

“Vamos caminando en lo que la Administración puede tener la batuta, como los conciertos; sí que hicimos ya hace 2 años el primer Acuerdo Marco, en el que uno de los factores del precio de las residencias iba a ser el salario de las cuidadoras, no el del personal técnico. Y eso sí que vemos que ha hecho firmar pactos de empresa, ha hecho mejorar algunos convenios, pero todavía vemos salarios base de 7,90; 8; 8,10; 8,20...” (Dpto. Derechos Sociales 2).

En el contexto de la negociación del citado Convenio se han convocado diversas jornadas de huelga reclamando mejoras en las condiciones laborales de las personas que trabajan en este sector en Navarra. Así, los sindicatos exigen “contrataciones de calidad con contratos que supongan salarios dignos y jornadas laborales razonables; acabar con la temporalidad y los contratos parciales; más personal para cuidar más y mejor; medidas efectivas de seguridad y protección; limitar e impedir fondos buitres en el sector; exigencia de gestión pública de los servicios; formación y profesionalización del sistema; y fortalecer las inspecciones” (Diario de Navarra, 2022b). Por su parte, las entidades privadas con ánimo de lucro entienden que la subida de ratios y salarios debe ir acompañada de una mayor financiación pública.

“Podemos hacer residencias más pequeñas, correcto, pero entonces tendremos que tener claro que el precio va a ser más caro. A mí me gustaría tener el mejor servicio, el más exclusivo, pero no puedo hacerlo al precio más barato, porque los recursos, porque cuidar es caro, es caro porque se invierten muchos recursos en cuidar bien” (Dirección Centro 2)

En síntesis, este capítulo aborda la precaria situación profesional de los cuidados identificando dos elementos para el estudio: la dignificación de los cuidados en el domicilio y las condiciones laborales en los centros residenciales. Esto conlleva diversas consecuencias entre las que se encuentran las limitaciones para cuantificar este sector; las situaciones de vulnerabilidad derivadas de la irregularidad administrativa; las dificultades para la contratación de personal cuidador en domicilios y las barreras para la formación y profesionalización. Se apuntan a continuación varias propuestas de actuación en este ámbito.

Causas identificadas

Se han identificado dos elementos para el análisis de las situaciones de vulnerabilidad y precariedad laboral que se observan en este ámbito:

- **La dignificación de los cuidados en domicilio.**
- **Las condiciones laborales y de cuidado en los centros residenciales.**

La dignificación de los cuidados en domicilio

El crecimiento del número de personas afiliadas a la Seguridad Social en el Régimen Especial de Trabajadoras del Hogar en el periodo 2010-2020 ha sido importante, un 32%, de modo que su peso relativo respecto al total de personas afiliadas era del 2% en 2020. Por otra parte, alrededor de un 30% de las empleadas en esta actividad estarían trabajando en la economía sumergida (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021). “Si bien la presencia de mujeres en el sector de los cuidados es un rasgo compartido con otros países de nuestro entorno, la utilización del servicio doméstico como recurso clave en la provisión de cuidados es claramente mayor en el estado español que en otros países como Francia” (Martínez Virto, 2021).

Con la entrada en vigor del Real Decreto 1620/2011 de 14 de noviembre, el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar queda integrado en el Régimen General de la Seguridad Social, mediante el establecimiento de un Sistema Especial. Esta novedad legislativa supuso un punto de inflexión y avance en derechos, con el correspondiente aumento de afiliaciones a la seguridad social a partir del año 2012, debido a la obligatoriedad, entre otras cuestiones, de dar de alta a las empleadas del hogar. Sin embargo, su denominación “especial” da una idea de que el esperado avance se queda a medio camino.

En su artículo 1.4 el RD 1620/2011 establece cuáles son los servicios o actividades objeto de esta relación laboral. Ahora bien, su alusión a “cualquiera de las modalidades de tareas domésticas, así como la dirección o cuidado del hogar en su conjunto o de algunas partes” da una idea de la falta de concreción y delimitación de funciones, que además se realizan en el ámbito privado y se negocian y contratan de manera directa. Estas relaciones laborales privadas, abiertas y ambiguas, generan que la naturaleza e intensidad de las tareas a realizar recaigan en la persona empleadora y que sea muy complicado establecer límites adecuados en la relación laboral. Más aún, se excluyen de manera explícita “las relaciones concertadas por personas jurídicas, de carácter civil o mercantil y a través de empresas de trabajo temporal, las relaciones de cuidadores profesionales contratados por instituciones públicas o por entidades privadas, relaciones de cuidadores no profesionales en atención a personas en situación de dependencia en su domicilio, relaciones concertadas entre familiares, así como el trabajo a título de amistad, benevolencia o buena vecindad”(Bertol, 2012).

Este conglomerado de actividades incluidas, así como la exclusión de otras, explica en parte la dificultad para inferir cuántas personas trabajadoras del hogar son cuidadoras y de éstas, cuántas lo son en el ámbito de las personas mayores. Al señalar las dificultades para la cuantificación y caracterización del empleo de los cuidados en domicilio no se puede obviar el alto volumen de economía sumergida en el sector. Y, sobre todo, cómo el sector acaba alimentándose de esa carencia de un marco regulador con garantías para extender las situaciones de precariedad.

Las entidades del tercer sector que realizan un trabajo de intermediación entre las personas que necesitan personal cuidador en domicilio y aquellas que ofertan ese empleo señalan que la intervención va mucho más allá de poner en contacto a las dos partes para llegar a una relación laboral consensuada. En primer lugar, su intervención tiene que ver con el ámbito puramente normativo y de gestión de un contrato laboral y de nóminas, tarifas y finiquitos; la necesidad de explicar a ambas partes la delimitación de las funciones a desarrollar, así como los derechos y obligaciones que asumen. Asimismo, otra importante labor es el acompañamiento emocional a ambas partes, ya que en el momento de toma de conciencia de la necesidad y búsqueda de una persona cuidadora se originan importantes procesos de duelo, tanto de las familias como de las usuarias. A su vez, acompañan posteriormente a las mujeres contratadas que viven diversas situaciones de soledad y duelo cuando fallecen las personas a las que cuidan.

“Tenemos que ser conscientes de que muchas veces enviamos a personas, que son empleadas de hogar a atender procesos que son paliativos, de personas al final de la vida”. (Entidad Tercer sector 3)

La mayoría de las personas que trabajan en los cuidados de manera remunerada son mujeres y con frecuencia migrantes que, en muchos casos, trabajan en la economía sumergida y lo hacen en condiciones de gran precariedad y con salarios muy bajos. Las modalidades de trabajo que se pueden adoptar en el ámbito del empleo doméstico son dos: el externo, cuando al finalizar la actividad laboral la trabajadora se retira del lugar de trabajo, y el interno, en el que una vez que termina la actividad laboral, la trabajadora permanece en la vivienda, recibiendo, por tanto, además de vivienda, manutención.

El trabajo “interno” normalmente se desarrolla de lunes a viernes o en fines de semana. Muchas personas con la necesidad de cuidados permanentes 24 horas realizan la contratación de dos personas en régimen interno con el objetivo de cubrir los 7 días de la semana. Esta configuración es muy difícil de resolver, tanto por la escasa disponibilidad de personas que quieran realizar este trabajo, como por la alta rotación de personal y la gestión de la garantía de sus derechos (descansos, vacaciones, etc.), con jornadas de trabajo que pueden llegar a 14 y 16 horas. Esta modalidad es realizada mayoritariamente por mujeres migrantes con pocos años de residencia en España. Independientemente de las condiciones a las que se enfrentan en el trabajo, el hecho de tener un techo y comida asegurada permite solventar los momentos de la iniciación de la migración hasta poder consolidar las redes sociales y definir mejor el proyecto migratorio. Además, para quien está en situación de irregularidad, una vida dentro de los límites de un hogar les permite mayor privacidad y seguridad en relación a su situación administrativa (Arango et al., 2013). En ocasiones, esto genera unos niveles de vulnerabilidad en estas mujeres que rozan lo que Aguirre y Ranea (2020) han denominado la neoservidumbre.

Por otra parte, el trabajo en régimen “externo” se realiza en jornada completa o parcial “por horas”, si bien la jornada en el caso de ser completa no suele superar las 8 horas, mientras que en caso del trabajo por horas se pueden encadenar jornadas que superen las 10 horas.

Esta presencia de mujeres que trabajan en el sector del empleo doméstico se ha traducido en las llamadas “cadenas globales de cuidados”, en el sentido de que los cuidados se transfieren a nivel transnacional, de un país a otro y de mujeres de mayor a menor poder adquisitivo. Muchas mujeres deciden migrar a la UE para trabajar en los espacios en los que está naturalizada una capacidad inherente a las mujeres: el trabajo de cuidados y de sostenimiento del hogar. Así se configura la cadena global de cuidados desde las experiencias de vida de mujeres migrantes que realizan cuidados diversos de las familias españolas mientras que, de forma paralela, las remesas de las migrantes contribuyen al cuidado de sus familias de origen. En este sentido, estos hogares dependen de lo que ocurra en los hogares de España y son las mujeres migradas el enlace de las dimensiones transnacionales (Aguirre y Ranea, 2020).

En un estudio realizado por el Instituto Navarro para la Igualdad (Martínez, 2020) sobre las empleadas de hogar en Navarra se concluye que el empleo del hogar ocupa en Navarra a casi nueve mil personas, de las que 6.811 estaban afiliadas al Sistema Especial de Empleo del Hogar de la Seguridad Social en septiembre de 2020. Esta distancia entre ambos datos permite constatar que la irregularidad es una característica del sector y los cambios normativos implementados en los últimos años, pese a haber conseguido reducirla, no han hecho desaparecer. Los niveles de feminización (cerca del 90%), así como la alta presencia de población extranjera (superior al 40%) siguen siendo los rasgos más característicos. Las empleadas del hogar de origen latinoamericano constituyen la mayoría de trabajadoras extranjeras en el sector, mientras que la presencia

de población procedente de Europa del Este (principalmente Rumanía) es menos habitual en Navarra que en el conjunto de España (Martínez, 2020). Esta preferencia por algunos orígenes se basa en ciertos estereotipos y en barreras idiomáticas y culturales que conllevan mayor o menor dificultad para la empleabilidad.

“Mujeres africanas no nos vamos a encontrar. Con el Norte de África no hay tanto problema, pero con Nigeria, Camerún o Senegal, sí. A las del Este de Europa les quieren todas las familias porque son muy trabajadoras, cumplidoras y serias”. (Entidad Tercer sector 3)

En esta línea, el origen de las mujeres latinoamericanas que han llegado a trabajar a los domicilios ha facilitado su integración.

“Los países del sur de Europa en general son parecidos. La profesionalización se ha hecho a través de la incorporación de mujeres migrantes. En España, la llegada masiva de mujeres latinoamericanas es lo que ha permitido empezar a profesionalizar con todas las pegas, sacarlo fuera del ámbito estrictamente familiar” (Prof. UPNA 2)

En los últimos años se observa un cambio de perfil en relación a las mujeres inmigrantes que encuentran en el sector de cuidados un sustento. Los países de origen y el nivel formativo de partida, así como el propio proyecto migratorio han variado. De este modo, a Navarra llegan mujeres acompañadas por sus familias, con formación y huyendo, en ocasiones, de conflictos político-bélicos. Este nuevo perfil no tiene entre sus preferencias el trabajo ‘interno’ y se decanta más por otras modalidades.

“El perfil de población que teníamos de internas de hace años no es el perfil de población inmigrante que tenemos ahora. Antes venían mujeres solas, con la intención de hacer un proceso migratorio para venir y trabajar. Ahora vienen más acompañadas por sus familias, por circunstancias. Una persona con cargas familiares no puede trabajar como interna”. (Entidad Tercer sector 3)

Un elemento explicativo de la precarización de los cuidados es la ausencia de reconocimiento social y, dentro de ésta, su diferente concepción en función del entorno del trabajo. De esta forma, como si de una escalera se tratara, el cuidado en el domicilio presenta la consideración social más baja, siendo el trabajo en régimen interno el más penoso, mientras que el trabajo en centros residenciales y el resto de recursos de atención a la dependencia se encontrarían en un escalón superior y gozarían de mayor prestigio y reconocimiento dentro del sector. Dentro de los recursos, la consideración es mayor si es en el ámbito público (frente al privado) por sus mejores condiciones laborales.

La consecuencia directa de la falta de valoración y precarización de este tipo de empleos es la ausencia de personas que quieran cubrir una serie de necesidades que lejos de desaparecer, van aumentando exponencialmente.

“En el Servicio doméstico no quiere trabajar la gente. Hasta hace dos años por ocho horas se cobraba 735 euros. Es ingrato y poco reconocido, los cuidados no están reconocidos,” (Entidad Tercer sector 4)

Las condiciones laborales y de cuidado en los centros residenciales

En general, el trabajo en las residencias presenta, principalmente entre el personal de las categorías laborales básicas, los siguientes elementos: bajos salarios, trabajo a turnos habitualmente rotatorios que pueden incluir noches y festivos, ratios insuficientes y escasa profesionalización. Las altas tasas de temporalidad y el trabajo a tiempo parcial afectan a un gran número de trabajadoras, “por lo que se cuentan con frecuencia entre los trabajadores y las trabajadoras pobres” (Comas-d’Argemir y Bofill-Poch, 2021: 379).

“En los salarios de las trabajadoras, dices: o sea, el paciente o el residente, está pagando muchísimo más ¿no? Todos los años les están subiendo el precio de la plaza y nosotras llevamos como siete años con el salario congelado. Es que esto no tiene ninguna lógica” (GF Trabajadoras Centros Residenciales)

Las condiciones laborales (aunque no de forma exclusiva) conllevan que cueste encontrar a profesionales para cubrir los puestos en residencias y que se produzca una gran rotación de personal. Si no se modifican esas condiciones, “se agravará lo que ya está sucediendo en algunas comunidades, donde no se encuentran profesionales dispuestos a hacer este trabajo” (ElDiario.es, 2019). Además, se señala el efecto perjudicial que para el cuidado representa la alta rotación de personal existente. Esta disparidad de condiciones es la que provoca, al mismo tiempo, un movimiento de personal que impacta en la práctica cotidiana:

“El problema que tenemos es todos los veranos. Tenemos un problema muy grande. ¿Por qué? Pues porque hay muchísima gente que se coge excedencia o se va porque le ha salido trabajo en lo público. Entonces, claro, ¿qué es lo que pasa? (...) que hay mucha gente que se va a trabajar a lo público, ¿por qué? Porque trabajan muchísimas menos horas y cobran muchísimo más” (GF Trabajadoras Centros Residenciales)

Estas realidades no pueden ser extensibles al conjunto de los espacios residenciales. Si bien todavía minoritarias, existen experiencias concretas en las que el modelo residencial en fórmula de apartamentos-casas se ajusta a las necesidades individuales de autonomía y es especialmente bien valorado:

“Somos diez personas, son diez casas, mientras tú estás vivo, tienes tu casa, es tu casa. Pero en el momento que tú fallezcas se termina todo ahí y tienen que entrar otros. Eso es un lujo, de verdad.” (GF Personas usuarias Estella-Lizarra)

Por último, existen algunos obstáculos que, desde el espacio de las representaciones culturales, inciden en los cuidados y es necesario considerar:

“La mentalidad de la gente mayor todavía es como que la mujer es la que cuida y la gente mayor como que... Igual mujeres mayoricas que viene un chico a lavar y les da mucho pudor. Todavía no... Culturalmente, la gente mayor no está tan abierta a que haya hombres, pero sí que es verdad que hay, que hacen súper bien su trabajo y que eso hay que cambiar” (GF Trabajadoras Centros Residenciales)

Consecuencias derivadas

Algunas de las consecuencias de la precarización profesional de los cuidados son:

- **Limitaciones para la cuantificación del sector de los cuidados.**
- **Situaciones de vulnerabilidad derivadas de la irregularidad administrativa.**
- **Dificultades para la contratación de personal cuidador en domicilios.**
- **Barreras para la formación y profesionalización.**

Limitaciones para la cuantificación del sector de cuidados

Se estima que en el mundo la fuerza de trabajo dedicada a la prestación de cuidados (educación, salud y servicios sociales) está integrada por 249 millones de mujeres y 132 millones de hombres. Esto representa el 11,5% del empleo mundial total (Aguirre y Ranea, 2020). Realizar una estimación del volumen de trabajo del sector del cuidado en Navarra no es tarea sencilla, ya que no hay una rama de actividad económica específica para ello y la disparidad de lugares de atención en los que se procura y de perfiles profesionales que lo atienden, supone una limitación importante. Por otra parte, la dificultad para delimitar el número de trabajadoras que cuidan a personas en situación de dependencia también reside en la inexistencia de una definición concreta y compartida de cuáles son las tareas o actividades enmarcadas como cuidados en domicilio y del espacio en el que se proveen esos cuidados y por la situación irregular de muchas trabajadoras del 'empleo doméstico'.

Por tanto, los datos siguientes recogen una estimación del trabajo remunerado, mujeres en su inmensa mayoría, con contrato dado de alta en el sistema de Seguridad Social en alguna de las actividades relacionadas con el trabajo de cuidados. Cabe precisar que el colectivo de mujeres con contrato en el ámbito doméstico incluye también a quienes únicamente desarrollan tareas domésticas y no de cuidado o cuando las destinatarias del cuidado no son personas mayores. Así, este sector estaría sobrerrepresentado por esa parte e infrarrepresentado al no contar con quienes desarrollan el trabajo de forma irregular y forman parte de la economía sumergida.

A continuación, se realiza una aproximación a una parte del empleo generado por el sistema de dependencia en Navarra. Una forma de acercarse a ello es a través del análisis de la afiliación a la Seguridad Social en las ramas de actividad 87, 88 y 97 de la CNAE (Clasificación Nacional de Actividades Económicas), que recoge tres categorías relacionadas con cuidados¹²

Los datos de afiliación en Navarra muestran una tendencia creciente en las ramas de actividad 87 y 88, que han aumentado de manera constante en los últimos 10 años. En 2011 la media anual del número de afiliaciones en las actividades 87 y 88 fue de 7.360 personas, mientras que en 2021 fueron 9.759 personas. En la rama 97 hubo un aumento vinculado claramente a la entrada en vigor de Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, que regulariza el sector; así, pasó de 5.089 personas de afiliación media anual en 2011 hasta su pico máximo de 8.043 en 2015, para descender paulatinamente hasta las 7.235 personas en 2021. En total, sumando las tres ramas se ha pasado de 12.449 personas en la afiliación media anual en 2011 a 16.994 en 2021

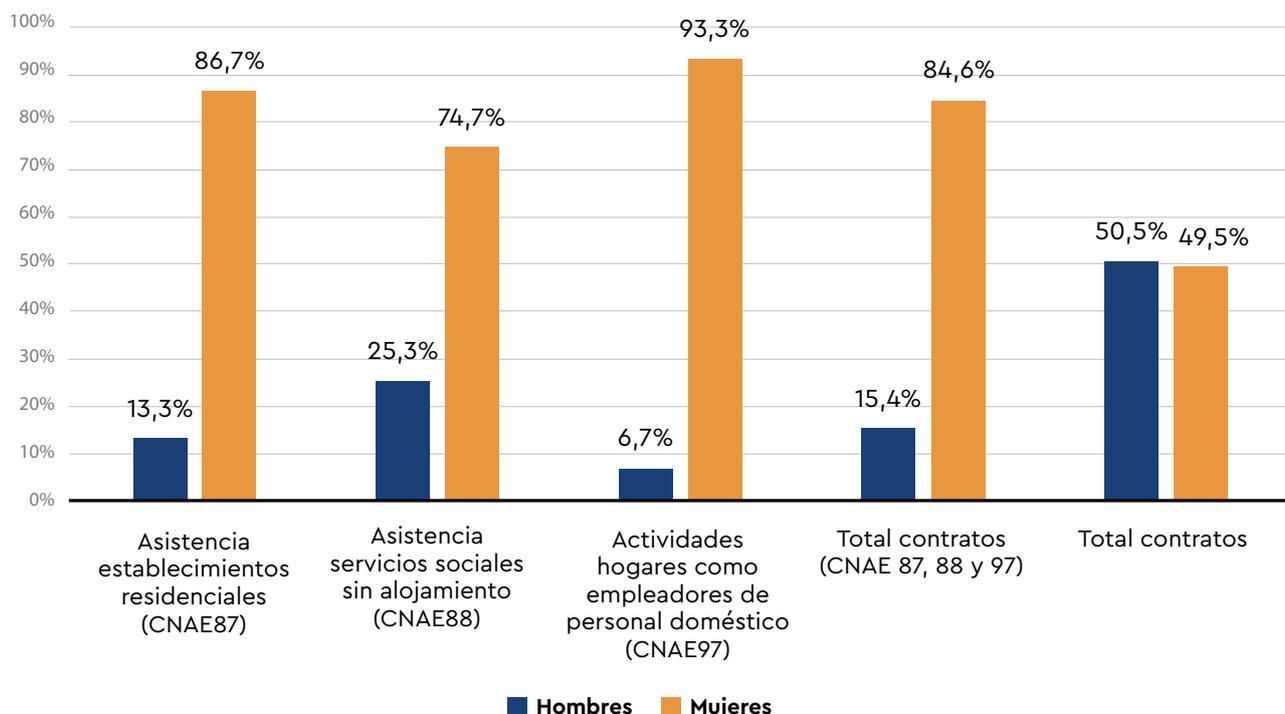
12. La categoría 87 (asistencia establecimientos residenciales) recoge ocupaciones vinculadas a los servicios del sistema de atención a la dependencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (código 871), para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia (código 872), y para personas mayores y con discapacidad (código 873). La categoría 88 (actividades servicios sociales sin alojamiento) las vinculadas a servicios sociales sin alojamiento para personas mayores (código 881). Por último, la 97 es la relativa a las actividades de los hogares como empleadores de servicio doméstico (código 970). Las ocupaciones relacionadas con el trabajo de cuidados y que se recogen en la CNAE son: Auxiliares de enfermería (código 561); Trabajadores de cuidados personas a domicilio (excepto cuidadores de niños) (código 571); Empleados domésticos (código 910).

(un 36,5% más). En cuanto a su peso en el conjunto de la afiliación, en 2021 la suma de las actividades 87 y 88 lo sitúa en el 3,4% sobre el conjunto de afiliaciones. En el caso de ser incluida la actividad 97 en el análisis, el porcentaje asciende al 5,9% (en 2011 era el 4,7%).

En relación a la contratación en las tres ramas de actividad, el número total de contratos registrados fue de 22.944 en 2021, un 3,2% menos que en 2019, el año previo a la pandemia, donde hubo 23.703 contratos. En cuanto al número de personas contratadas, en 2021 fueron 6.355 en las ramas de actividad 87 y 88, y 3.496 en la rama de actividad 97 (9.851 en total, lo que supone un incremento del 0,8% respecto a 2019, cuando hubo 9.769 personas contratadas en estas tres ramas). Si se ponen en relación los contratos con las personas firmantes de los mismos se obtiene el índice de rotación. Según los datos, la actividad relativa a la asistencia en establecimientos residenciales es la que presenta en 2021 una rotación laboral superior (3,1%). Las otras ramas de actividad (88 y 97) tienen una menor rotación, 2,4% en la 88 y un 1,4% en la rama de actividad 97.

La presencia claramente mayoritaria de mujeres en este tipo de actividades laborales se constata en que, de cada diez personas contratadas en 2021, ocho fueron mujeres (un 84,6%), mientras que en el conjunto de la contratación la proporción es similar (49,5%). La distribución por sexos refleja una clara divergencia en estas ramas de actividad: sobre el 15,4% de contratos registrados a hombres, el 43% son en establecimientos residenciales, el 48% en los servicios sociales sin alojamiento y el 9% en hogares, lo que confirma el mayor peso de las féminas.

Gráfico 11. Distribución de la contratación CNAE (87, 88 y 97) y total según sexo. Año 2021.



Fuente: SEPE. Elaboración propia.

Por último, en cuanto al tipo de jornada de las tres ramas de actividad, los datos reflejan un elemento que explica en gran medida la condición precarizada del sector: a nivel general el porcentaje de contratos a tiempo parcial es de un 26,2%, mientras que la suma de las tres ramas alcanza el 42,3%, es decir, 16,1 puntos más de parcialidad en la contratación. En cuanto a la distribución de contrataciones a tiempo completo, es inferior respecto al total: en la asistencia en centros residenciales 11,7 puntos menos, en el ámbito de los servicios sociales sin alojamiento 9,1 puntos y en el caso de las actividades en hogares, alcanza los 32,4 puntos porcentuales por debajo de la media del total de contratos.

Situaciones de vulnerabilidad derivadas de la irregularidad administrativa

La irregularidad en el empleo doméstico se refiere a todas aquellas personas que realizan el trabajo en domicilios sin contrato formal y, por lo tanto, sin afiliación a la seguridad social. Estas personas pueden tener su situación administrativa regular o no.

Este epígrafe pretende señalar las barreras existentes y las cuestiones que la situación de irregularidad administrativa acarrea per se, con el objetivo de identificar aquellos aspectos que tienen que ser tenidos en cuenta por las instituciones para su transformación. Existe una importante vinculación entre los procesos migratorios femeninos en los que, generalmente durante los primeros años puede darse la irregularidad administrativa y el trabajo en hogares realizando tareas de cuidados, en muchas ocasiones en la modalidad interna.

“Cuando llegan están en una situación irregular y no les importa trabajar en un régimen que es muy duro, porque trabajar de interna todo el día al cuidado de una persona que en ocasiones tiene dependencia o demencia es complicado y no les importa. Pero cuando estas mujeres ya se van promocionando, van haciendo su formación o ya tienen su experiencia, y tienen papeles, no todas quieren ir a ese tipo de trabajos”. (Entidad Tercer sector 3)

La existencia de una gran demanda de personal cuidador implica directamente a la normativa sobre extranjería, dado el perfil de muchas de las mujeres cuidadoras que no podían optar a permisos de trabajo y residencia hasta que acreditaran tres años en el país. En este sentido, con el fin de dinamizar y facilitar la inserción laboral de estas personas entró en vigor el Real Decreto 629/2022, de 26 de julio, que introduce importantes modificaciones como la obtención del arraigo laboral si se acreditan dos años de residencia y una oferta de empleo.

“En el momento en el que tú dejas entrar a alguien, ¿por qué no le permites trabajar legalmente? Vienen como turistas, pero sabemos que se van a quedar y les tenemos tres años dando vueltas. Hay una demanda que no se cubre, hay un nicho de empleo que no se cubre con personas españolas”. (Entidad Tercer sector 4)

Estas situaciones de indefensión administrativa y el temor sobrevenido son señaladas frecuentemente y vividas de forma dramática por las trabajadoras, constituyendo uno de los ejes de la precarización profesional de los cuidados ante el que se exige apoyo:

“Conocí un caso hace un mes que me partió el alma. Una muchacha colombiana que todavía no tiene cita en extranjería sino para agosto, tiene que ir tres veces al día y le pagan 200 mensual. Eso es un abuso por no tener papeles” (GF Trabajadoras cuidado domicilios)

Las trabajadoras señalan que sí reciben el apoyo de entidades sociales en la denuncia de las frecuentes situaciones de precarización:

“Estaba encerrada noche y día. Era de domingo a domingo y ya estaba agobiada, ya estaba enfermándome, estaba manejando un estrés horrible. Entonces en la Cruz Roja les comenté lo que me estaba pasando y dijo que eso no les gustaba y llamaron a la gente y les dijeron que cómo iban a tener una persona de domingo a domingo trabajando por 1.300 € y que no tenía derecho a nada ni las dos horas” (GF Trabajadoras cuidado domicilios)

La irregularidad administrativa implica que haya quien se aproveche de estas situaciones de vulnerabilidad, pero también hay que reconocer el apoyo que, en muchos domicilios, se procura a la trayectoria y proyecto vital de estas mujeres para que puedan obtener sus permisos de residencia y trabajo, así como sus reagrupaciones familiares.

“Yo sí que me empeñé mucho en que tuviera papeles, seguridad social, todos los asuntos... Porque me da mucho miedo. (...) Ese contrato va a no sé dónde y tardan siete meses en contestarle si le dan permiso para trabajar o no” (GF familiares Pirineo)

Dificultades para la contratación de personal cuidador en domicilios

El inicio de la demanda para el trabajo en domicilios se plantea cuando la situación de la persona mayor ya se torna complicada porque necesita supervisión y/o atención directa durante la mayor parte del día. Es entonces cuando se pone de manifiesto la gran dificultad actual para realizar contrataciones de cuidadoras en domicilio y así facilitar, por ejemplo, las altas hospitalarias cuando las personas abandonan el centro médico y necesitan apoyo domiciliario durante un tiempo determinado.

“Nos resulta casi imposible encontrar cuidadoras. Buscamos a través de empresas sociales y privadas. Hay empresas de contratación que antes sí que tenían disponibilidad y ahora dicen que no están aceptando casos nuevos, que no pueden asumir el volumen de peticiones. Buscar una interna es como buscar una aguja en un pajar” (Trabajo Social Sanitario 1)

Las dificultades para contratar a personal cuidador en domicilios aumentan exponencialmente cuando el destino del empleo es un pueblo de Navarra (y dentro del ámbito rural, en las zonas más despobladas). El destino resulta poco atractivo, en gran parte porque el sentimiento de soledad y de aislamiento por la falta de un buen sistema de transporte rural son muy importantes. A ello se añade la limitación de servicios en estas localidades:

“Cuando llegan demandas de los pueblos, no se pueden cubrir, porque entre las dificultades de transporte y la soledad no es nada atractivo para las chicas, no quieren ir. En ocasiones están dispuestos a no recibir la habilitación porque realmente no pueden elegir. Hace unos años se les podía ofrecer a cuatro candidatas y ahora a una”. (Entidad Tercer sector 3)

Por otra parte, en el caso de los trabajos por horas en régimen de externa en los hogares, si bien requieren una habilitación profesional, suelen tener condiciones más atractivas y posibilistas para compaginarlas con la vida familiar y/o personal, por lo que suelen ser más fáciles de cubrir. En ocasiones, conforme estas mujeres van adquiriendo más formación, comienzan a salir del entorno del trabajo domiciliario y aceptan ofertas que provienen, por ejemplo, de recursos y centros residenciales, produciéndose así un trasvase de trabajadoras dentro del mismo sector de cuidados hacia otros espacios que les son más atractivos.

“Algunas tienen otros certificados de atención a la dependencia en instituciones y entonces esas chicas acceden a centros. (...) Lo que es cierto, es que las que tengan perfil para trabajar en una residencia, no van a trabajar en el empleo doméstico”. (Entidad Tercer sector 3)

En cualquier caso, los problemas para atender la demanda y la ausencia de personal cuidador también afectan a estos centros residenciales, que reclaman medidas de apoyo:

“Aquí las necesidades van a ser infinitas. Yo siempre les digo, aquí va a llegar un tsunami, hay que estar preparados. Mi preocupación primero es: ¿quién va a cuidar a las personas? No tenemos personal, no encontramos personal. Y hay que dignificar ese personal porque si no la gente no va a querer estar en el sector”. (Dirección Centro 2)

Barreras para la formación y profesionalización

Las dificultades para la formación y profesionalización que aquí se detallan no deben confundirse con una ausencia de formación previa. El trabajo ha evidenciado una presencia significativa de mujeres con niveles educativos superiores que se ven inmersas en el espacio de los cuidados ante las dificultades para trabajar en espacios acordes con su formación:

“Nadie me va a dar trabajo de lo que yo soy acá. Yo soy trabajadora social, he ido a la universidad. Si yo vengo aquí a trabajar de lo que yo soy, a mí nadie no me va a dar trabajo” (GF Trabajadoras cuidado domicilios)

Durante los últimos años se ha generalizado la obtención del título de Certificado de Profesionalidad de atención a personas dependientes en domicilio como requisito para la contratación a través de empresas de cuidados y para su justificación administrativa a la hora de solicitar ayudas económicas para la contratación a través del sistema de atención a la dependencia. También se han creado habilitaciones excepcionales y provisionales para la acreditación por la vía de la experiencia y la formación. En este sentido, y en relación a la experiencia, los periodos de trabajo en situación de irregularidad administrativa suponen una nueva barrera, ya que este tiempo no es siempre demostrable.

En el caso de las profesiones de los cuidados en centros residenciales y otro tipo de recursos enmarcados en el ámbito de los servicios sociales, las personas empleadas cuentan, de forma mayoritaria, con formación en gerocultura, con el Certificado de Profesionalidad de atención a personas dependientes en instituciones sociales o la de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). En la actualidad, en Navarra se oferta la formación de grado medio de Técnica/o en atención a personas en situación de dependencia, que capacita para desarrollar las intervenciones, tanto en instituciones sociales como en domicilios, así como para la gestión de llamadas de teleasistencia. Posibilita trabajar como personal cuidador de personas en situación de dependencia independientemente del ámbito laboral, sea auxiliar responsable de plantas de residencias, auxiliar de ayuda a domicilio, asistente de atención domiciliaria, asistente personal, gobernanta o en el ámbito del trabajo familiar, la gerocultura o la teleasistencia. Este listado da una idea de la heterogeneidad de titulaciones y profesionales que ejercen tareas de cuidado en el mismo sector, no siempre con la misma carga formativa y dedicación académica previa, únicamente igualadas a la baja en relación a los reducidos salarios.

Tomando como referencia el Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, la determinación del personal mínimo exigible estipulada tanto para la atención diurna como para el servicio residencial en cuanto a personal profesional de atención directa es: cuidadores/as profesionales, auxiliares de enfermería o equivalente y personal técnico de integración social (para aquellos profesionales que, a 30 de diciembre de 2017, se encuentren trabajando en la categoría profesional de cuidador o gerocultor).

Si bien durante los últimos años se ha producido una mejora en las condiciones laborales de las trabajadoras en hogares tras la entrada en vigor del Real Decreto 1620/2011, de 14 de noviembre, las entidades del tercer sector refieren la necesidad de realizar ajustes en la normativa para avanzar en la profesionalización del sector sin perder de vista las necesidades de las familias que demandan personal cuidador.

“Antes era mucho más sencillo, llegaba una familia, había una chica, aunque fuera sin papeles y las metíamos. Ahora conforme se ha ido regularizando todo, se piden chicas con residencia legal, que tenga experiencia, referencias en el ámbito y en el 80% de las ocasiones, la habilitación profesional. Ahora estamos hablando de un perfil que se está profesionalizando, todo es más complicado”. (Entidad Tercer sector 3)

En relación a la formación para personas cuidadoras, tal y como ya se ha señalado, se pueden realizar dos tipos de cursos para la obtención de los Certificados de profesionalidad, en instituciones sociales y en domicilios, siendo éstas muy similares en cuanto a contenidos.

“El 90% de la gente que se forma (Certificado de Profesionalidad de atención a personas dependientes en instituciones sociales) lo hace en instituciones, tiene más acogida. Para acceder a este certificado es necesario la ESO o bien los cursos de competencias transversales. Son 4 módulos que se pueden hacer en 6 meses” (Entidad Tercer sector 2)

Existen dificultades para la formación (sobre todo para personal interno) como, por ejemplo, la imposibilidad de abandonar el puesto de trabajo o el solapamiento de cursos. No obstante, se entiende positiva la necesidad de capacitación profesional que mejore la calidad del servicio:

“Facilitar a las cuidadoras que están contratadas, sobre todo en régimen interno, que puedan hacer esta formación para que sea más sencillo. (...) Porque es imposible si una persona está trabajando como interna en un domicilio que saque 300-400, no sé cuántas horas son, para para poder hacer ese curso y habilitarse” (GF Profesionales de Atención Primaria)

Propuestas de mejora

A continuación, se abordan algunas propuestas para la mejora de las condiciones de quienes desarrollan su trabajo en el sector de cuidados, tanto de las que trabajan en domicilios como en espacios residenciales. Las principales propuestas recabadas han sido:

- **Visibilización y reconocimiento de las condiciones laborales de las trabajadoras del cuidado en hogares.**
- **Mejora de las condiciones laborales en el entorno residencial.**
- **Simplificación y agilización de los procesos de acreditación, formación y trámites para la contratación.**

Visibilización y reconocimiento de las condiciones laborales de las trabajadoras del cuidado en hogares

A lo largo del capítulo ya se han señalado algunas cuestiones para dignificar las condiciones laborales de las mujeres que ejercen cuidados. De este modo, es necesario **desarrollar medidas que tengan por objeto asimilar este sector a las condiciones del régimen general en cuanto a la subida de los salarios, la vigilancia e inspección y la concreción y delimitación de las actividades a realizar** por las personas empleadas, si bien no hay que olvidar que son asuntos cuya competencia recae en la Administración estatal.

Una reforma de la normativa del sector debería contemplar las funciones y actividades que son de cuidado de personas mayores, diferenciándolas de otras que no lo son y que el salario se perciba en función de la naturaleza del trabajo. En esta misma dirección, **es necesario hacer constar en el acuerdo los derechos y obligaciones asumidas entre las partes.**

En Navarra existe una Asociación de Empleados y Empleadas del Hogar (2012), cuyos objetivos pasan por una mejora de sus condiciones laborales, un mayor reconocimiento social, así como su participación en las cuestiones que les afectan, esto es:

- 1) La necesaria convergencia con el Régimen General de la Seguridad Social y el Estatuto de las personas trabajadoras.
- 2) El reconocimiento como cualquier persona trabajadora con los mismos derechos.
- 3) Dar a conocer a la opinión pública y a entidades y/o asociaciones la situación de las personas trabajadoras del hogar y la desprotección jurídica existente.
- 4) Contribuir a configurar y fortalecer el sector de las personas trabajadoras del hogar.
- 5) Que la Administración Pública piense cómo llevar a cabo esas mejoras jurídicas y laborales, sin que ello suponga que todo el peso recaiga en exclusiva en las propias personas trabajadoras y las familias que las necesitan (pues realmente no son empresarios como tal), ya que cubren necesidades sociales reales.
- 6) Favorecer la profesionalización del sector con la introducción de módulos formativos en el sistema educativo reglado, para cubrir necesidades.

Por último, cabe destacar la reflexión de Martínez Virto (2021), cuando señala que “la agenda política debe poner en marcha, con urgencia, medidas destinadas a la calidad del empleo de cuidados, al reconocimiento de sus trabajadoras o cuidadoras informales, a la profesionalización del sector y a cuidar y prevenir el deterioro de las personas que cuidan en el ámbito familiar mediante espacios de respiro. Para ello no solo serán necesarias medidas laborales y económicas sino también un mayor reconocimiento social de la economía de cuidados mediante su investigación y seguimiento a fin de detectar su aportación al desarrollo de la sociedad”.

Mejora de las condiciones laborales en el entorno residencial

Como se ha señalado, casi 8 de cada 10 personas que viven en los centros residenciales en Navarra tienen más de 80 años. Estas personas se encuentran, en general, en situación de gran vulnerabilidad y presentan pluripatologías, por lo que resulta imprescindible que las ratios de personal que les atienda sean adecuadas. Lo que se plantea es **llevar a cabo la estimación de ratios no en base al número de personas a atender, sino al tiempo efectivo de trabajo que hay que dedicar a cada persona** para que la atención directa sea en condiciones de calidad (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021). De este modo, se hace necesario **crear un sistema en el que las ratios sean revisables en función de las necesidades de las personas atendidas**.

Como subrayan García et al. (2021: 17) “hay que ser conscientes de que el incremento de ratio supone, inevitablemente, un incremento importante de costes (...). El Consejo Territorial debe acordar el precio de concertación necesario para asumir este incremento de costes derivado del aumento de la ratio de personal, así como la cuantía de la prestación vinculada, ya que, de lo contrario, muchas personas que necesiten plaza residencial y que no dispongan de ella en un centro público o concertado, no podrán acceder al servicio residencial que necesiten”.

Existe disparidad en relación a los salarios y las horas anuales de quienes trabajan en los centros residenciales de la Comunidad Foral, por lo que sería necesario mejorar las retribuciones y homogeneizar los horarios anuales. También en este sentido se plantea la necesidad de la consideración y equiparación profesional con sectores asimilables (especialmente con el sanitario): “mientras los profesionales sanitarios gozaron de reconocimiento por su esfuerzo y labor en los hospitales, las profesionales del ámbito residencial sufrieron condena social” (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021: 247). Aquí cobran mucha relevancia los convenios colectivos del sector y se incide en la responsabilidad de la administración en planificar y gestionar a largo plazo en este ámbito.

Otro punto de mejora afecta a los aspectos organizativos como, por ejemplo, **la utilización de bolsas de contratación estables que garanticen la calidad del servicio**. Asimismo, es necesario garantizar la **estabilidad en el empleo porque es un requisito de calidad en la atención y el reconocimiento de ciertas dolencias** (tendinitis o dolor de espalda) como enfermedades profesionales. Para finalizar, y rescatando la literalidad de las trabajadoras de las residencias, se impone la lógica de “cuidar al personal para mejorar el cuidado de las personas residentes”.

Finalmente, en los últimos meses se están produciendo movilizaciones sindicales en Navarra en el contexto de la **negociación del Primer Convenio Colectivo Autonómico del sector de Residencias en Navarra, Ayuda a Domicilio y Centros de Día**. Existe una demanda generalizada de dotar a los centros residenciales de plantillas con ratios cualificadas y remuneraciones adaptadas a las características y necesidades de las usuarias. Esto mejorará la estabilidad en el empleo y reducirá la constante fuga de personal, a la vez que incidirá positivamente en la calidad de los servicios y la atención a las personas mayores y sus familias.

Representantes de entidades sin ánimo de lucro, gestoras de centros residenciales, apuestan por un Convenio sectorial para Navarra. A pesar de que tanto las entidades sin ánimo de lucro como las sociedades mercantiles consultadas coinciden en las condiciones básicas de negociación, una de ellas detalla la que consideran una gran diferencia: mientras las empresas mercantiles pueden optar por mantener o subir las tarifas en las plazas no concertadas, las entidades sin ánimo de lucro, en general, no tienen personas usuarias con capacidad económica suficiente, por lo que los precios de las plazas libres son más bajos que las concertadas y, por lo tanto, su margen de maniobra es menor.

“De hecho, nosotros siempre hemos apostado por el Convenio Sectorial, lo hemos defendido a capa y espada y creemos que es una buena herramienta, creemos que es lo que hay que hacer, establecer unos mínimos para que todo el mundo cobre igual. (Dirección Centro 1)

Simplificación y agilización de los procesos de acreditación, formación y trámites para la contratación

A la luz del presente estudio parece urgente realizar un trabajo de identificación de las necesidades que se dan en el sector de los cuidados. Ello permitirá atender adecuadamente la brecha existente entre oferta y demanda actual y lograr que las personas empleadas cuenten con condiciones dignas de trabajo, así como que las familias que necesitan una contratación en cuidados puedan disponer **de un sistema seguro y ágil, que pueda hacer confluir esa brecha y que les provea de apoyo en condiciones de seguridad y calidad**.

Con el fin de paliar las dificultades para las contrataciones de personal cuidador es necesario que **el sistema de acreditación y cualificación sea lo suficientemente ágil y adaptado** a las diferentes casuísticas para dar respuesta a la oferta y demanda. En este sentido, cabe destacar la importancia de la reciente Resolución 5876/2022 en la que se aprueban los procedimientos de habilitación excepcional y habilitación provisional en las categorías profesionales de gerocultor, cuidador y auxiliar de ayuda a domicilio y asistente personal de los centros y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra, 2022).

Una buena práctica fue la acreditación por experiencia de cuidados en el hogar que se hizo durante la pandemia del COVID-19 y que debiera de mantenerse en el tiempo para la mejora de las condiciones de estas mujeres. En ese sentido, se pide también que haya flexibilización de las competencias clave para el acceso a la formación de estas mujeres.

En relación a la formación, se demanda **un sistema que ordene la confusión y solapamiento que en ocasiones se da entre titulaciones**. Por otra parte, sería muy conveniente la puesta en marcha de cursos de formación en modalidad no presencial para que, de esta manera, trabajadoras en zonas rurales y/o que trabajan en régimen interno pudieran formarse.

Por otra parte, entidades sociales que realizan labores de intermediación para la contratación privada demandan a la administración **ser tenidas en cuenta y puntualmente informadas de los cambios que se van produciendo en las regulaciones del sector**, ya que se configuran como el canal de información prioritario de cientos de familias y trabajadores y trabajadoras del cuidado en Navarra. Normalmente, las familias que se enfrentan a una primera contratación de personal cuidador no conocen la legislación específica, qué tipo de contrato realizar y cuáles son los pasos a seguir. Se demandan canales de información suficientes para la contratación, con el fin de no incrementar el gasto de las familias en asesorías privadas que gestionen el contrato. A este respecto, habría que **adaptar la plataforma on line para la realización de trámites con la Seguridad Social porque no va acompañada de tutorización ni de facilidades de acceso.**

CAPÍTULO 05.

EL ACCESO A LOS RECURSOS EN CLAVE TERRITORIAL

Capítulo 05.

EL ACCESO A LOS RECURSOS EN CLAVE TERRITORIAL

*“El territorio, generalmente, no se muestra neutro, sino que acaba condicionando la desigualdad, de la misma manera que las desigualdades dibujan y definen los territorios”
(Observatorio de la Realidad Social, 2022b).*

El panorama sociodemográfico ([Capítulo 00](#)) complejiza la atención y los cuidados a las personas que los requieren y obliga a realizar una adaptación de la estructura y funcionamiento del sistema, también tomando en consideración la variable rural-urbano, por lo que este capítulo aborda el análisis territorial. Como mencionan Camarero y Oliva (2019) “la brecha rural es principalmente un problema de desigualdad social y, políticamente, ha pasado de ser considerado como una cuestión de desarrollo económico, a ser visto como una cuestión de cohesión”. En esta línea, Sanz y Oliva (2021: 186) expresan de manera clara la justificación de la importancia de realizar un análisis social con perspectiva territorial:

“la disparidad rural/urbana es frecuentemente ignorada. La ausencia de datos desglosados que brinden información suficiente para el análisis apenas permite cuantificar y evaluar estos déficits experimentados por las poblaciones rurales. Sin esta información, los gobiernos carecen de evidencias para establecer prioridades y se dificultan las decisiones sobre la asignación de recursos, perpetuando así el abandono de una planificación sistemática para las poblaciones rurales. Además, no existe un concepto consensuado sobre qué es accesibilidad.”

En primer lugar, en relación a las causas, se busca ofrecer una visión territorial de la distribución en Navarra de las personas mayores y sus perfiles, procurando identificar las zonas con mayor concentración de población y las de mayor dispersión. Seguidamente, se aborda el reparto administrativo de los recursos de cuidados relacionados con la atención a personas mayores, lo que resulta fundamental para conocer la brecha rural/urbana. En el apartado de consecuencias, se recogen aquellas que repercuten en el actual reparto de los recursos de cuidados de larga duración en la Comunidad Foral. De esta manera, se presenta la distribución de los recursos y la problemática del sistema de transporte. De igual forma, se abordan los desplazamientos a las ciudades por parte de quienes acuden para ser cuidadas por familiares que residen allí. Por último, se presentan propuestas que permitirían enfrentar algunas de las problemáticas detectadas en aras de reducir la desigualdad que se pone en evidencia en los resultados.

Causas identificadas

Se han identificado dos grandes causas relacionadas con la brecha rural/urbana en el acceso territorial a los recursos, ya que la demografía y la fragmentación administrativa son elementos fundamentales para su análisis.

- La perspectiva demográfica.
- La fragmentación administrativa.

La perspectiva demográfica

“La montaña pirenaica, la conurbación de la cuenca, el eje del Ebro, la Navarra Atlántica y la Navarra media construyen modelos territoriales dispares. Una disparidad que encuentra en la desigualdad y en los desequilibrios el elemento común. Las desigualdades son demográficas, laborales, sociales, de competitividad y capacidad de desarrollo. Pero estas desigualdades deben ser confrontadas con una política de región donde prime la solidaridad en términos de reducción de las desigualdades y de apoyo a un desarrollo conjunto, cohesionado y solidario.” (ORS, 2020a: 5)

Para realizar un análisis territorial de los recursos es fundamental partir de la distribución de la población navarra. Destaca por encima de todas, la desigualdad territorial surgida como consecuencia del actual modelo demográfico navarro, en el que conviven dos panoramas muy distintos al comparar la población de las áreas rurales y las urbanas.

La gran concentración de población que tiene la Comarca de Pamplona en relación al resto del territorio se produjo a raíz de la modernización de la economía (Elizalde, 2017b). Desde inicios del siglo XX la población navarra se ha multiplicado más de 2,10 veces, pero ha sido la Comarca de Pamplona la que ha absorbido ese crecimiento. En contraste, las áreas rurales han perdido población de manera continuada como consecuencia de un cambio de modelo que empuja a la población rural a buscar nuevas oportunidades laborales en las zonas más industrializadas, las ciudades (García-Sanz y Mikelarena, citado en Elizalde, 2017b).

En la actualidad, el área de Pamplona y Comarca concentra al 56,93% de la población, siendo la única de Navarra, junto con Tudela, que gana población en los últimos años. En el otro extremo, el Noreste es el área menos poblada con un 2,92%. Realizada una desagregación de estos datos, la zona del Pirineo navarro continúa perdiendo población de forma progresiva, agrupando al 2,27% de la población de la Comunidad Foral en 2021.

Tal y como se expresa en el informe sobre desigualdades territoriales (ORS, 2020a: 13), la tendencia a concentrarse en Pamplona y su Comarca expone a Navarra a un riesgo de monocentrismo, que “suele venir al hilo de un proceso de concentración de empleo que arrastra a su vez una fuerte concentración residencial para facilitar y abaratar la movilidad. Este proceso tiene como contrapartida la desvertebración del territorio y el abandono de este, generando una suerte de centros poblacionales rodeados de desierto social”.

A medida que la despoblación ha ido avanzando, la brecha de acceso y garantía de derechos entre ambos espacios, rural y urbano, se ha polarizado. A este respecto, las áreas que se ven afectadas por la despoblación pueden tener menor acceso a una red de transporte y/o comunicaciones adecuadas, a menor número de ofertas de empleo locales o a ciertas prestaciones sociales básicas, como, por ejemplo, atención médica o educación (ORS, 2022b).

Esta situación anima a la población en edad activa a buscar más oportunidades y ofertas de servicios en áreas urbanas y, a su vez, la población que requiere de cuidados, sean temporales o de larga duración, puede verse empujada a acercarse a núcleos urbanos para tener acceso a recursos del sistema de cuidados porque ahí hay una mayor oferta y/o garantía. De manera progresiva, las áreas rurales se abandonan y resulta más difícil incentivar su revitalización.

“La gente va huyendo de la zona. Y no se ha ido más gente porque algunos, sobre todo ganaderos, están con la soga al cuello (...). Cuando se llega al último extremo, cuando se queda totalmente solo o la persona que le cuida está impedida también... Ese es el gran problema” (Entidad Tercer sector 6)

Durante las entrevistas mantenidas se hace referencia a la especial situación de los pueblos de la zona norte en relación a otras, como la zona media o el sur de la Comunidad Foral. Así, mientras algunas capitales de comarca como Tudela sí poseen servicios, en el norte no hay prácticamente recursos de tipo preventivo o de atención más intensa para cuidar a una población especialmente envejecida.

También se alude al déficit de otros servicios sanitarios como pediatría, el acceso a internet o la ausencia de cajeros automáticos:

“Hay muchas dificultades para atender a personas que viven en el norte, en caseríos, que al alta hospitalaria quieren volver lógicamente a su casa, pero es muy complejo atender a personas, o SAD o cuidadora particular que vayan a los pueblos” (Trabajo Social Sanitario 1)

El fenómeno de la despoblación también se asocia al envejecimiento de las zonas rurales. Toda la Comunidad Foral presenta un modelo demográfico envejecido; no obstante, la estructura poblacional está especialmente descompensada en los pequeños municipios (Goll, 2010). La distribución de la población mayor de 65 años en Navarra se mantiene constante en los últimos años, si bien hay un paulatino incremento de mayores de 65 años en todas las áreas. La zona más envejecida es el Noreste (27,1%), mientras que las menos corresponden con los dos principales núcleos urbanos: Pamplona y Comarca (18,6%) y Tudela (19,4%).

Esta tendencia se mantiene cuando el foco se pone en población mayor de 80 años. El mayor porcentaje de sobre-envejecimiento lo encontramos de nuevo en el Noreste (9,72%) más de tres puntos superior a la media, (6,20%) siendo el área de Pamplona y Comarca donde se concentra un menor porcentaje (5,47%), seguido de nuevo por el área de Tudela con un 6,29%.

Tabla 5. Población de 80 y más años por áreas de servicios sociales de Navarra. Porcentaje.

Área	2008	2013	2017	2021
Noroeste	5,82	6,68	7,22	6,99
Noreste	9,23	10,16	10,71	9,72
Pamplona y Comarca	4,30	4,88	5,47	5,47
Estella	7,29	8,03	8,59	7,71
Tafalla	6,93	7,85	8,35	7,37
Tudela	5,86	6,60	6,92	6,29
Navarra	5,37	6,01	6,52	6,20

Fuente: INE. Elaboración propia. <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/evolucion-de-la-poblacion-2006-2021/ind-40/>

La situación de las zonas más afectadas por el envejecimiento demográfico como el Pirineo se corresponde con las que menor desarrollo industrial y menor número de recursos y servicios presentan en comparación con el resto (ORS, 2022b). De este modo, particularmente en el caso de las zonas montañosas, la orografía ha perjudicado de manera especial su economía y, en consecuencia, el sostenimiento de la población y la vida rural.

Por último, si se atiende al índice de envejecimiento y la tasa de dependencia por áreas, la correlación con lo señalado hasta ahora es obvia: en los lugares más envejecidos se produce una mayor tasa de dependencia, especialmente significativas en el Noreste, Estella y Tafalla.

Tabla 6. Índice de envejecimiento (%) y Tasa de dependencia (%) por áreas.

	Áreas	2008	2013	2017	2021
Índice de envejecimiento (%)	Noroeste	133,5	124,8	129,1	134,1
	Noreste	206,8	196,4	211,5	226,4
	Pamplona y Comarca	89,3	92,0	100,6	112,5
	Estella	154,6	148,7	156,9	156,8
	Tafalla	140,6	138,8	147,0	146,8
	Tudela	119,4	115,7	116,9	115,0
	Navarra	110,4	109,3	116,0	123,5
Tasa de dependencia (%)	Noroeste	50,9	55,8	60,7	61,9
	Noreste	58,8	61,6	64,1	64,2
	Pamplona y Comarca	45,8	50,9	54,4	54,2
	Estella	54,9	57,8	59,7	60,8
	Tafalla	55,0	57,1	59,2	59,2
	Tudela	50,4	54,0	56,4	57,0
	Navarra	49,0	53,2	56,4	56,5

Fuente: INE. Elaboración propia. <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/datos/evolucion-de-la-poblacion-2006-2021/ind-40/>

Las recientes proyecciones de población realizadas tampoco resultan muy favorables. A este respecto, el informe de Nastat (2021) sobre las previsiones de población a 2035 destaca el especial envejecimiento de la zona de Pamplona (4,8% más que en 2021) y el Pirineo (4,3% más), mientras que la única que rejuvenece es la Ribera (0,1%), que cuenta con un tejido industrial más fuerte que en el caso del norte de la comunidad. Tierra Estella y la Navarra Media Oriental serán las zonas con mayor porcentaje de población mayor de 85 años en 2035, siendo las únicas zonas cuyo porcentaje de personas mayores de 80 años superaría el 5%.

Por otro lado, otra característica de las áreas rurales es que también manifiestan altos grados de masculinización. Este fenómeno asociado al proceso de despoblación halla su origen en el abandono de los pueblos por parte de las mujeres a partir de 1950 ante la falta de oportunidades laborales en sectores especialmente masculinizados, como el primario, así como la falta de reconocimiento de los trabajos de cuidados de la familia y el hogar que tienden a ser invisibilizados (Elizalde, 2017b; Elizalde, 2018; ORS, 2022b).

Desagregando los datos en zonas más pequeñas como las Comarcas, resulta que en 2021 es el Pirineo la que cuenta con una ratio más elevada, 122 hombres por cada 100 mujeres. Si bien el resto de zonas rurales tienen ratios que indican masculinización, están mucho más cercanas al equilibrio demográfico y se han mantenido estables en los últimos años. No obstante, el Pirineo y el Prepirineo, dos de las zonas con mayor envejecimiento, cuentan con las ratios más elevadas de Navarra, y, en el caso del primero, destaca su aumento en 6 puntos respecto a 2008. En el polo opuesto, solo en el área metropolitana de Pamplona hay más mujeres que hombres (su ratio es 93,9), aunque la Ribera también dispone de una ratio muy equilibrada (101,2).

La masculinización de muchas zonas rurales en Navarra tiene consecuencias directas sobre los cuidados. Así, se genera un cambio en el modelo de convivencia, que vira hacia una mayor proporción de personas solteras, sobre todo hombres, que en un futuro próximo no dispondrán de la tradicional red familiar de cuidados, especialmente al reducirse también el número de hijos e hijas dispuestos a cuidar a la familia troncal (Elizalde, 2014).

“La zona que peor está en Navarra en cuanto a masculinización es la zona media y creo que el índice de masculinización estaba en el 109-110. Es una barbaridad en el sentido de que lo que es el modelo tradicional es muy evidente que no se sostiene, o sea, no están las hijas, no están las parejas, hay índices de soltería masculina muy elevados. Entonces, es verdad que las zonas rurales son las que te apremian a poner soluciones.” (Prof. UPNA 2)

Como cabría esperar, la gran desigualdad que existe entre el mundo rural y urbano, tanto en la composición de la demografía como en los recursos de cuidados disponibles, generan un punto de partida muy distinto a la hora de plantear cómo debe configurarse el sistema de cuidados. A todo ello, se le añaden las características culturales y el sentimiento de pertenencia de cada zona, que influyen en cómo se han planteado los cuidados en cada área y cómo esperan las personas ser cuidadas en el futuro, es decir, cuáles son sus expectativas.

Es reseñable que, en las zonas rurales, el riesgo de desprotección de las personas solteras o viudas, especialmente hombres, es más alta. Según el informe ‘Modelo integral de atención al envejecimiento activo en el ámbito rural’ (ORS, 2020a), esta particular situación se sustenta en cierta discapacidad cultural de los hombres para asumir tareas domésticas o relacionadas con el cuidado personal, que responde a lo ya mencionado sobre la división sexual del trabajo, así como en un mayor rechazo a solicitar ayuda externa por falta de conocimiento o vergüenza.

“Ya va yendo gente. Pero ¿sabes qué gente? El otro día una chica fue, sudamericana, una mentalidad muy distinta a la nuestra, incluso en el hablar y todo eso. No es fácil para ambas partes. (...) Aparte de que somos cerrados y más en esa zona” (Entidad Tercer sector 6)

Esta sensación de pudor por necesitar ayuda de fuera de la familia se amplifica más en las zonas rurales, en las que el entorno social es más limitado en número y la vida privada se analiza por el vecindario en mayor medida (IMSERSO, 2004). Durante las entrevistas apareció este componente de control social presente en los pueblos:

“¿Sabéis eso de “herri txiki, infernu handi” “pueblo pequeño, infierno grande”? Sería la traducción; pues eso...” (Entidad Tercer sector 6)

Diferentes fuentes han puesto en valor las motivaciones para seguir viviendo en el pueblo pese a las mayores limitaciones sociales y económicas en comparación con los núcleos urbanos. Así, el informe sobre el Foro Comunitario del Distrito de Tafalla elaborado por el Departamento de Salud y el Departamento de Derechos Sociales (2021), recoge diversos motivos por los cuales las personas deciden permanecer en sus pueblos. De este modo, se destacan las relaciones sociales más cercanas como factor para evitar la soledad no deseada, el entorno natural como fuente de salud y bienestar físico y mental, la cercanía personal de las profesionales del ámbito sanitario y, en algunos casos, el acceso a recursos y servicios diseñados para las personas mayores, como la oferta de actividades de envejecimiento activo o espacios públicos amigables con la tercera y cuarta edad.

Con estas diferencias entre ambos ámbitos, cabe esperar que los cuidados se aborden de muy distintas formas en las zonas rurales y las urbanas. Si ya se hablaba de crisis del sistema de cuidados como un reto para la sostenibilidad de la vida (Pérez Orozco, 2006), las diferencias de la estructura del cuidado en los entornos rurales y urbanos permiten matizaciones en el análisis territorial del objeto de estudio. De este modo, la situación demográfica de los pueblos navarros tiene una repercusión directa en los cuidados. La combinación entre envejecimiento, despo- blamiento y masculinización genera una situación que hace que mucha población con necesidad de ser cuidada no tenga acceso a recursos y servicios públicos. Así, el aumento de la población envejecida, que requerirá mayor dota- ción de CLD, junto con una menor disponibilidad de mujeres cuidadoras, se agudiza en el caso de las zonas rurales.

“Yo conozco mucho a las mujeres del Pirineo y tienen un problema tremebundo. No tienen Centros de Día y claro, la gente vive en su casa, pero es que, ¿qué hacen con los mayores en esas casas tremendas que no hay quien los cuide?” (Entidad Tercer sector 5)

No obstante, pese a todo ello, en el imaginario colectivo del mundo rural aún permanece la relación entre familia y bienestar (Katz et al., citado en Elizalde, 2017a), incluso por encima del cuidado formal, prefirien- do el compromiso familiar a una relación de servicios. En esta estructura los cuidados recaen en primer lugar en cónyuges, seguido de hijos e hijas y de otras relaciones personales cercanas como familiares y amistades.

En el trabajo de campo se puso de manifiesto el buen cuidado prestado en los pueblos, al constituirse en redes de cuidados, así como otros aspectos ligados a la convivencia en espacios rurales (frente a la coexistencia del espacio urbano) que son identificados como positivos en este terreno. Es, por ejemplo, la preocupación natural por parte del vecindario cercano:

“En los pueblos se tiene más conciencia de familia. Nos ayudamos más (...) En la mayor parte de esos pueblos la gente es mayor, los hijos viven en la ciudad y tienen una red alrededor que cuántos quisieran, o sea, quiere decir qué bueno que ese grupo a veces a la gente más mayor la vigila la gente más joven”. (Colegio Profesional 3)

En relación a la variable territorial, en la encuesta realizada para este estudio (ORS, 2022c) se observa que la preocupación por la vejez es mayor en las localidades de la zona media (al 39% le preocupa mucho/bastante) y menor en la montaña (19% mucho/bastante).

En coherencia con los datos globales señalados en el [Capítulo 01](#), preguntadas las personas por la persona u organismo que más les ayudan, se observan estos resultados a nivel territorial: el hijo o hija con quien convive cuenta con un porcentaje más alto de respuesta en la montaña, como primera opción, respecto al resto de zo- nas. Y por hábitat, el cónyuge o pareja, destaca sobre el resto como primera opción en localidades de menos de 1.000 habitantes. Otros familiares y los servicios sociales cuentan con porcentajes más altos en la capital que el resto. En relación a la preferencia de ayuda, la familia es la primera opción elegida abrumadoramente en todas las zonas y hábitats. La familia junto a la administración es preferida mayormente en Pamplona y comarca, así como en localidades de más de 10.000 habitantes.

Con respecto a la adaptación de los hogares, destaca que las personas residentes en localidades menores de 1.000 habitantes responden en mayor medida que el resto que su hogar no estaría adaptado si necesitaran ayuda o más ayuda. De las 203 encuestadas que respondieron que su hogar no estaría adaptado en caso de necesitar ayuda o más ayuda, las residentes en la montaña (84%) y en la Ribera (69%) necesitarían en mayor medida mejorar el acceso al hogar.

La fragmentación administrativa

La fragmentación administrativa implica que diferentes niveles de la Administración Pública gestionan diversos recursos, generando de esta manera diferentes puntos de acceso, criterios, servicios, calidades, números de plazas y precios a pesar de que el marco general de actuación se diseñe desde el gobierno autonómico. Este escenario no es exclusivo de Navarra, sino que es un reto nacional marcado por la rigidez de las Administraciones Públicas, la segmentación del sistema y sus recursos y la atención individualizada (Martínez Virto, 2021).

Partiendo de un modelo demográfico complejo, el cuidado a personas mayores se agrava como consecuencia de la fragmentación administrativa existente en torno a los recursos y servicios públicos. Como explican Martínez Virto y Hermoso Humbert (2021), la baja densidad de población (63,7 habitantes por km² en 2021) en una comunidad con gran dispersión territorial explica parte de esta pluralidad de recursos y gestores.

La mayoría de los recursos ofrecidos se formulan y gestionan desde el Gobierno de Navarra y se recogen en la Cartera de Servicios Sociales. Así, en la actualidad están reconocidos los servicios de valoración de dependencia, diferentes tipologías de prestaciones económicas, la atención domiciliaria, la atención diurna y residencial, la teleasistencia, el servicio de promoción de la autonomía personal o la prevención de la dependencia, etc. Cada uno de estos recursos consta con requisitos de acceso y copago en función del nivel de dependencia y capacidad económica, pero, en cualquier caso, enmarcados en normativa autonómica. No obstante, existen otros servicios gestionados por las EELL, con diferentes condiciones de acceso o disfrute, como es el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), ya abordado ampliamente en el [Capítulo 02](#).

Al igual que ocurre con otros servicios, esta fragmentación genera también la duplicación de ciertos recursos en determinadas zonas por Administraciones Públicas con competencias similares (Martínez Virto y Hermoso Humbert, 2021). De esta manera, se genera un doble efecto en la oferta: por un lado, ciertos recursos duplicados permiten a las personas usuarias escoger entre diferentes fórmulas en función de la institución gestora, como ocurre con la atención diurna o la domiciliaria. Por otro lado, la diversidad de necesidades de la población en el territorio, así como la pluralidad de recursos y su gestión fraccionada a nivel administrativo genera desigualdad en la oferta y demanda de los servicios de cuidados ofrecidos por las instituciones públicas, así como falta de cobertura de ciertas necesidades específicas de algunas zonas, como la falta de transporte en las áreas rurales (Aren et al., 2021).

Asimismo, la financiación descentralizada repercute negativamente en el acceso a un sistema de cuidados de calidad. La financiación y el monto final de copago que cada entidad decida establecer dependerá de la capacidad económica de la misma, así como del enfoque del órgano de gobierno que la regule, fijando precios distintos incluso cuando son municipios próximos y tienen unas condiciones similares (Martínez Virto y Hermoso Humbert, 2021).

Si bien los servicios y recursos impulsados desde las entidades locales tienen una financiación mayor y más sólida por parte de municipios económicamente más sostenibles, cabe destacar que la baja densidad demográfica de las zonas rurales permite una atención más cercana e individualizada por parte de los Servicios Sociales locales, pudiendo conocer mejor cada caso y adaptar las necesidades a las personas usuarias en la medida de lo posible (ORS, 2020a).

Consecuencias derivadas

Las causas abordadas generan dos grandes consecuencias que limitan el acceso a servicios y recursos garantizados:

- **Recursos centralizados en las zonas más pobladas.**
- **Una red de transporte inadaptada a la cohesión territorial.**

Recursos centralizados en las zonas más pobladas

La concentración de población en los núcleos urbanos ha traído como consecuencia una priorización en la dotación de recursos y servicios a las ciudades, especialmente, Pamplona y Tudela. A su vez, la mayor oferta de servicios ha empujado a muchas personas a abandonar sus hogares en los pueblos para poder ser cuidadas en las ciudades ante la falta de alternativas de cuidado, agudizando el proceso de despoblación rural. Paradójicamente, otras personas hacen uso de plazas residenciales ubicadas en zonas rurales al no poder hacer frente al coste de una plaza en el medio urbano o no estar ésta garantizada o disponible debido a la alta demanda.

Este centralismo de recursos ubicados en la Comarca de Pamplona se puede generalizar a centros residenciales y Centros de Día, así como un desarrollo más intenso del Servicio de Atención a Domicilio. Esto repercute en que, cada vez en mayor medida, las personas mayores abandonen los pueblos para residir en grandes núcleos urbanos y hacer uso de estos servicios, excluyendo a su vez, la consolidación y/o despegue de los servicios de las zonas rurales.

“Son gente mayor que vive en euskera y sale a una residencia, muchas veces que igual no le toca ni en la zona, no puede ni comunicarse, es una situación súper estresante y angustiosa” (GF Programas Autonomía SSB)

“En la zona rural somos los patitos feos de los cuidados, porque tienes a las del SAD, que trabajan de lunes a viernes de 8 a 3 y ni noches, ni fines de semana, ni nada de nada. Y luego estamos nosotras, que pagamos menos, porque ellas son funcionarias o asimiladas, y encima hay que trabajar 24 horas al día, 365 días al año, somos el patito feo” (Dirección Centro 1)

En relación con esa menor extensión en el espacio rural, desde la dirección de algunos centros residenciales se pone de manifiesto que es la falta de rentabilidad la que decanta su implantación y desarrollo en las zonas urbanas. A ello se suma también las dificultades de los municipios para emprender iniciativas propias que sufraguen los costes.

“Nuestra entidad ni se plantea ir a la zona rural. Complicadísimo, porque económicamente es un imposible. Si queremos dar cobertura a los pueblos hay que pensar en estructuras coherentes. (...) Se trata de que hagamos recursos que sean sostenibles. (...) Hay que dimensionar realmente los recursos adecuados para cada una de las zonas. El problema, como siempre, acaba siendo la economía, para hacerlos atractivos, tienes que echarle recursos y los recursos costearlos el usuario o la administración” (Dirección Centro 2)

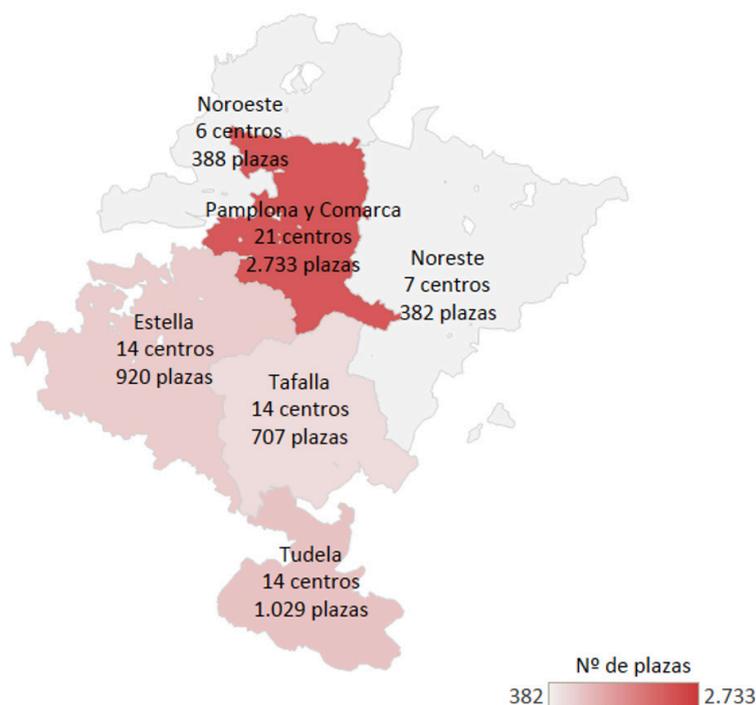
“Se está construyendo muchísimo, en Pamplona, a la zona rural nadie viene porque no hay negocio. Nosotros nos hemos nutrido de usuarios de Pamplona y nos nutrimos. Hay que ver, no sabemos cómo se va a comportar el mercado. Nosotros tenemos plazas más económicas y asequibles, estas empresas parten de tarifas muy altas” (Dirección Centro 1)

A continuación, se analiza el porcentaje de cobertura de los centros residenciales y Centros de día en relación a su distribución en Navarra, así como en relación a las personas mayores de 65 y a las valoradas con algún grado de dependencia también mayores de 65 años. Es importante matizar que se utiliza la categoría “Centros de Día” excluyendo las denominadas “Estancias diurnas en centros residenciales”, ya que se pretende identificar la escasa implantación de los “Centros de Día” no adscritos o pertenecientes a centros residenciales en el territorio.

Por otra parte, a fecha 23 de marzo de 2022, existen en Navarra 6.159 plazas residenciales distribuidas en 76 centros en datos del Departamento de Derechos Sociales. En este análisis no se ha diferenciado la titularidad de los centros, si bien la presencia de empresas mercantiles en la gestión de centros residenciales se concentra en los núcleos urbanos (Pamplona y Tudela), mientras las entidades sin ánimo de lucro, incluidas las de gestión municipal, tienen una presencia mayoritaria en zonas rurales. La Asociación de residencias y servicios de atención a mayores (LARES) representa al sector sin ánimo de lucro de centros residenciales en Navarra y agrupa a 35 centros, desplegados en zonas rurales en su mayoría. Son tres los centros residenciales de titularidad del Gobierno de Navarra.

En relación con la distribución territorial de los centros residenciales para personas con dependencia se puede observar su importante concentración en Pamplona y Tudela, ya que entre ambos núcleos agrupan a la mitad de plazas residenciales -3.762 de las 6.159 totales-, y la escasa implantación de centros en el Noreste y el Noreste siendo, como se ha relatado, las zonas más envejecidas de la Comunidad Foral. De este modo, se puede concluir que aproximadamente el 61% de las plazas residenciales se ofertan en Pamplona y Comarca y en Tudela, mientras que el 39% de las plazas residenciales se despliegan en el resto del territorio.

Mapa 1. Distribución por áreas de Navarra de los centros residenciales y sus plazas



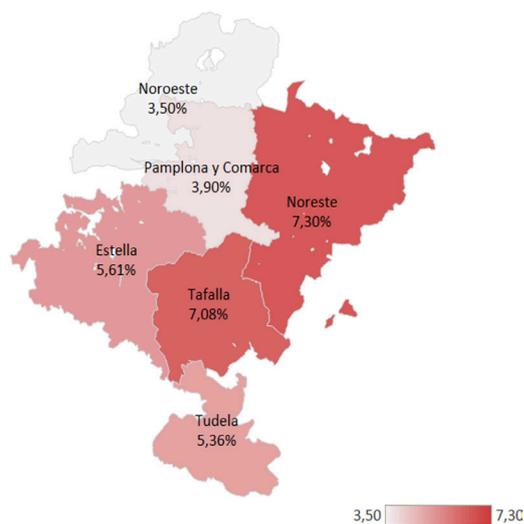
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Derechos Sociales.

Los siguientes mapas muestran la cobertura de centros residenciales en relación con la población mayor de 65 años y con aquellas que tienen valorado algún grado de dependencia. La mayor diferencia en relación al nivel de cobertura de las personas mayores de 65 años se produce en el Noroeste (3,50%), frente al Noreste (7,30%). La recomendación de la OMS citada en el capítulo 03 para brindar la mejor atención a las personas mayores es disponer de 5 plazas residenciales por cada 100 personas, por lo que dicha recomendación se cumple en todas las áreas de Navarra, a excepción del Noroeste y de Pamplona y Comarca.

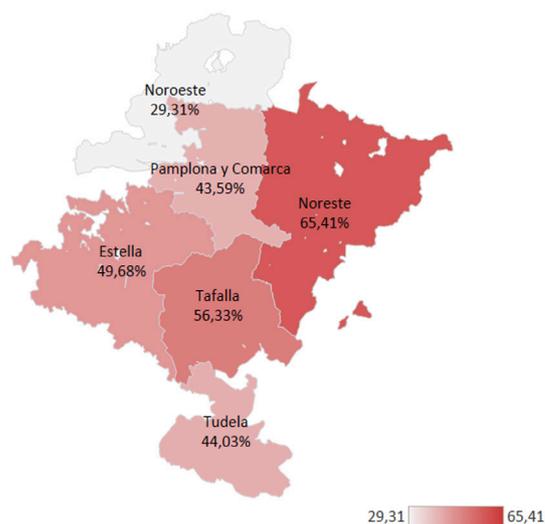
En cuanto a la cobertura de centros residenciales a personas mayores de 65 años valoradas en uno de los tres grados de dependencia, se observa que las personas que residen en el Noroeste tienen la cobertura más baja de Navarra (29,31%) frente a la zona Noreste (65,41%). Esta circunstancia se produce porque en el Noreste residen aproximadamente 584 personas con algún grado de dependencia, frente a las 1.324 personas en la misma situación de dependencia residentes en el Noroeste. Este dato hace que, frente a un número muy similar de plazas residenciales (388 y 382 respectivamente), el nivel de cobertura sea tan dispar.

En este contexto un elemento de interés no analizado por su dificultad es la posible movilidad hacia Navarra y de la Comunidad Foral a otras regiones (inclusive el sur de Francia) de población que desea acceder a un centro residencial, especialmente en aquellas zonas con menor cobertura.

Mapa 2. Plazas en centros residenciales, cobertura a personas mayores de 65 años. Porcentaje



Mapa 3. Plazas en centros residenciales, cobertura a personas en situación de dependencia mayores de 65 años. Porcentaje



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Derechos Sociales.

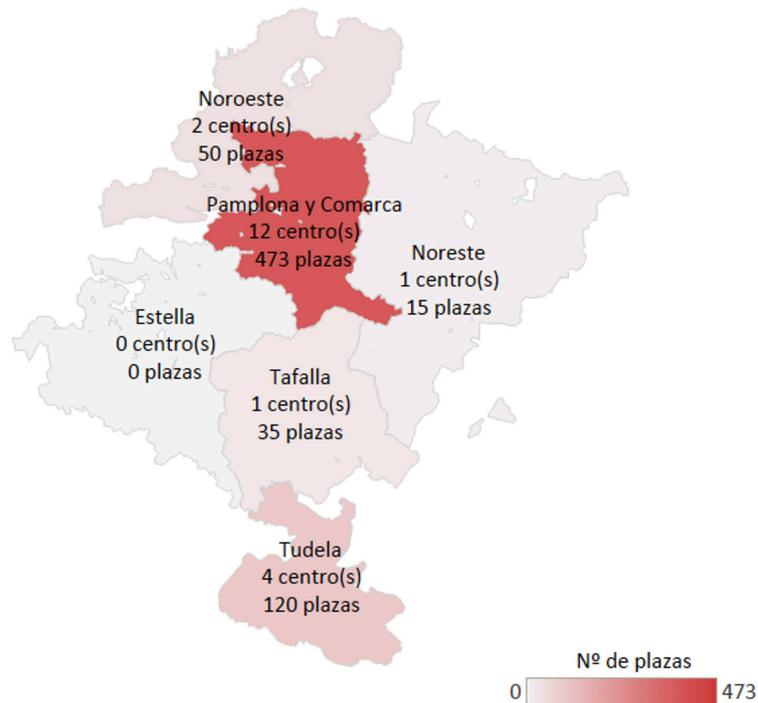
El siguiente mapa muestra que, en términos absolutos, el recurso “Centro de Día para personas dependientes (mayores)” se ha implantado de forma muy desigual y limitada en el territorio. Las zonas en las que no existe o su presencia es baja son aquellas con los índices más altos de envejecimiento. Por otra parte, se debe tener en cuenta la positiva valoración que este tipo de dispositivos tiene en la población como vertebrador de recursos cercanos y garantizadores de la permanencia en el domicilio.

Tal y como se avanzaba en la introducción, no se analiza en este epígrafe la categoría “Estancias Diurnas en residencia” que, ofertadas desde 52 centros residenciales, disponen de 706 plazas. A 23 de marzo de 2022, según el Departamento de Derechos Sociales, se ofertan 693 plazas en los 20 centros catalogados como Centro de Día para personas en situación de dependencia. En la categoría “Centro de día rural” encontramos un único centro, ubicado en Aibar.

Tal y como se apuntaba en el apartado de propuestas del capítulo 02, la reciente licitación para la construcción de 11 Centros de Día que ha impulsado el Departamento de Derechos Sociales, así como la inminente apertura de un Centro de Día en Berriozar, dará un importante impulso a un cambio cuantitativo en la red de Centros de Día de la Comunidad Foral, pasando de 20 a 32 centros, lo que significará un incremento del 60%.

Actualmente, si bien en el área de Estella hay plazas de atención diurna tanto en la Residencia San Jerónimo como en la Residencia La Luz, no existe un recurso específico de Centro de día. En el área de Tafalla 6 centros cuentan con plazas de atención diurna, pero solamente uno de ellos se encuentra fuera del entorno residencial. El número total de plazas de “Centro de Día para personas dependientes (mayores)” es de 693 en la Comunidad Foral. Cabe destacar que el 68% de la oferta se concentra en Pamplona, que asciende al 85,5% de la oferta si añadimos las plazas de Tudela. Dicho de otra manera, solamente el 14,4% de las plazas de Centro de Día de la Comunidad Foral se encuentran ofertadas fuera de Pamplona y Tudela.

Mapa 4. Distribución territorial de Centros de Día para personas dependientes (mayores) en la Comunidad Foral.

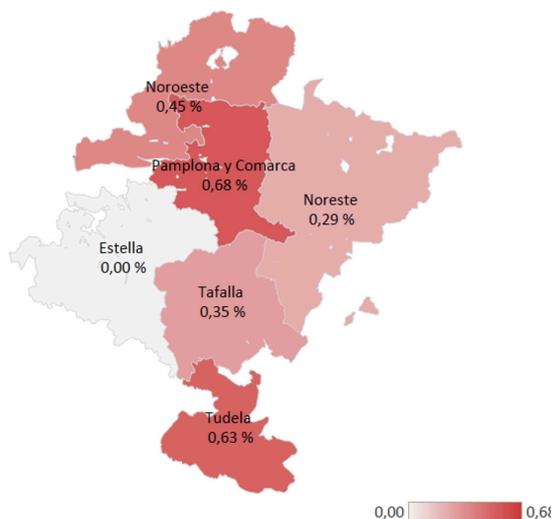


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Derechos Sociales.

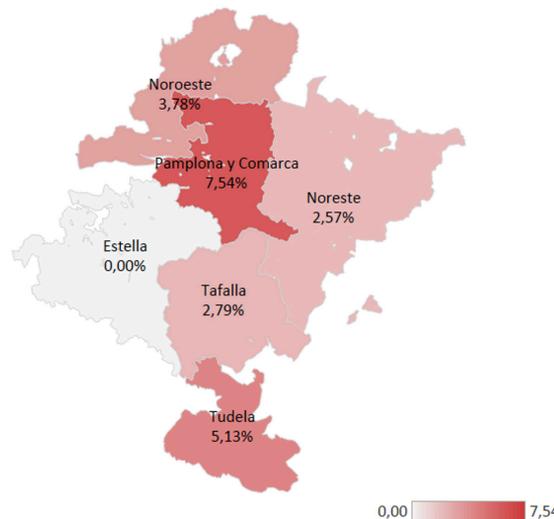
La cobertura del recurso “Centro de Día para personas dependientes (mayores)” en relación a la población mayor de 65 años refleja unos porcentajes de cobertura muy inferiores a los observados en el caso de los centros residenciales. Tomando como ejemplo el área de Tafalla, se infiere que la cobertura de Centro de Día en su área es del 0,35%, mientras la de centros residenciales supera el 7%. Por otra parte, residir en una zona urbana conlleva una mayor cobertura y garantía de prestación de este servicio. Cabe matizar al respecto que Barañáin, situado en la Comarca de Pamplona y cuarto en población de Navarra, no cuenta con este recurso en su localidad.

En el caso de la cobertura de Centros de Día a personas mayores de 65 años en situación de dependencia se repite la dinámica de una mayor cobertura de áreas urbanas: 7,54% en Pamplona y 5,13% en Tudela, frente al Noreste (2,57%), Tafalla (2,79%) o la nula cobertura de este recurso en un área tan extensa como Estella.

Mapa 5. Centros de Día, tasa de cobertura a personas mayores de 65 años. Porcentaje



Mapa 6. Centros de Día, tasa de cobertura a personas en situación de dependencia. Porcentaje.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Derechos Sociales.

Integrantes del Consejo Navarro de las Personas Mayores consultados/as a través de un cuestionario, entienden que, si se crearan más Centros de Día en algunas comarcas de Navarra, se evitaría que muchas personas mayores abandonaran los pueblos para ir a vivir a zonas urbanas para ser cuidadas por familiares y se mitigaría el efecto de la despoblación rural. En el caso de familiares, si bien se comprenden las especificidades del territorio (dispersión, dificultades en la orografía para el transporte, etc.), se subraya la necesidad del positivo impacto cualitativo vinculado al establecimiento de recursos de estas características:

“A ver, fácil por supuesto que no, entre la dispersión, entre que... Puedes decir, personas candidatas tantas, pero luego a ver qué cuadros, qué movibilidades, habría que desplazarse. Pero te quiero decir, ¿qué es factible para cinco personas?” (GF familiares Pirineo)

También hay que tener en cuenta el posible efecto estigmatizador de la utilización de estancias diurnas en centros residenciales frente a modelos de centros de día rurales o creados como espacios más normalizados en la comunidad.

“En mi zona, por ejemplo, no hay Centro de Día como tal, te ofrecen estancia diurna, claro, es incluirte a la vida residencial con el estigma que eso tiene, entonces es un recurso muy poco utilizado. El centro de día tiene otro contenido” (GF Programas Autonomía SSB)

El trabajo de campo evidenció que tarifas más reducidas en zonas rurales, principalmente en el sur de Navarra, han empujado a muchas personas a abandonar su entorno para poder disponer de cuidados las 24 horas del día, presentándose así el fenómeno opuesto: dejar sus hogares en la ciudad para residir en un centro residencial de un municipio pequeño. El mayor coste de las plazas residenciales en las áreas urbanas supone en muchas ocasiones un tránsito a espacios rurales con lo que ello implica desde el punto de vista de la fractura con el entorno:

“Se están dando unas situaciones de que quien tiene dinero para financiarse 3.000 euros en Pamplona se queda y quien no, tiene que ir a la zona rural con lo que significa para familiares y demás” (GF Profesionales Recursos de Atención)

No hay consenso sobre la idoneidad de la atención residencial en centros urbanos/rurales, ya que existen argumentos en ambos sentidos. En todo caso, lo idóneo es garantizar la plaza en el área de residencia de la persona para que ella y su familia tengan una mayor capacidad de elección.

También es reseñable que las plazas destinadas a estancias temporales para descanso de la persona cuidadora se ofertan mayoritariamente en centros residenciales del sur de Navarra, donde existe una mayor oferta y precios más ajustados, sin que exista la posibilidad de contar con plazas libres en otras áreas. Este hecho dificulta la visita de los familiares durante la estancia y, en ocasiones, es una de las cuestiones que repercute negativamente en las personas cuidadas, aumentando su desorientación.

“Cuando se dice del descanso de las cuidadoras..., casi nunca son en Pamplona las estancias temporales. Eso para mí es otro escollo a superar, porque claro yo, por ejemplo, voy a dejar a mi padre en agosto, pero sé que mi hijo va a ir a verle y me quedo más tranquila. Y le digo, “Fulanico, vete a darle una vuelta al abuelo” para que sigan manteniendo algún vínculo afectivo. Pues si lo pones en San Adrián, ya me contarás” (Proyecto comunitario 1)

A este respecto, algunas personas del Consejo Navarro de las Personas Mayores también coincidieron en señalar la existencia de importantes diferencias entre el espacio rural y urbano. En sus respuestas al cuestionario señalaron la falta de servicios en las zonas rurales, las dificultades y el coste añadido de los desplazamientos en taxi o autobús a núcleos más grandes para acceder a servicios esenciales y la disparidad en cuanto a la intensidad y calidad de algunos servicios como el SAD. Esta posición es también compartida por los y las profesionales de Atención Primaria:

“Hay muchísima diferencia en el acceso a recursos. (...) es muchísimo más sencillo en una ciudad que en una localidad. Eso es una diferencia enorme en beneficio de los que viven en la ciudad (...) Es que, siendo Navarra, las diferencias de cada servicio son enormes” (GF Profesionales de Atención Primaria)

Desde las entidades privadas son conscientes de esta debilidad en la distribución territorial de recursos y señalan cómo han iniciado el impulso de programas de autonomía que tratan de dar respuesta a necesidades del ámbito rural:

“Son recursos costosos tanto para el usuario como para la empresa, en este caso que somos privados, son costosos, entonces hasta qué punto puedo acudir dos días, cuatro... Que la frecuencia no es la ideal, pero estamos introduciendo estos servicios de acudir a domicilio e incluso nos estamos desplazando al mundo rural” (GF Profesionales Recursos de Atención)

Los espacios rurales son, además, lugares donde algunas de las realidades previamente identificadas como, por ejemplo, la escasez de personal (**Capítulo 04**) se ven dificultadas por cuestiones de logística residencial:

“A nosotros en los pueblos nos pasa que tenemos personal, pero no tenemos viviendas donde alojarlos, es un tema que a nivel social insistimos otra vez en zonas rurales (...) necesitamos gente para trabajar y la gente nos llama para venir, pero no tenemos dónde alojarles” (GF Profesionales Recursos de Atención)

Pese a la concentración de recursos en los espacios urbanos, no se debe obviar que en éstos tampoco se satisfacen todas las necesidades existentes. Es decir, como se constata a lo largo del informe, esta distribución forma parte de un problema con una mayor amplitud que tiene entre sus principales expresiones la dimensión territorial.

“Aún a pesar de tener todos los recursos, y que en la ciudad es verdad que tenemos un servicio de SAD más potente y en principio otro tipo de entidades que trabajan... O sea, la cartera de recursos es mucho mayor, pero aun así se nos escapan muchísimas situaciones y no acabamos de llegar al fondo de la necesidad de esa persona o de hacer realmente un plan de cuidados específico para esa persona que seguimos teniendo a pesar de estar en Pamplona también muchas limitaciones.” (GF Profesionales de Atención Primaria)

A continuación, se resumen en esta tabla los indicadores demográficos desde el punto de vista territorial:

Tabla 7. Principales indicadores en relación a la población de Navarra por áreas (2021).

	Noroeste	Noreste	Pamplona y Comarca	Estella	Tafalla	Tudela
Población 65 y más (%)	21,9	27,1	18,6	23,1	22,1	19,4
Población 80 y más (%)	6,99	9,72	5,47	7,71	7,37	6,29
Densidad Km2	34,2	7,5	314,7	36,8	31,7	97,5
Crecimiento interanual (%)	0,81	-1,47	3,60	1,54	1,32	3,59
Índice Envejecimiento	134,1	226,4	112,5	156,8	146,8	115,0
Tasa Dependencia	61,9	64,2	54,2	60,8	59,2	57,0
Ratio masculinidad	105,4	111,7	93,9	103,3	104,8	101,2
Cobertura Centros residenciales Mayores 65 (%)	3,5	7,3	3,9	5,6	7,1	5,4
Cobertura Centros residenciales Mayores 65 Dependientes (%)	29,3	65,4	43,6	49,7	56,3	44,0
Cobertura C. Día Mayores 65 (%)	0,4	0,3	0,7	0,0	0,3	0,6
Cobertura C. Día Mayores 65 Dependientes (%)	3,8	2,6	7,5	0,0	2,8	5,1

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos datos de Nastat, INE y ORS

A modo de resumen, teniendo en cuenta los indicadores analizados, se señalan diversas conclusiones por áreas de Navarra.

Tabla 8. Conclusiones sobre indicadores más relevantes por áreas de Navarra.

Área	Conclusiones destacadas
Noroeste	Su densidad de población es algo inferior a Tafalla y muy alejada de la zona Noreste, con una diferencia entre ambas de casi 27 puntos. El porcentaje de personas mayores de 65 años también se asimila al del área de Tafalla. Sin embargo, la cobertura de centro residencial para personas mayores de 65 años dependientes es la más baja de Navarra.
Noreste	Tiene la densidad de población más baja y el porcentaje de personas más envejecidas y, por tanto, la tasa de dependencia en personas mayores más alta de Navarra. Presenta la tasa más alta de masculinización, concretamente el Pirineo. En relación a los recursos residenciales, sus 7 centros suponen la cobertura más alta para personas mayores de 65 años en situación de dependencia (65%). No ocurre lo mismo en relación a los centros de día, que, con un centro y 15 plazas, posee la cobertura más baja junto a Estella.
Pamplona y Comarca	Muestra la densidad de población más alta y el porcentaje de población más bajo de mayores de 65 años. En cuanto a la tasa de dependencia, presenta, en coherencia con los datos, la más baja de Navarra, al igual que el índice de envejecimiento. Sin embargo, en relación a la cobertura de recursos, cuenta con una cobertura de centro residencial para mayores de 65 años con dependencia (43%) similar a otras zonas más envejecidas, como Estella (49%). Pamplona y Comarca tienen una mayor cobertura de centros de día, ya que cuenta con el porcentaje más alto, 7% frente al 0% del área de Estella.
Estella	Si bien no son llamativos sus datos en relación a la densidad de población, destaca que el porcentaje de mayores de 65 años es 4,5 puntos porcentuales más alto en relación al de Pamplona, con datos similares, en cuanto a envejecimiento de la población con el área de Tafalla, siendo un punto porcentual más alto en el caso de Estella. Llama la atención la nula cobertura de centros de día, mientras la presencia de 14 centros residenciales les provee de una cobertura a personas mayores de 65 años con dependencia del 49%.
Tafalla	Presenta unos datos de envejecimiento similares a Estella y 3,5 puntos más que la capital. Su tasa de dependencia es también similar a la del área de Estella, así como el índice de envejecimiento. La comparativa de estas dos áreas nos ofrece una oferta igual, de 14 centros residenciales en cada área, con un 56% de cobertura en Tafalla y un 49% en Estella, mientras la de centros de día, es de un centro en Tafalla frente a 0 en Estella.
Tudela	Es el segundo núcleo urbano, también en relación a la densidad de población. Lo mismo ocurre con el porcentaje de mayores de 65 años: es el más bajo junto a la capital. Sin embargo, presenta el índice de envejecimiento y la tasa de dependencia más bajos de Navarra. Cuenta con una cobertura de centros de día del 5,13%, muy baja pero cercana al 7% de Pamplona. En relación a plazas residenciales, los 14 centros con los que cuenta le otorgan una cobertura para personas dependientes mayores de 65 años del 44%.

Fuente: Elaboración propia.

En la encuesta realizada para este estudio (ORS, 2022c), cuando se preguntó a las personas encuestadas dónde le gustaría vivir en caso de necesitar ayuda para algunas actividades básicas de la vida diaria, la opción mayoritaria en todas las zonas y hábitats fue “en el hogar en el que resido”, muy por encima en términos porcentuales del resto de respuestas.

En relación a aquellos servicios que se consideran necesarios y no existen (tabla siguiente), los más señalados son un centro de día para mayores (23%), servicio de atención a domicilio (21%), residencia para personas mayores (20%) y transporte adaptado y asistido (19%). Los centros de día, las residencias para mayores y el transporte adaptado y asistido son más demandados en la montaña y en la zona media, al igual que en localidades con menos de 1.000 habitantes, donde también el SAD cuenta con una proporción más alta que el resto. Quienes residen en la capital echan nada en falta (38%) y son las residentes en localidades inferiores a 5.000 habitantes las que añoran más servicios. Teniendo en cuenta que tanto el centro de día como el SAD son dos dispositivos que permiten la permanencia en el domicilio, los datos guardan coherencia con la preferencia por permanecer en su domicilio de forma mayoritaria.

Tabla 9. Servicios que considera necesarios en su zona y no existen, según zona y hábitat (%).

	ZONA					HÁBITAT				
	Total	Montaña	Zona Media	Ribera	Pamp. y Comarca	Menos 1.000	1.000 - 5.000	5.000- 10.000	Más 10.000	Capital
Centro de Día	23	41	34	18	18	62	26	17	19	15
SAD con más prest.	21	22	18	25	20	42	24	15	18	18
Residencia	20	38	28	12	18	68	19	15	17	13
Transporte adaptado	19	30	30	24	12	64	22	22	12	10
Otros servicios	8	2	3	10	7	2	4	10	8	9
No echa nada en falta	30	30	27	30	31	9	23	24	35	38
NS/NC	20	9	17	16	25	12	21	16	19	24

Fuente: ORS (2022c).

Una red de transporte inadaptada a la cohesión territorial

Actualmente, la movilidad diaria, basada en gran parte en la conducción de un vehículo privado, es fundamental para el sostenimiento de las necesidades económicas, sociales y laborales de las personas (Sanz y Oliva, 2021). Además, no podemos omitir que las trayectorias vitales y los procesos de envejecimiento conllevan en ocasiones, tanto por limitaciones propias como por decisiones, procesos en los que el medio de transporte habitual desaparece como opción:

“El coche se lo di al hijo y el carnet no me ha servido para nada. En octubre me caducó y no quise renovarlo. Digo: “¿Para qué?”. El hijo tiene coche, la hija tiene coche pues... Alguna vez lo echo en falta yo, pero no queda otro remedio” (GF Personas usuarias Centro de Día)

Estas lógicas tienen un especial impacto en el caso de las zonas rurales, donde la carencia de ciertos servicios y recursos obliga a las personas a tener que trasladarse a otros municipios más grandes. Sin embargo, la falta de capacidad de personas en situación de fragilidad y/o dependencia para desplazarse (de hacerlo en determinadas condiciones) o la falta de recursos adaptados para ello, deja a esta población excluida del acceso a dichos recursos, sobre todo si no existe una red de transporte público o cualquier otro tipo de alternativa que les permita el acceso. Así, disponer de opciones que les permitan moverse por el territorio son fundamentales para paliar la desigualdad de reparto de los recursos públicos.

A este respecto, Sanz y Oliva (2021) subrayan la dependencia de la población rural de su forma de moverse por el territorio al notar que, durante el periodo de crisis económica, mientras el resto de la población navarra bajaba el gasto del coche en un 25%, las personas residentes en pueblos solo lo hacían en un 9%. De esta manera, ser capaz de desplazarse de un lugar a otro es fundamental para el disfrute de los derechos, ya sea en coche, autobús, taxi o cualquier otra alternativa. Los testimonios evidencian de forma rotunda la necesidad de actuaciones en esta dirección:

“Tengo una discapacidad de un 68% y yo que podía o debía tener el servicio de taxi, no me lo dan. Yo hasta hace... que me dio un trombo, pues venía en la villavesa, pero después... Ayer que vine aquí también me tuve que coger un taxi. Llovía, me daba miedo ir. Y claro, y eso, como comprenderéis, tengo una pensión decentilla” (GF Personas mayores ámbito urbano)

Además, resulta relevante que a menudo el transporte público de las zonas rurales se centra en acercar los municipios a su capital administrativa y son menos frecuentes los servicios entre pueblos ajenos a su comarca. De esta manera, se generan pequeñas centralizaciones como recoge el informe “Acciones de innovación social para un desarrollo cohesionado y solidario de Navarra” (ORS, 2020a). Y no podemos omitir que residir en el mismo municipio en el que se frecuenta, por ejemplo, un Centro de Día o vive en una residencia, tampoco es garantía de fácil accesibilidad:

“Persona 1: Yo vengo en coche, pero vengo (a Tudela) de Cintruénigo y ella se queja que vive en la plaza.

Persona 2: Claro, vive... pero que ya depende de la hija ya para que le suba.

Persona 1: Seguro que tengo el autobús de...

Persona 3: ¡Pero si ya no estás para coger autobús hija!

Persona 1: Pero, exactamente, me traen en coche porque no me atrevo” (GF Personas usuarias Centro de Día)

“En la residencia Santo Domingo tienen mucha dificultad para bajar, que podían haber bajado la residencia Santo Domingo haciendo una obra, la podían haber unido con San Jerónimo” (GF Personas usuarias Estella-Lizarra)

Esta consecuencia ha sido frecuentemente señalada durante las entrevistas y grupos realizados, destacando como uno de los principales elementos estratégicos a abordar en aras de la mejora del actual sistema de cuidados en Navarra.

“Un reto también gordo que tenemos es el transporte adaptado para centros de día. En una sociedad como la navarra con tantos pueblos este es un elemento peliagudo (...) (El ámbito rural) tiene sus ventajas y sus desventajas. Creo que tiene de positivo la cohesión de las redes de apoyo y lo que es la cercanía, pero tenemos un gran problema de transporte. Tampoco creo que deba de haber una residencia en cada pueblo, ni un centro de día en cada pueblo. (...) No tenemos la manera de acercar servicios a determinadas zonas o de acercar personas a determinados servicios y ese es un tema muy importante, el mejorar toda la red de transporte, no del transporte de línea, que también, sino el pensado en los cuidados” (Dpto. Derechos Sociales 1)

En esta dirección, no debe olvidarse que estas dificultades también se trasladan a las profesionales que trabajan en entornos rurales, donde se señalan con frecuencia los problemas añadidos que precarizan las condiciones de trabajo:

“Tres años que trabajé en pueblos no lo pasé muy bien que se diga (...) porque según dicen la tabla salarial que nosotros como trabajadoras tenemos derecho a un sueldo de autobús cuando trabajamos en pueblo. (...) Y si tenía que venir aquí a Pamplona y no tenía dinero y le decía: “présteme 20 € para el autobús y cuando llega el día de pago, me lo quitan”. Pues era así, pero ellos nunca me garantizaron pasaje ni nada” (GF Trabajadoras cuidado domicilios)

Propuestas de mejora

A modo de conclusión, se exponen diversas propuestas para mejorar los problemas abordados en este capítulo, todas enfocadas a garantizar un sistema de cuidados equitativo y accesible a la población, en el que exista un mayor abanico de posibilidades y con ello de elección.

A modo de contexto y de refuerzo, en el documento ¿Existe una Navarra Periférica? (ORS, 2022b) se recogen propuestas para frenar los procesos de despoblación en los ámbitos rurales y los desequilibrios territoriales:

Tabla 10. Propuestas para frenar los procesos de despoblación en el ámbito rural y los desequilibrios territoriales en Navarra

Políticas vinculadas al transporte
<ul style="list-style-type: none">- Potenciar las comunicaciones intracomarcales.- Servicio de transporte a demanda.- Uso del transporte escolar por población adulta, ocupando las plazas no cubiertas.- Acuerdos municipales o comarcales con taxis; asumiendo una parte del coste.
Conectividad
<ul style="list-style-type: none">- Completar el despliegue de la banda ancha por toda la Comunidad- Potenciar (formación) el uso generalizado de las tecnologías digitales.
Servicios a la comunidad y a las personas que las configuran
<ul style="list-style-type: none">- Servicios de atención a la dependencia- Políticas de envejecimiento activo- Accesos a servicios básicos (sanidad, servicios sociales, educación) por vías telemáticas.
Políticas de vivienda
<ul style="list-style-type: none">- Mapeo de oportunidades de viviendas por Comarcas- Rehabilitación de viviendas en los cascos urbanos- Cohousing o Cohousing intergeneracional.

Fuente: ORS (2022b)

Han sido dos las propuestas identificadas en relación a la brecha rural/urbana en el acceso territorial a los recursos.

- **Planificación de recursos adaptados a las realidades del territorio**
- **Acercamiento de los recursos a las personas: mejora de la red de transporte.**

Planificación de recursos adaptados a las realidades del territorio

En primer lugar, destacan todas **aquellas ideas encaminadas a considerar la demografía y la orografía como elementos determinantes a la hora de planificar el sistema de cuidados, aplicando un análisis territorial al diseño de los servicios y recursos**. Se trata de desarrollar un modelo que sea coherente y capaz de adaptarse a los cambios, que tome en consideración las particularidades de cada área de Navarra, así como las proyecciones demográficas desde una visión global, conjunta y no sectorizada por Departamentos de una administración pública. Tal y como señala Martínez Virto (2021) se trata de “incorporar la dimensión de género, edad, clase social y territorio al diseño de las políticas”.

Algunas posibilidades de actuación están dirigidas a rediseñar espacios o servicios que actualmente están en marcha y que fácilmente pueden adaptarse a las nuevas necesidades, como es el caso de los Club de Jubilados, un recurso fuertemente arraigado en algunas zonas rurales, o el planteamiento de **nuevas formas de convivencia de personas mayores en estas zonas**.

Por otro lado, se evidencia la necesidad de **hacer de los espacios rurales ámbitos atractivos para el desempeño del trabajo de los cuidados** desarrollando políticas encaminadas a integrar a las personas cuidadoras en estos entornos a todos los niveles.

En relación al escenario que se abre con la próxima publicación de la licitación del que será el II Acuerdo Marco para la gestión de plazas residenciales, estancias diurnas y servicios de promoción de la autonomía, se valora conveniente **avanzar hacia un modelo que garantice la equidad de servicios en el territorio y transforme los centros residenciales de las zonas rurales para ofrecer un mayor abanico de servicios**.

Acercamiento de los recursos a las personas: mejora de la red de transporte

Si bien el acercamiento de algunos servicios y recursos a todos los municipios de la Comunidad Foral puede no ser fácilmente viable, sí resulta factible abordar el problema del transporte y transformarlo como vía de acercamiento de las personas a algunos recursos. Así, sería necesario **llevar a cabo un estudio de la disposición de los recursos de atención a la dependencia en el territorio, así como de posibles vías de conexión**, ya que esto facilitaría la accesibilidad a muchas personas.

En esta línea, se plantean soluciones diversas. En primer término, y en congruencia con las ya señaladas ([Capítulos 02](#) y [03](#)), una de las evidencias más rotundas para solventar el problema del transporte es, en la medida de lo posible, no necesitarlo. Es decir, tratar de prestar los servicios en el entorno más próximo posible hasta el punto de que el acceso no precise de necesidades espaciales de transporte, aunque este asunto es especialmente complejo en el medio rural con poblaciones dispersas.

En segundo lugar, se apunta a un **pilotaje de experiencias innovadoras del uso de transporte en zonas rurales o la utilización de las líneas de transporte escolar** que, además, sirva para el encuentro intergeneracional. Por otra parte, deben dimensionarse adecuadamente las necesidades de transporte adaptado, ya que el transporte regular normalizado no cuenta con la adaptación suficiente para el transporte de personas con movilidad reducida. Resulta indispensable, para ello, hacer confluir y coordinar las políticas de diferentes Departamentos del Gobierno de Navarra.

“Hubo un intento de organizar una línea de transporte para que las personas de los pueblos pudieran acercarse al centro de salud, a servicios de la rehabilitación, a los consultorios, a las analíticas, porque también es una necesidad porque muchas personas mayores cuyos hijos trabajan o no tienen familia, no pueden acudir (GF Profesionales de Atención Primaria)”

De igual forma, hay que remarcar **el importante impacto que pudiera tener una mejor conexión de la movilidad para generar empleo en estas zonas**, tanto para el trabajo en domicilios como en centros residenciales.

Recientemente han surgido iniciativas ciudadanas en relación a esta temática, como la aplicación Kudeago! que dará servicio al Pirineo facilitando tanto la consulta de toda la oferta de movilidad: autobús, taxi local, tren, alquiler de vehículos, alquiler de bicicleta, etc. como poder compartir desplazamientos con personas de la zona. Contribuir a mejorar el acceso a los servicios de interés general y fijar habitantes en lugares en riesgo de despoblación son algunos de los objetivos que apuntan desde la Dirección General de Transportes y Movilidad Sostenible para articular diferentes medidas para el fomento del transporte público “como un elemento fundamental en el avance hacia una sociedad más cohesionada, equilibrada y próspera.” De este modo, recientemente se ha licitado un nuevo servicio de transporte a demanda que dará servicio a 242 personas residentes en varios concejos del municipio de Larráun, y que en la actualidad carecen de transporte público (Diario de Navarra, 2022c).

Por otra parte, el Departamento de Derechos Sociales está desarrollando AR+, **un nuevo modelo de atención al envejecimiento activo que se va a aplicar de manera experimental** en la Mancomunidad de Servicios Sociales de Allo (Gobierno de Navarra, 2020b). El modelo parte de la premisa que el sobre-envejecimiento, el que atañe a personas mayores de 80 años, se acusa especialmente en el ámbito rural. Con esta perspectiva, AR+ descansa en cuatro pilares: 1) Desarrollo de Centros Polivalentes de Recursos en el Medio Rural. 2) Redefine el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). 3) Prevención del Envejecimiento a partir de 50 años. 4) Plan Individualizado de Autonomía Personal. Esta actuación está directamente relacionada con la estrategia de lucha contra la despoblación puesta en marcha por el Gobierno de Navarra y desarrollada desde un enfoque de trabajo en red, en el que es necesaria la implicación de los poderes públicos y la coordinación entre los distintos agentes presentes en el territorio.

Asimismo, este Departamento va a poner en marcha con financiación europea **proyectos de innovación rural vinculados a la innovación en el marco de los servicios sociales, en los que se plantea como perfil de especial interés la situación de las personas mayores y los CLD en las zonas rurales de Navarra**. De esta manera, mediante una convocatoria destinada a entidades del Tercer Sector se prevé financiar proyectos pilotos de Innovación Social en este marco que tengan como laboratorio entornos rurales y cuya evaluación permita extraer implicaciones para el conjunto del sistema, el intercambio del conocimiento y el aprendizaje para orientar mejor los procesos de modernización que se pretenden impulsar.

Por último, otro proyecto financiado con estos fondos europeos tiene como objetivo **crear un centro de referencia en materia de accesibilidad** conectado con los departamentos de Gobierno de Navarra, que impulse la transformación de los bienes y servicios hacia la accesibilidad universal. Las funciones que ejercerá este centro de referencia serán de divulgación en materia de accesibilidad, la prestación de servicios a entidades y ciudadanía mediante asesoramiento o atención ciudadana, generar un foro de reflexión abierto con la participación de las asociaciones sobre accesibilidad y promover la investigación en esta materia.

CAPÍTULO 06.

**A MODO DE SÍNTESIS:
5 EJES PARA LA
CONSTRUCCIÓN
DE UN SISTEMA
DE FUTURO**

Capítulo 06.

A MODO DE SÍNTESIS: 5 EJES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE FUTURO

*(En relación al modelo de cuidados de larga duración)
“Es importante buscar la referencia de hacia dónde queremos ir.
Y necesitamos un proceso de cambio, innovación y reflexión”
(Bermejo, 2021)*

En el lento desarrollo del ámbito de los cuidados de larga duración confluyen muchos elementos, tales como el propio modelo de bienestar mediterráneo en el que nos encontramos inmersos, los importantes cambios sociales a los que estamos asistiendo, la escasa valoración social otorgada a los cuidados, etc. De este modo, las problemáticas/realidades señaladas en el estudio obedecen a una realidad que va más allá de una u otra legislatura política. Por ello, más allá del presente documento, sería conveniente llevar a cabo periódicamente estudios que profundicen en la situación de las personas mayores en sus diferentes ámbitos.

Este capítulo lleva a cabo una síntesis de la investigación y recoge las principales realidades que determinan los cuidados de larga duración en Navarra, como son:

- El incremento de la necesidad de cuidados de larga duración.
- La responsabilización familiar y la feminización de los cuidados.
- El mosaico de recursos para la permanencia en el domicilio.
- El servicio de atención residencial.
- Las condiciones de trabajo y empleo en el sector de cuidados.
- El acceso a los recursos en clave territorial.

Asimismo, se recogen someramente las causas que los provocan, las consecuencias que se derivan y una serie de propuestas articuladas en torno a 5 ejes principales.

Este diagnóstico pudiera constituir el punto de partida para la construcción de una estrategia programática de política pública que dé respuesta a las necesidades y demandas de las personas mayores en torno a los cuidados en Navarra. Un modelo de futuro, planificado a largo plazo y creado desde un compromiso al más alto nivel, que atienda la necesidad de coordinación entre todos los agentes implicados y establezca una estrategia clara y definida del rumbo que Navarra quiere tomar en este asunto.

Fortalecer un sistema de cuidados de larga duración de carácter público, sistémico e integrado requiere trascender la demografía y tomar en consideración la multitud de cuestiones interrelacionadas expuestas que han devenido en la llamada “crisis de los cuidados”. Es necesario llevar a cabo una adecuada planificación del

sistema público de cuidados basado en derechos, con responsabilidades compartidas, situando a las personas mayores en el centro y con una adecuada dotación de recursos lo suficientemente flexibles para adaptarse a las necesidades cambiantes de las personas mayores.

De este modo, resulta necesaria la toma de conciencia del carácter transversal de una política de cuidados, que debe impregnar diferentes departamentos y niveles administrativos para su gestión en una hoja de ruta común. Para ello es imprescindible la cooperación y coordinación entre los sistemas sanitarios y sociales, pero también de otros ámbitos tales como vivienda, cultura, participación ciudadana, administración local, etc.

En este sentido, se enuncian cinco grandes ejes que incidirán en una mejora del sistema de cuidados en Navarra, teniendo muy en cuenta que el avance hacia un nuevo modelo público de cuidados exigirá una apuesta política, económica y social muy decidida. Cada uno de estos ejes supone un avance positivo hacia el fortalecimiento del sistema, pero únicamente la consolidación de los cinco dará lugar a un potente sistema de cuidados.

1. Atender a las personas mayores de forma personalizada e integral.
2. Necesidad de un amplio y flexible abanico de recursos.
3. La mejora de las condiciones laborales de las personas cuidadoras.
4. La planificación, evaluación y financiación como elementos centrales para la mejora del sistema.
5. Sociedades que cuidan.

El capítulo 06 se estructura en dos partes. La primera, “Un recorrido por las causas y consecuencias identificadas”, señala las principales realidades o problemas a los que se enfrenta el sistema de CLD en Navarra e identifica sus principales causas y consecuencias. La segunda parte, “5 ejes para la construcción de un sistema de futuro”, recoge propuestas para robustecer el sistema de CLD en la Comunidad Foral.

Un recorrido por las causas y consecuencias identificadas

Los cuidados de larga duración son, según la OMS, el sistema de acciones llevadas a cabo por cuidadores no formales o profesionales o ambos, para conseguir que una persona que no pueda realizar las actividades básicas de la vida diaria de manera independiente mantenga la mejor calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales y con el mayor grado posible de autonomía, participación, realización personal y dignidad humana. En este sentido, cabe destacar que el Principio nº 18 del Pilar Europeo de Derechos Sociales afirma que “toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios” (Comisión Europea, 2017).

El incremento de la necesidad de cuidados de larga duración y la puesta en marcha de sistemas efectivos de cuidados para atender a las personas mayores es uno de los principales retos a los que se enfrenta la sociedad navarra. Una multiplicidad de factores confirma que los cuidados deben de llegar a ser objeto prioritario de las políticas públicas ([Capítulo 00](#)).

La demografía comienza a ponernos sobre la pista de la relevancia de este tema: en 2035 una de cada cuatro personas en la Comunidad Foral tendrá más de 65 años y las mayores de 85 años aumentarán su peso relativo del 3,5% al 3,8%, lo que en términos absolutos suponen 5.400 personas (Nastat, 2021). En relación al perfil por sexo irá variando ligeramente y se reducirá el porcentaje de mujeres de 65 o más años. Junto

con los aspectos demográficos coexisten otros elementos que ponen el foco sobre los cuidados. Así, el mayor nivel de instrucción y un mayor nivel económico de quienes envejecen, junto con una mayor defensa de los propios derechos y un creciente sentido de autonomía, están transformando la manera de definir la vejez.

De este modo, los efectos del envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida conllevan, entre otras consecuencias, un escenario de mayores tasas de cronicidad, enfermedades degenerativas, dependencia y discapacidad que condicionan la calidad de vida y autonomía de las personas y comprometen, en gran medida, a su entorno y ámbito familiar, especialmente a las personas cuidadoras.

De la misma forma, otros factores de carácter más social inciden en la caracterización de este asunto. Algunos de estos factores son el incremento de los niveles formativos femeninos y la incorporación de las mujeres al mercado laboral; el retraso de la maternidad y paternidad y su coincidencia con el momento de cuidado de familiares dependientes; la evolución de las estructuras familiares; la centralidad del empleo desde condiciones laborales inestables y precarias; la necesidad de conciliación de la vida laboral y familiar, así como la diversidad de formas de convivencia que modifica el contenido de los vínculos de parentesco. Todos ellos atravesados por un elemento fundamental, la indiscutible presencia femenina en las tareas de cuidado sin que termine de consolidarse la corresponsabilidad de los hombres. Presencia femenina que se configura, a menudo, en una triple vertiente: cuidadoras de la familia, profesionales e inmigrantes inmersas en la irregularidad del empleo doméstico realizando tareas de cuidado.

La promulgación de la LAPAD en 2007 conllevó importantes avances en el sector de los cuidados porque institucionalizó un sistema de CLD de naturaleza universal y derecho subjetivo. Pero diversas dificultades, tales como la escasez de recursos en la previsión y planificación, la histórica inhibición del Estado en la cobertura y protección de los CLD o la existencia de un modelo de descentralización competencial han ralentizado este desarrollo.

En Navarra, durante los últimos años, los sistemas sanitario y social vienen desarrollando un esfuerzo notable en la definición de un espacio sociosanitario que contenga el enorme impacto que la ciudadanía navarra presenta en relación a la necesidad creciente de cuidados de larga duración. Se trata de superar la atención social y sanitaria ubicada en compartimentos estancos de trabajo en paralelo para avanzar hacia un modelo integrado, generador de procesos y rutas asistenciales y con visión proactiva. En este sentido, el Proyecto de Atención Integrada Socio sanitaria (PAISS) supone un punto de inflexión en el avance progresivo hacia la creación de un espacio sociosanitario para Navarra, ya que pone en marcha un modelo de intervención que da respuesta a situaciones de complejidad social y sanitaria que confluyen en una misma persona. Si bien es de aplaudir la puesta en marcha de este programa, se hace necesario seguir avanzando para configurar un auténtico modelo sociosanitario de atención a los CLD.

En este escenario un elemento al que hay que hacer mención es la soledad entre las personas mayores. Aquí existe cierta disparidad entre los discursos más cualitativos en donde la soledad aparece como un elemento central y los resultados obtenidos en la encuesta realizada a personas mayores de 65 años (ORS, 2022c), en los que una mayoría no tiene ese sentimiento. De cualquier modo, a tenor de los factores sociales y demográficos explicitados será necesario indagar en posibles fórmulas que enfrenten la soledad. En línea con este aspecto, es una evidencia que el uso de las nuevas tecnologías no está tan extendido todavía en las personas mayores como en otros segmentos de edad, por lo que se requieren adaptaciones para que sean consideradas amigables y sean adoptadas por las personas mayores con el fin de que su acceso a diversos servicios pueda ser más satisfactorio.

Un elemento íntimamente ligado con el aumento de la necesidad de CLD es la responsabilización familiar y feminización de los cuidados ([Capítulo 01](#)). En el modelo de Estado mediterráneo, la familia, esencialmente las mujeres, son el principal proveedor de cuidados, lo que ha provocado, entre otras cosas, que el nivel de gasto en política de familia sea bajo y haya un escaso desarrollo de servicios dedicados al cuidado.

La preponderancia de la familia en los cuidados es observable a través de la encuesta realizada para esta investigación (ORS, 2002c). Así, el 42% de las personas encuestadas acudiría a sus hijos e hijas en caso de necesitar ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Este porcentaje aumenta fuertemente si el concepto de familia se toma en un sentido más extenso (cónyuge, pareja, hermanos y hermanas, etc.), alcanzando un porcentaje del 73%. Es decir, 3 de cada 4 personas en Navarra acudiría a una persona de su familia en el caso de necesitar ayuda.

Algunos rasgos distintivos del modelo mediterráneo están cambiando impulsados por los “nuevos riesgos sociales” (Moreno y Del Pino, 2015) vinculados con el envejecimiento de la población, la transformación de los mercados de trabajo y cambios en los valores sociales. En este contexto de modelo mediterráneo familista y nuevos riesgos sociales, los CLD adquieren unas características propias en el Estado español: los cuidados informales (familiares) son los que tienen mayor peso y dependen todavía en buena medida del trabajo gratuito de las mujeres dentro de las familias, mientras que los cuidados formales son minoritarios y se caracterizan por un bajo grado de profesionalización y elevados grados de feminización y de precariedad laboral. A su vez, la impronta de los cuidados informales y la feminización de los mismos han conllevado un menor desarrollo del sistema de CLD en España y la mercantilización de los cuidados en los hogares. Unido al modelo mediterráneo de cuidados se encuentra la fragilidad del cuarto pilar del Estado de bienestar. Frente a la fortaleza ofrecida por otros sistemas tales como educación y salud, el sistema de servicios sociales aparece débil y con una menor legitimación social.

Todo este cúmulo de situaciones conlleva dos consecuencias negativas: la sobrecarga que provocan las tareas de cuidados en las familias y el escaso valor social otorgado a los cuidados. Como se ha comentado, el insuficiente desarrollo de la LAPAD ha provocado la réplica del modelo familiar anclando a las mujeres en su papel tradicional de cuidadoras, reforzando, de este modo, el propio modelo y las desigualdades. La inexistencia de una red de recursos que cubra todas las necesidades de cuidado junto con el auge de las prestaciones económicas de cuidados en el hogar ha conllevado que las familias (mujeres) sigan asumiendo y reforzando su rol de cuidadoras o bien se recurra a servicios y contrataciones de carácter privado, muchas de ellas protagonizadas por mujeres inmigrantes que, a su vez, han dejado a sus familias en sus países dando lugar a las cadenas globales de cuidado. De este modo, la naturalización del cuidado femenino deviene en situaciones de mucha sobrecarga que las políticas públicas no están sabiendo resolver. A todo ello se une el escaso reconocimiento social de estas tareas, que dificulta enormemente avanzar hacia sistemas más profesionalizados. Así, se requiere visibilizar y dar valor a los cuidados poniéndolos en el centro del debate público, con el fin de mejorar los recursos y los medios para garantizar los cuidados adecuados en todos los entornos.

Íntimamente ligado con los cuidados familiares está el deseo de envejecer en el propio hogar. El 86% de las personas mayores de 65 años encuestadas en Navarra desearían vivir en su hogar en el caso de necesitar ayuda para algunas de las actividades básicas de la vida diaria (ORS, 2022c). Si bien la propia LAPAD reconoce que los objetivos de las prestaciones de dependencia son facilitar una existencia autónoma en su medio habitual todo el tiempo que la persona desee y sea posible, este objetivo es difícilmente alcanzable debido a la **insuficiente dotación, desarrollo y/o adaptación de los elementos centrales del necesario Mosaico de recursos para la permanencia en el domicilio** ([Capítulo 02](#)).

En Navarra, siete de cada diez personas que necesitaban cuidados para poder permanecer en su domicilio recurrieron a una ayuda económica, frente a tres de cada diez que se decantaron por un servicio. La opción de recurrir a una ayuda económica es versátil, puede favorecer la autonomía y simplificar los trámites, pero requiere de procesos de valoración, acompañamiento y seguimiento por parte de los servicios sociales. De este modo, es necesario desarrollar más servicios de proximidad flexibles e integrados, en combinación con tecnologías y productos de apoyo, para que las personas puedan hacer realidad sus deseos de vivir en sus domicilios el mayor tiempo posible, siempre que se puedan mantener los estándares de calidad exigidos.

Esta menor red de recursos tiene su plasmación en diversos ámbitos en la Comunidad Foral. Así, es necesario desarrollar acciones en pro de la prevención y promoción, así como iniciativas de tipo comunitario, incidiendo en el beneficio que esto conlleva tanto para las personas mayores como para sus familias.

Uno de los servicios clave para la permanencia en el domicilio es el SAD. Toda la investigación llevada a cabo pone de manifiesto que, en la Comunidad Foral, el SAD se encuentra debilitado. Paradójicamente, en los últimos años, el número de personas atendidas por el SAD ha ido disminuyendo mientras que el número de horas ha seguido creciendo de forma continuada. Esto es así porque el perfil de las personas beneficiarias del SAD ha cambiado, atendiendo en la actualidad a personas más mayores (3 de cada 4 usuarias del SAD son mayores de 80 años) y más dependientes que necesitan un mayor volumen de horas de atención. De este modo, los niveles de dependencia de las personas atendidas y la intensidad tan elevada de cuidados requerida impide desplegar el carácter preventivo con el que nació el SAD, por lo que este servicio no constituye una alternativa única para la permanencia en el hogar de personas en situación de dependencia grave y severa, sino que requiere un apoyo familiar suficiente y, en ocasiones, disponer de Centros de Día, cuidadores en el domicilio, etc.

Se han identificado 5 grandes problemas que presenta el SAD en Navarra: 1) Ha aumentado el grado de envejecimiento y el nivel de dependencia de la población usuaria del programa, a la vez que se desvirtúa el carácter preventivo inicial. 2) El SAD es diferente en cada una de las entidades locales de Navarra lo que conlleva inequidad en la atención. 3) Existe disparidad entre el derecho de la persona establecido en el PIA y el servicio que recibe. 4) El SAD conlleva una gran complejidad en la organización y gestión del personal. 5) El SAD no se pone en valor ni se le da el suficiente reconocimiento social.

Otro elemento que dificulta la existencia de una potente red de recursos es la necesidad de ampliar el número de Centros de Día y de transporte adaptado y asistido. Cabe señalar que el número de plazas y la cobertura tanto de centros de día como de estancias diurnas han aumentado paulatinamente en Navarra en los últimos años. Cabe destacar que la próxima construcción de 11 nuevos Centros de Día y la inauguración de otro en fechas próximas significará una importante mejora, al pasar de los 20 actuales a 32.

La necesidad de ampliar la red de “recursos intermedios” cuando la dependencia es temporal es otro de los elementos analizados. De este modo, faltan apoyos urgentes y adecuados para hacer frente a eventos de dependencia temporal sobrevenida que generan perjuicios, en muchas ocasiones irreversibles, en las personas que las sufren y sus familias y que sirvan para complementar la implantación del PAISS.

Con respecto a la accesibilidad de las viviendas para la permanencia en el domicilio, existe un reconocimiento creciente de que una mejor integración entre la atención sanitaria, la atención social y la vivienda también desempeña un papel importante para afrontar el reto de la vejez. La Encuesta de necesidades y demanda de vivienda en Navarra (ORS, 2017) detectó un importante volumen de hogares que afirmaban tener necesidad de rehabilitar su edificio y/o vivienda y, en concreto, eran la falta de accesibilidad (insta-

lación de ascensor) o de mejora de aspectos relacionados con el aislamiento) aquellos que suscitaban mayor número de necesidades. De cualquier modo, es preciso constatar que estas intervenciones no deben quedar reducidas al ámbito del domicilio particular, sino que su acometida tiene sentido completo si el espacio público y los distintos servicios se encuentran también adaptados.

La falta de una adecuada red de recursos para la permanencia en el domicilio conlleva la necesidad de llevar a cabo contrataciones privadas en los domicilios, produciéndose, de este modo, la refamiliarización del sistema. Asimismo, son manifiestas las dificultades existentes para llevar a cabo una adecuada supervisión de las ayudas económicas otorgadas a tal efecto.

Los centros residenciales forman parte de la Cartera de recursos del sistema de cuidados en Navarra. A 23 de marzo de 2022 se ofertaban 6.159 plazas residenciales distribuidas en 76 centros. El 78,6% de las personas usuarias de centros residenciales tiene más de 80 años y, de éstas, el 71,8% son mujeres. Como elemento de análisis novedoso en este estudio se aportan los porcentajes de institucionalización de las personas mayores en Navarra en las plazas financiadas por Gobierno de Navarra, que para el caso de las mujeres mayores de 90 años alcanza el 12,5% y para los hombres el 7,8%.

En relación a los **centros residenciales** esta investigación lleva a cabo un análisis del **Servicio de Atención Residencial (Capítulo 03)**. Algunas de las cuestiones que impactan en el bienestar de personas usuarias, familias y trabajadoras de los centros son la imagen social de las residencias, el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) y el debate sobre los diferentes modelos de gestión.

Con respecto a la mala imagen que se tiene de este tipo de recurso, son varias las causas apuntadas, tales como la atención poco adaptada a las necesidades personales, las condiciones laborales y las altas cifras de fallecimientos ocurridos durante la pandemia. Sin embargo, también existen voces que aportan una visión más positiva porque en los centros residenciales se procuran atenciones más adecuadas que las dadas en los domicilios. En este sentido, los datos recogidos por el ORS (2016) señalan que las personas usuarias de centros gerontológicos, así como sus familias, mostraban, en general, una alta satisfacción (8,5 puntos).

El Modelo AICP constituye en Navarra un eje central de los cuidados residenciales con plasmación legislativa en el Decreto Foral 92/2020. Se considera positiva su entrada en vigor porque pone el foco en las personas y supone un cambio de rumbo, desde un sistema basado en la institucionalización y el asistencialismo hacia otro basado en derechos. A tenor del trabajo de campo, el nuevo modelo de atención va calando en los centros residenciales, si bien se detectan elementos para el análisis y mejora. De esta manera, preocupan cuestiones como la necesidad de realizar diagnósticos o protocolos, la metodología, su practicidad sin una mayor dotación presupuestaria, su asunción por parte de las plantillas o su implementación más allá de los centros residenciales. De la misma forma, sería necesario trascender el modelo y avanzar hacia un Modelo de Atención Centrado en las Relaciones.

Una cuestión especialmente controvertida en relación con los centros residenciales es el modelo de gestión que se lleva a cabo. En Navarra, la distribución, según la forma jurídica de la entidad gestora de las 76 residencias es la siguiente: Gestión Pública de la Administración Foral y local (20 residencias, el 26,3%); Entidades privadas sin ánimo de lucro (29 residencias, el 38,2%); y Entidades privadas mercantiles (27 residencias, el 35,5%). A fecha 23 de marzo de 2022, tienen respectivamente 1.231, 2.306 y 2.622 plazas autorizadas. Los centros residenciales de gestión pública ofertan el 20% de las plazas totales en la Comunidad Foral; las entidades privadas sin ánimo de lucro gestionan el 37,4% de las plazas residenciales y las

entidades privadas mercantiles el 42,6%. De esas plazas, el 25%, el 30,3% y el 44,7% respectivamente son plazas propias, concertadas o con prestación vinculada al servicio.

Toda esta situación en torno a los centros residenciales conlleva un fenómeno de evitación-atracción. Las residencias son, en muchas ocasiones, un espacio al cual recurrir en una fase muy avanzada de la dependencia. El proceso de institucionalización modifica las interacciones sociales, pudiendo reducir los intercambios familiares y de amistades. Además, este sentimiento se ve agravado si a la persona mayor no se le asigna una plaza en su entorno y además existen dificultades para el desplazamiento. En este sentido, se debería ofrecer un mosaico de recursos potente y flexible para que las personas mayores que precisan cuidado puedan recibirlo en su propio domicilio el mayor tiempo posible, estando vigilantes para que esto no suponga la rehogarización y la perpetuación de la precarización de las mujeres cuidadoras.

Al mismo tiempo, también hay personas mayores que manifiestan haber accedido a un centro residencial de forma meditada y satisfechas con la decisión tomada y que enfatizan la oportunidad relacional que determinadas fórmulas de estancia residencial (especialmente las no convencionales como apartamentos, etc.) suministran a las personas mayores.

Un elemento que ya se ha citado y en el que esta investigación profundiza es en las **condiciones de trabajo y empleo en el sector de cuidados** ([Capítulo 04](#)). La multiplicidad de factores mencionados que han provocado la crisis de los cuidados está conllevando la necesidad, tanto en los hogares como en los recursos de cuidado, de contratación de mujeres.

Los niveles de feminización (cerca del 90%), así como la alta presencia de población extranjera (superior al 40%) siguen siendo los rasgos más característicos de las empleadas de hogar. En Navarra las mujeres de origen latinoamericano constituyen la mayoría de trabajadoras, mientras que la presencia de población procedente de Europa del Este es menos habitual. Desde los ámbitos consultados se refiere la precaria situación de las cuidadoras en domicilios y se considera fundamental que haya una regulación adecuada que consolide derechos básicos como salarios adecuados, cotizaciones, derechos a prestaciones, etc.

En los centros residenciales es necesaria la mejora de las condiciones laborales. Los bajos salarios, el trabajo a turnos, las ratios insuficientes y la escasa profesionalización suelen ser señas de identidad de algunos centros. Otro elemento de importancia es la escasez de tiempo, con repercusiones directas en el adecuado desarrollo del cuidado y donde se evidencian las mejores condiciones en los centros de carácter público frente a los privados. Cabe señalar que estas realidades no son extensibles al conjunto de los espacios residenciales, ya que existen experiencias concretas en las que el modelo residencial en fórmula de apartamentos-casas se ajusta a las necesidades individuales de autonomía y es especialmente bien valorado.

Estas circunstancias conllevan limitaciones para la cuantificación del sector de los cuidados, situaciones de vulnerabilidad derivadas de la irregularidad administrativa, dificultades para la contratación de personal cuidador en domicilios y barreras para la formación y profesionalización.

Respecto a la situación en domicilios existe una dificultad real para conocer con exactitud cuántas personas trabajadoras del hogar son cuidadoras, y de éstas, cuántas lo son en el ámbito de las personas mayores. No se puede obviar el alto volumen de economía sumergida del sector, lo que extiende, aún más, las situaciones de precariedad. Realizar una estimación cuantitativa del volumen de trabajo del sector del cuidado en Navarra no es tarea sencilla: no hay una rama de actividad económica específica para ello y la

disparidad de lugares de atención en los que se procura y de perfiles profesionales que lo atienden supone una limitación importante.

Los altos índices de irregularidad en el empleo doméstico es otra de las consecuencias y ahonda en la problemática del empleo irregular de las mujeres extranjeras sin permiso de trabajo, muy determinada por la normativa de extranjería. Estas situaciones de indefensión administrativa y el temor sobrevenido son vividas de forma dramática por las trabajadoras y pueden ahondar en situaciones de precarización profesional de los cuidados. De cualquier modo, se resalta la labor de ayuda llevada a cabo por muchas familias y entidades del tercer sector.

Otra consecuencia derivada son las barreras existentes para la formación y profesionalización con titulaciones y profesionales que ejercen tareas de cuidado en el mismo sector, no siempre con la misma carga formativa y dedicación académica previa. Las dificultades vienen dadas, además, por la imposibilidad de abandonar el puesto de trabajo para acudir a formación o el solapamiento de cursos. Además, las personas que realizan la formación requerida no suelen desear una salida laboral en domicilio, ubicando su aspiración laboral a otros ámbitos como los recursos y centros residenciales. Esta idea enlaza con otra de las consecuencias de la precarización profesional de los cuidados, como son las dificultades para la contratación de personal cuidador en domicilios que, además, aumentan exponencialmente cuando el destino del empleo es un pueblo de Navarra y, dentro del ámbito rural, en las zonas más despobladas.

El acceso a los recursos en clave territorial es el último **Capítulo (05)** de esta investigación. En él se aborda la desigualdad de acceso a los recursos del sistema de cuidados entre la población rural y urbana mayor de 65 años, así como de la población mayor de 65 años valorada con alguno de los tres grados de dependencia. Son dos los elementos identificados como causas relacionadas con la brecha rural/urbana en el acceso territorial a los recursos. Por una parte, la propia demografía y, por otra, la fragmentación administrativa en algunos de los servicios de atención del sistema de cuidados de larga duración.

Conocer cómo es la demografía particular en cada área de la Comunidad Foral permite identificar diferentes causas estructurales de la brecha rural/urbana en el acceso territorial a los recursos destinados a personas mayores. La Comarca de Pamplona es la que más ha crecido, en contraste con las áreas rurales que han ido perdiendo población de manera continuada por buscar nuevas oportunidades laborales en las ciudades. En la actualidad, el área de Pamplona concentra al 56,4% de la población y es la única zona de Navarra, junto con Tudela, que gana población. En el otro extremo, el Pirineo continúa perdiendo población de forma progresiva, agrupando al 2,3% de la población.

La zona más envejecida de Navarra es el área Noreste (27,1%), seguida del área de Estella (23,1%), mientras que las zonas menos envejecidas se sitúan en los dos principales núcleos urbanos: Pamplona (18,6%) y Tudela (19,4%). Tanto los índices de envejecimiento como las tasas de dependencia se sitúan en coherencia con los datos correspondientes a las zonas más envejecidas. De este modo, la población que requiere de cuidados, sean temporales o de larga duración, puede verse empujada a acercarse a núcleos urbanos para poder tener acceso a recursos del sistema de cuidados en lugares en los que se produce una mayor oferta y/o garantía de los mismos. De manera progresiva, las áreas rurales se van abandonando y resulta más difícil incentivar la revitalización de estas zonas. A su vez, los cuidados informales sostenidos sobre las mujeres que tradicionalmente venían ocupándose de manera invisibilizada y no reconocida, ya no pueden cubrirse con ellas. Por tanto, el aumento de la población envejecida, que requerirá mayor dotación de CLD, junto con una menor disponibilidad de mujeres cuidadoras, se agudiza en el caso de las zonas rurales.

El segundo elemento identificado es la fragmentación administrativa presente en Navarra, en la que diferentes niveles de gestión, autonómica y local principalmente, generan una amalgama de puertas de acceso, criterios, intensidad en algunos servicios. Este escenario supone un reto a nivel nacional, marcado por la rigidez de las Administraciones Públicas, la segmentación del sistema y sus recursos.

Son dos las consecuencias que las características demográficas no atendidas y la fragmentación administrativa existente se han constatado en el curso de la investigación: la centralización de los recursos en las zonas más pobladas y la existencia de un servicio de transporte que no se adapta a la cohesión territorial. Para ilustrar esta realidad se ha realizado un análisis de cobertura de dos tipos de servicios por áreas de Navarra: los Centros Residenciales y los Centros de Día en relación a la población mayor de 65 años, por un lado, y en relación a la población mayor de 65 años valorada con algún grado de dependencia, por otro.

Se evidencia una importante concentración de los 76 Centros Residenciales en los dos núcleos urbanos principales de Navarra (Pamplona y Tudela), que aglutinan de esta forma más de la mitad de las plazas residenciales (el 61%) en las áreas poblacionales más “jóvenes” de la Comunidad Foral. En cuanto a la cobertura de Centros Residenciales a personas mayores de 65 años valoradas con alguno de los tres grados de dependencia se observa que quienes residen en el Noroeste tienen la cobertura más baja de Navarra (29,31%), frente a la zona Noreste (65,41%), en la que se sitúa la cobertura más alta para este segmento de población.

En relación a los 20 Centros de Día existentes en la Comunidad Foral, analizados de manera aislada de las “Estancias diurnas en centros residenciales”, solamente el 14,4% de las plazas se ofertan fuera de Pamplona y Tudela. Destaca su nula implantación en un área como Estella, con el segundo puesto en cuanto a envejecimiento de Navarra. De nuevo, la cobertura más alta para personas mayores de 65 años se sitúa en los núcleos urbanos.

Los Centros de Día son señalados en la encuesta (ORS, 2022c) en primer lugar (23%) entre “aquellos servicios que se consideran necesarios y no existen”. A continuación, se señala un servicio de atención a domicilio (SAD) (21%), una residencia para personas mayores (20%) y un transporte adaptado y asistido (19%).

Este fenómeno centralista de servicios queda patente en el escaso desarrollo del transporte interurbano y/o adaptado. La movilidad resulta fundamental para el sostenimiento de la vida en zonas rurales, así como para el acceso a servicios y el desplazamiento de quien trabaja. En el estudio se ha mostrado la situación paradójica de quienes deben trasladarse desde zonas rurales a urbanas para recibir cuidados de sus familiares o para el acceso a servicios ante la dificultad para realizar traslados, al mismo tiempo que otras personas residentes en ciudades las abandonan hacia centros residenciales por el abaratamiento de sus precios. Una red de transporte interurbano fortalecido ligada a la garantía de un transporte adaptado a servicios esenciales de proximidad es fundamental para paliar la desigualdad de reparto de los recursos públicos.

5 ejes para la construcción de un sistema de futuro

Eje 1. Reforzar la atención a las personas mayores de forma integral y personalizada

El sistema de CLD debe proporcionar soluciones integrales y personalizadas reconociendo la diversidad de las personas mayores y haciéndoles protagonistas en la toma de decisiones con respecto a sus decisiones y deseos de ser cuidadas.

Cuidar a las personas mayores de forma personalizada e integral implica atender sus necesidades y preferencias, velar por su bienestar y desarrollar sus capacidades a lo largo del tiempo. Supone **fortalecer las políticas de cuidado atendiendo a la ética (Capítulo 00)** trascendiendo la demografía y entendiendo los cuidados como un elemento articulador de la sociedad constitutivos de derecho y eje de las decisiones políticas.

A su vez, la extensión de los servicios de cuidado debe ir acompañada de fórmulas que los hagan accesibles. Un claro ejemplo en este sentido es cómo la transformación digital está suponiendo un conflicto en el acceso a determinados servicios básicos para personas mayores, lo que exige a las administraciones públicas respuestas efectivas. Se trata de que no haya personas que se queden sin servicios de cuidado poniendo a su disposición los recursos públicos necesarios que eviten posibles inequidades económicas y sociales. Asimismo, hay que poner en marcha medidas educativas que responsabilicen a hombres y mujeres en el cuidado, abogando por la constitución de un sistema de cuidados basado en derechos de ciudadanía.

El sistema de CLD debe, asimismo, **planificar los apoyos y cuidados adaptados a las necesidades y deseos de las personas (Capítulo 00)**. Esta diversidad de perfiles requiere incorporar recursos heterogéneos teniendo muy en cuenta todos los factores de clase, género y etnia que atraviesan el sistema de cuidados y que se abordan a lo largo de este estudio. A la vez, ha de incorporar elementos que faciliten la adecuación de los servicios y recursos de atención a los deseos y preferencias de las personas desde el reconocimiento de su heterogeneidad, el marco de la posibilidad y el dinamismo de la necesidad, estableciendo itinerarios de cuidados flexibles, personalizados y adaptados a necesidades cambiantes y a las preferencias de las personas.

Estos itinerarios han de estar guiados, además, por el enfoque ético de la atención centrada en la persona, así como la aplicación del criterio de diversificación de servicios, que promueva la toma de decisiones y la participación de las personas en su atención, donde un elemento fundamental es la necesaria coordinación entre profesionales de distintas áreas. Además, será imprescindible tener en cuenta la perspectiva de género y la personalización de la atención.

Desde la Unión Europea y también desde las diferentes administraciones se han identificado dos grandes ejes de reflexión y transformación urgente: 1) Revertir y priorizar los servicios domiciliarios para dar respuesta a los deseos y preferencias de la sociedad y de las personas que necesitan apoyos y cuidados; 2) Avanzar en un proceso de desinstitucionalización de nuestro modelo residencial desarrollando un conjunto de modalidades de alojamientos adaptados a necesidades, pero teniendo muy en cuenta los proyectos, deseos y preferencias de las personas mayores de vivir en entornos domésticos.

Pensar en un futuro de los CLD que ofrezca respuestas ajustadas a las realidades de las personas impone iniciativas de carácter social y comunitario que van desde la intervención urbanística para conseguir pueblos y ciudades más amables con la dependencia, hasta acciones de carácter preventivo entre las que los servicios de orientación ocupan un lugar primordial para conseguir que las personas que envejecen tomen decisiones eficaces y satisfactorias sobre su futuro.

Una propuesta innovadora de amplio alcance sería la creación en el marco administrativo de la Administración Foral de un organismo o institución que trabajara este gran reto, como ya existen en otras regiones y países europeos.

En este sentido, **la coordinación de equipos: formación y experiencias (Capítulo 00)** que se coordinen y pongan en común experiencias de trabajo, otorga un valor añadido de gran interés al mundo de los cuidados. Este ejercicio de transferencia y divulgación de la práctica es señalado como la base para una atención de calidad.

Eje 2. Necesidad de un amplio y flexible abanico de recursos

El Consejo Económico y Social de España (2020: 196) señala que el SAAD presenta una serie de deficiencias que deben de ser abordadas, entre las que se encuentran el insuficiente desarrollo de prestaciones y servicios y las limitaciones en la intensidad y calidad de las prestaciones. La Comunidad Foral no es ajena a esta realidad por lo que una de las propuestas es el desarrollo de un amplio y flexible abanico de recursos que permita proporcionar cuidados adecuados a las personas mayores, evite la soledad no deseada y fomente su participación social. En este desarrollo de recursos será fundamental tener muy en cuenta la perspectiva territorial con el fin de adecuarse a las necesidades específicas de cada zona.

A lo largo del estudio ha quedado reflejado que el deseo de las personas mayores es permanecer en su entorno el mayor tiempo posible. Pero este hecho no puede derivar en que sean las mujeres las que sigan realizando tareas de cuidados no remunerados, por lo que la intervención e inversión pública deben ir dirigidas a la creación de más recursos para evitar la familiarización. Recordemos que como enfatiza el Consejo Económico y Social de España (2020: 183) “reforzar la atención domiciliaria, tal y como se preconiza desde instancias comunitarias, sin que suponga una mayor sobrecarga a las redes familiares requeriría una mayor asunción de responsabilidad por los poderes públicos en la mayoría de los países, incluyendo el nuestro, si se pretende lograr que la atención a la dependencia constituya un verdadero derecho social”.

De este modo, los cuidados en el entorno conllevan el fortalecimiento de servicios y recursos integrados y coordinados que contemplen desde acciones tendentes a la prevención del envejecimiento hasta nuevas formas de alojamientos colaborativos que, hasta el momento, han tenido un escaso desarrollo, así como iniciativas de carácter comunitario. El desarrollo de este tipo de recursos retrasa la institucionalización y permite hacer realidad los deseos de las personas de permanecer el mayor tiempo posible en su entorno.

El **mayor desarrollo de los servicios de prevención, de las iniciativas de cuidados comunitarios y de apoyo a las familias (Capítulo 02)** es un elemento central porque tiene consecuencias muy positivas en la calidad de vida de las personas, como elemento preventivo y para la sostenibilidad económica del propio sistema. En este sentido, hay que tener en consideración la introducción de medidas de prevención desde una perspectiva de género (Consejo Económico y Social de España, 2020: 186). En este enfoque de enveje-

cimiento activo y saludable se deberá contar con la participación efectiva de la persona, de su entorno y de los profesionales en lo que se ha venido en denominar “enfoque dialógico” .

Existe la necesidad de generar “espacios para la vida cotidiana”, tanto a nivel de barrio como de pueblo, que permitan cuidar y que suponen la existencia de redes comunitarias, espacios de relación y equipamientos cotidianos. La activación de estos recursos comunitarios deberá considerar las carencias existentes adecuándose a las nuevas realidades y valores sociales.

Algunos elementos de importancia en este ámbito son la dotación de herramientas de formación, el acompañamiento y conciliación de las personas que cuidan para evitar las situaciones de sobrecarga, la revisión de algunas de las ayudas económicas que se otorgan, así como el fomento de vías de información sobre la disponibilidad de los recursos disponibles.

El **Servicio de Atención a Domicilio (SAD)** es uno de los recursos esenciales para la permanencia de las personas mayores en sus domicilios. El SAD es un servicio valorado muy positivamente por la ciudadanía, pero que no puede satisfacer la demanda de atención en el hogar con los esquemas de atención tradicionales, por lo que deben producirse cambios e innovaciones. En ese sentido, se hace imperiosa su **evaluación, desarrollo y transformación (Capítulo 02)**.

Los discursos recogidos plantean la necesidad de establecer una nueva planificación, regulación y evaluación del SAD con el fin de que queden claros sus objetivos, personas beneficiarias, se refuerce su labor preventiva, se coordine con el espacio sociosanitario, se garanticen atenciones iguales en todo el territorio foral, se conformen equipos multidisciplinares, etc. Se plantean algunas ideas tentativas para la reorganización del servicio, pero deberán ser analizadas con mayor profundidad.

Íntimamente ligado con la permanencia en el domicilio se encuentra la puesta en marcha de **actuaciones para mejorar la calidad de la atención en domicilio (Capítulo 02)**. Así, se requiere facilitar y fomentar la formación destinada a las personas contratadas en el ámbito privado que, en ocasiones, se puede realizar en colaboración con otros dispositivos tales como los centros de salud, profesionales del SAD, etc. A su vez, la coordinación entre familias, administración pública y personal cuidador se perfila como un elemento clave para el fomento de la calidad de los cuidados y para el trabajo con las propias familias en aspectos clave como la prevención, autonomía, etc. Un elemento fundamental y con claras repercusiones en la calidad de los cuidados es dotar a las personas cuidadoras –familiares y profesionales– de espacios de respiro. Por otra parte, se vislumbra necesaria la creación de un servicio de intervención de rehabilitación domiciliaria, así como la creación o consolidación de diversas figuras profesionales (profesional de gestión de casos, terapeutas ocupacionales o enfermería de geriatría).

Otro de los recursos bien valorados por la ciudadanía y que tiene una incidencia directa en la permanencia en el domicilio son los Centros de Día. De ahí la necesidad de **extender la red de Centros de Día y de transporte para el acceso a los recursos (Capítulo 02)**. Se reclama que este tipo de centros cuenten con más apoyo público porque hay personas mayores que no tienen posibilidades económicas para acceder.

13. El Departamento de Derechos Sociales, a través de los fondos Next Generation, va a poner en marcha el proyecto “Aplicación del Enfoque Dialógico para mejorar los servicios de atención integral y centrada en las personas” para impulsar la atención integral y centrada en la persona en los servicios de atención a la infancia y las familias a través de la implantación del enfoque dialógico, promoviendo así la modernización y mejora de los modelos de atención en servicios sociales.

Durante esta investigación se tuvo conocimiento de la propuesta de Javier Goikoa, miembro del Consejo del Mayor del Departamento de Derechos Sociales, para poner en marcha centros multifuncionales en cuatro municipios del Pirineo. Este tipo de iniciativas ciudadanas deben ponerse en valor al haber un gran conocimiento de la zona, de las gentes, de las formas de vivir, así como de las posibles soluciones y recursos a utilizar. Por ello sería muy adecuado desarrollar un estudio para la posible implantación de estos centros multifuncionales.

La **creación de recursos intermedios de convalecencia (Capítulo 02)** para hacer frente al surgimiento de eventos de dependencia temporal sobrevenida es también un elemento muy importante. La existencia de un centro de cuidados sociosanitarios intermedios a la convalecencia, complementario a los recursos ya aportados por el PAISS, permitiría el retorno del paciente al domicilio, la utilización óptima y liberación de recursos sanitarios, mejorar la satisfacción tanto de pacientes como de profesionales, acortar las estancias medias y evitar hospitalizaciones y reingresos innecesarios, garantizando la recuperación de las capacidades funcionales del paciente y la reincorporación a sus actividades habituales.

Finalmente, los servicios de teleasistencia y las ayudas para la accesibilidad de viviendas son cruciales. En este sentido, el Departamento de Derechos Sociales ha realizado una apuesta importante, a través de los fondos europeos Next Generation, tanto para el desarrollo de la teleasistencia como de las ayudas para la accesibilidad de viviendas.

Las iniciativas de alojamientos colaborativos (Capítulo 02) es otro de los recursos que están surgiendo en la Comunidad Foral con la idea de seguir viviendo en un entorno comunitario que sustenta, da apoyo mutuo y proporciona retos y oportunidades. Fomentar y dar apoyo a nuevas alternativas de alojamiento que están emergiendo y que, muy probablemente, seguirán en auge a lo largo de los próximos años, tales como, viviendas comunitarias, apartamentos con servicios, alojamientos o viviendas compartidas y diferentes fórmulas de alojamientos colaborativos (cohousing), intergeneracionales... se perfila como un elemento primordial.

Si bien la institucionalización en centros residenciales es, en general, la opción menos deseada por las personas mayores, hay situaciones de cuidado que requieren que la persona sea atendida en un centro residencial. Pero el modelo residencial clásico debe evolucionar hacia otro tipo de alternativas que permitan el desarrollo personal, la independencia, la inclusión social y el bienestar personal. De este modo, se trata de desarrollar todavía más el Modelo ACP en el que las residencias sean lugares en los que se respeten la dignidad, los derechos de las personas, el apoyo a los proyectos de vida personal y el respeto a la identidad de quienes tienen un importante deterioro (Sancho y Martínez, 2021). La literatura académica también comparte que este modelo es el que debe sustentar los cuidados, no sólo en los centros residenciales sino en todo el abanico de recursos disponibles existentes. De este modo, hay diversas recomendaciones que promueven este cambio de paradigma y en las que en Navarra se está avanzando de forma decidida.

La primera recomendación es **fortalecer el nuevo tipo de modelo residencial (Capítulo 03)**, más pequeño, con carácter de “hogar”, situado en entornos de proximidad, tratando de que sea el centro residencial el que se adapte a los deseos y necesidades de las personas.

Un aspecto muy recurrente en el trabajo de campo es el de la disponibilidad de tiempo: la calidad del servicio desde la perspectiva profesional se vincula con la demanda explícita de disponer mayor tiempo para el cuidado. También se debe contar con un sistema más flexible en su uso cotidiano que pueda responder a nuevas y múltiples necesidades sociales constatadas como, por ejemplo, la posibilidad de pernoctación de familiares en las visitas, respeto a los fuertes vínculos con mascotas, diversidades culturales en los centros, etc. Asimismo, es necesario incidir en el grado de conocimiento e interiorización del modelo ACP por parte del personal que accede actualmente a los servicios residenciales, así como hacer extensible la formación a todos y todas las profesionales que trabajan en los recursos.

Convertir las residencias en un recurso del y para el entorno (Capítulo 03) es otra de las recomendaciones. Los centros residenciales pueden ser un recurso “multiservicio” ofreciendo estancias temporales para convalecencia o rehabilitación, pero también para complementar los servicios domiciliarios a través de estancias diurnas, comedores, servicios de rehabilitación, lavandería a domicilio, transporte adaptado, etc. Esta implicación con el entorno conlleva una condición esencial como es la participación de todos los agentes, entre ellos, las familias. Asimismo, se hace necesario reducir la burocracia, la complejidad del proceso de entrada e incrementar la información sobre los recursos existentes, la coordinación entre servicios y el trabajo en red.

Cabe señalar que el Departamento de Derechos Sociales, a través de los fondos europeos Next Generation, va a poner en marcha un proyecto que supone la apertura de los centros residenciales a la comunidad y que tiene como finalidad mejorar la atención a personas mayores en situación de dependencia o soledad en residencias y domicilios.

Como ya se ha señalado, hay una presencia creciente del sector privado con ánimo de lucro gestionando centros residenciales, hecho que es criticado desde diversos ámbitos. De ahí la necesidad de **consolidar un modelo de gestión sin ánimo de lucro en los centros residenciales (Capítulo 03)**.

En consonancia con la gestión de los centros se hace necesario afianzar el sistema de evaluación de los centros residenciales (Capítulo 03). En este sentido, esta investigación plantea una serie de medidas concretas, algunas de las cuales ya se están implementando desde el Departamento de Derechos Sociales a través del Decreto Foral 92/2020, de 9 de diciembre.

Una última reflexión en torno a las residencias es aquella que plantea la posibilidad de **un futuro sin centros residenciales (Capítulo 03)** (García et al., 2021). Las exigencias de una sociedad cada vez más formada e informada, los avances tecnológicos, así como el propio devenir de los centros residenciales deberían conllevar su evolución. Para lograrlo, las normas deberán ser flexibles con el fin de permitir el surgimiento de nuevos modelos, favorecer que los centros residenciales estén abiertos al entorno ofreciendo servicios a personas en situaciones de dependencia que siguen viviendo en sus domicilios y flexibilizar el concepto de “persona usuaria” de los centros residenciales para que una persona sea atendida en un centro residencial no tanto por su edad sino por su situación de dependencia.

La implantación de nuevas soluciones tecnológicas que apoyen los cuidados permitiría optimizar la independencia de las personas mayores con el fin de que puedan desarrollar su proyecto de vida con mayor satisfacción y seguridad. En ese sentido, es fundamental que este desarrollo tecnológico sea guiado por profesionales sociosanitarios, no sólo por empresas privadas, ya que esto generaría un eje de desigualdad importante.

Asimismo, sería interesante introducir prácticas innovadoras y experiencias piloto que permitan el desarrollo de nuevos servicios, otras metodologías de trabajo, etc. Algunas buenas prácticas e innovaciones en Europa son los pagos directos en Reino Unido, la libre elección de entidades proveedoras en Suecia, el apoyo autodirigido en Escocia, el SAD intensivo de diversos países, las visitas domiciliarias y programas de rehabilitación a domicilio de los países nórdicos, etc. (véase [Anexo 4](#)).

La construcción de un amplio y flexible abanico de recursos debe de tener muy en cuenta las diferencias territoriales de Navarra. De este modo, **la planificación de recursos deberá estar adaptada a las realidades del territorio (Capítulo 05)**, configurando un modelo coherente y capaz de adaptarse a los cambios, que tome en consideración las particularidades de cada área, así como las proyecciones demográficas desde una visión global, conjunta y no sectorizada. Se trata de rediseñar espacios o servicios que actualmente están en marcha y que fácilmente pueden adaptarse a las nuevas necesidades, plantear nuevas formas de convivencia de personas mayores en zonas rurales y hacer que estos espacios sean ámbitos atractivos para el desempeño del trabajo de los cuidados.

Otra propuesta relacionada con la territorialidad aborda el acercamiento de los recursos a las personas a través de la mejora del transporte (Capítulo 05). De este modo, sería necesario llevar a cabo un estudio de la disposición de los recursos públicos en el territorio, así como de posibles vías de conexión, ya que esto facilitaría la accesibilidad a muchas personas y sin depender de vehículos particulares. En esta línea se plantean soluciones diversas, tales como no necesitar el transporte porque los servicios se prestan en el entorno más próximo posible; el pilotaje de experiencias innovadoras del uso de transporte en zonas rurales o la utilización de las líneas de transporte escolar que, además, sirva para el encuentro intergeneracional y el desarrollo del transporte público de cercanía o acuerdos con taxis. Es importante poner de relevancia el importante impacto que pudiera tener una mejor conexión de la movilidad en la generación de empleo en estas zonas, tanto para el trabajo en domicilios como en centros residenciales.

Hay que destacar diversos proyectos que, en el ámbito rural, está desarrollando el Departamento de Derechos Sociales. Por ejemplo, está AR+, un nuevo modelo de atención al envejecimiento activo que se va a aplicar de manera experimental en la Mancomunidad de Servicios Sociales de Allo, los proyectos de innovación rural vinculados a la innovación en el marco de los servicios sociales y un proyecto cuyo objetivo es crear un centro de referencia en materia de accesibilidad conectado con los departamentos del Gobierno de Navarra.

Asimismo, hay que señalar la existencia de una propuesta de creación de Equipos multidisciplinares de intervención en hogares con personas dependientes (EMIHD) diseñada por Cristina Lopes Dos Santos, profesora de la Universidad Pública de Navarra y directora técnica de la Fundación Gizain, para la creación de equipos de intervención intrafamiliar y comunitaria en situaciones de diversa dependencia a nivel de área de servicios sociales, similar a los ya existentes de EAIA, EISOL, EAIV y que cuenta con sinergias con el PAISS. El documento sobre el proyecto se encuentra disponible para su lectura en el [Anexo 5](#).

Eje 3. La mejora de las condiciones laborales de las personas cuidadoras

La precariedad laboral es una de las deficiencias del SAAD señaladas por el Consejo Económico y Social de España (2020: 214). De la misma forma, el presente estudio refleja las precarias condiciones en las que se desarrollan los trabajos de cuidado, tanto por parte de las familias como de las profesionales, abrumadoramente mujeres todas ellas.

De este modo, mejorar las condiciones en las que se desarrollan los cuidados es un elemento fundamental para configurar un adecuado sistema y garantizar la calidad de los cuidados. Tal y como se ha señalado, dotar a las familias de una amplia red de recursos, así como de verdaderos espacios de respiro influirá directa y positivamente en el cuidado. Y garantizar unas condiciones laborales de calidad a las personas que desarrollan los cuidados de forma remunerada es un elemento clave.

Son varias las propuestas que desde esta investigación se plantean para la mejora de las condiciones de las personas que desarrollan su trabajo en el sector de cuidados, tanto de las que trabajan en domicilios, como de aquellas que lo hacen en espacios residenciales.

Una primera propuesta tiene que ver con la **visibilización y reconocimiento de las condiciones laborales de las trabajadoras del cuidado en hogares (Capítulo 04)**. Es necesario desarrollar medidas que tengan por objeto asimilar este sector a las condiciones del Régimen General en cuanto a la subida de los salarios, la vigilancia e inspección y la concreción y delimitación de las actividades a realizar por las personas empleadas, si bien no hay que olvidar que son asuntos cuya competencia recae en la Administración estatal.

Otra propuesta contempla la **mejora de las condiciones laborales en el entorno residencial (Capítulo 03)**. Uno de los elementos más nombrados en relación con las mejoras de las condiciones laborales en los centros residenciales tiene que ver con la adecuación de las ratios de personal. Lo que se plantea es llevar a cabo la estimación de ratios no en base al número de personas a atender, sino al tiempo efectivo de trabajo que hay que dedicar a cada persona para que la atención directa sea en condiciones de calidad (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021).

En relación con las retribuciones que perciben las personas que trabajan en los centros residenciales se requiere un aumento salarial planteándose la necesidad de la consideración y equiparación profesional con sectores asimilables (especialmente con el sanitario). Otros elementos relacionados con mejoras laborales y que inciden directamente en la calidad de los cuidados tienen que ver con la utilización de bolsas de contratación estables que garanticen la calidad del servicio o la estabilidad en el empleo y el reconocimiento de ciertas dolencias (tendinitis o dolor de espalda) como enfermedades profesionales. El colectivo, a excepción de quien se enmarca en Régimen Especial de Trabajadoras del Hogar, se encuentra inmerso en la negociación del primer Convenio Colectivo Autonómico del sector de Residencias en Navarra, Ayuda a Domicilio y Centros de Día, ya que ahora se rigen por un convenio de carácter estatal.

Otra de las propuestas se refiere a que **la administración debe simplificar y agilizar los procesos de acreditación, formación y trámites para la contratación (Capítulo 04)**. En este sentido, se debe redefinir el procedimiento de acreditación y cualificación creando un sistema suficientemente ágil y adaptado a las diferentes casuísticas para dar respuesta a la oferta y demanda. En relación a la formación, se requiere un modelo formativo que ordene la confusión y solapamiento que en ocasiones se da entre titulaciones. Por

otra parte, sería muy conveniente la puesta en marcha de cursos de formación en modalidad no presencial para que, de esta manera, trabajadoras en zonas rurales y/o en régimen interno prioritariamente, pudieran formarse.

Las entidades sociales que realizan labores de intermediación para la contratación privada demandan a la administración ser tenidas en cuenta e informadas de los cambios que se van produciendo en las regulaciones del sector, ya que se configuran como el canal de información prioritario de cientos de familias y personas trabajadoras del cuidado en Navarra. Por parte de las familias se demandan canales de información suficientes para la contratación, así como la adaptación de la plataforma on line para la realización de trámites con la Seguridad Social.

Eje 4. La planificación, evaluación y financiación como elementos centrales para la mejora del sistema

Para abordar cualquier tipo de mejoras en el sistema de cuidados de Navarra se requieren mecanismos permanentes de evaluación y planificación que permitan llevar a cabo los ajustes necesarios que demanda esta realidad cambiante. Los procesos de planificación y evaluación van íntimamente ligados a la disponibilidad de datos fiables.

En este sentido, una de las deficiencias señaladas por el Consejo Económico y Social de España (2020: 181) en relación al SAAD es la carencia de estadísticas y de bases de información: “Uno de los primeros obstáculos que surgen a la hora de aproximarse a la situación de la dependencia en España es la ausencia de fuentes estadísticas adecuadas (...) Conviene llamar la atención sobre la falta de consideración de esta realidad en la mayoría de las fuentes oficiales habitualmente utilizadas, que no la recogen conforme a su identidad propia ni con la suficiente desagregación o no lo hacen con la suficiente periodicidad (...) Es necesaria una consideración diferenciada de los cuidados a las personas en situación de dependencia en el conjunto del sistema nacional de fuentes estadísticas, acorde con su entidad en el conjunto de la sociedad, la economía y la protección social”.

La existencia en Navarra de un adecuado sistema de información con variables cuantitativas y cualitativas permitiría tener un conocimiento exhaustivo y transparente de la cobertura e intensidad de las prestaciones, del perfil de las personas atendidas, de la calidad de los servicios ofertados, así como de la mejora en la calidad de vida y satisfacción de las personas cuidadas, las características del empleo generado, el coste de los servicios, etc. Todo ello en orden a mejorar la planificación y evaluación de la política pública de cuidados. En este sentido, el Consejo Económico y Social de España (2020: 212) señala: “Es necesario mejorar las fuentes estadísticas para un mayor conocimiento de la dinámica del sector y de las diferentes tipologías de empresas que operan en el mismo. Sería deseable que se evaluaran los aspectos del funcionamiento del sistema de contratación pública que puedan revertir en una mejora de la calidad de las prestaciones y en una mayor equidad interterritorial”.

Una necesidad acuciante versa sobre la generación de sistemas de información compartidos, principalmente entre los sistemas social y sanitario; si bien se está avanzando en la creación de sistemas de información integrales y participados entre ambos sistemas, siguen dándose dificultades importantes. En este sentido, hay que señalar que, gracias los fondos europeos Next Generation, el Departamento de Derechos

Sociales ya ha iniciado el desarrollo de un sistema de información que permitirá una atención integrada, interoperable y coordinada con el objetivo de promover unos Servicios Sociales accesibles, ágiles y flexibles, mediante la configuración de la Historia Social Única Electrónica de Navarra.

Otros elementos abordados a lo largo del texto sobre los que se deberían llevar a cabo acciones de planificación y evaluación muy concretas tienen que ver con la **evaluación, desarrollo y transformación del SAD (Capítulo 02)** y con el **desarrollo de un adecuado sistema de evaluación de los centros residenciales (Capítulo 03)**.

Los cuidados suponen un verdadero reto como sociedad, por lo que es absolutamente necesario llevar a cabo una adecuada planificación técnica y económica. De la misma forma, es de gran interés establecer procesos periódicos de evaluación que generen conocimiento y evidencias, establezcan prioridades y sirvan para la toma de decisiones político/técnicas.

Un elemento fundamental para desarrollar estos cinco ejes es el aumento del coste económico aparejado, así como quién debe asumirlo: “La sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia es crucial, porque de ella depende el bienestar de muchas personas vulnerables y el de sus familiares. El modelo de financiación establecido en la LAPAD ha resultado ser insuficiente y no ajustado a las previsiones iniciales. El peso de la financiación no puede hacerse recaer mayoritariamente en las personas usuarias, ya que la presión del copago puede favorecer su autoexclusión de los beneficios de la ley, y la regresividad del copago puede empobrecer aún más a las personas con menos recursos. Se hace evidente la necesidad de la reforma del sistema de financiación de la LAPAD incluyendo la revisión total del modelo del copago y la exigencia de la transparencia en la información sobre el esfuerzo que realizan los usuarios en la financiación del sistema” (Montserrat, 2019: 183). Este asunto no ha sido objeto específico de estudio de la presente investigación, pero es obvio que debiera de iniciarse un proceso de análisis riguroso al respecto.

Tal y como recoge el SIIS (2020a: 84), en otros países la financiación de los costes residenciales no recae en exclusiva en los servicios sociales: “En España los Servicios Sociales abonan los gastos relacionados con la atención a la dependencia, pero también los gastos relativos a la atención sanitaria o los relativos al alojamiento y la manutención de las personas residentes. En los países de nuestro entorno las responsabilidades respecto a la financiación del gasto residencial se reparten de otra forma: los servicios de salud financian el gasto sanitario que se realiza en las residencias y las personas que carecen de recursos propios para abonar el coste correspondiente a su alojamiento y manutención acceden a prestaciones asistenciales de vivienda o garantía de ingresos para hacer frente a esos gastos. En España, por el contrario, es el sistema de dependencia/servicios sociales el que financia necesidades que deberían estar financiadas por los sistemas de vivienda, salud o garantía de ingresos”.

Algunos elementos cruciales que habría que abordar serían, por ejemplo, la diferencia entre componentes hoteleros y asistenciales, de forma que cada uno de estos costes pudiera tener un tratamiento diferente a la hora de la determinación de los precios públicos de los centros residenciales, el copago o la posible introducción de nuevas fórmulas como cotizaciones o impuestos finalistas para la financiación de los servicios de atención a la dependencia.

Para finalizar, y tal y como refiere Martínez Virto (2021), las políticas de CLD “requieren una financiación suficiente, que evite situaciones de desprotección por razón de renta o lugar de residencia, pero también

que generen una fórmula de sostenimiento económico suficiente basada en el consenso social”. En ese sentido, la autora señala que es necesario identificar correctamente dónde invertir para avanzar hacia el modelo deseado, basándose para ello en evidencias y conocimiento, evaluando su impacto y previendo sus consecuencias. Asimismo, es necesario difundir la corresponsabilidad de toda la sociedad, acompasando su inversión con el desarrollo económico, social y tecnológico de Navarra

Eje 5. Sociedades que cuidan

Corresponsabilizar a toda la sociedad en los cuidados se perfila como un elemento clave en el desarrollo de un sistema de cuidados. Se trata de configurar procesos de construcción colectiva y sensibilización para que el cuidado sea visto como un valor imprescindible, partiendo de la convicción de que todas las personas somos dependientes y, de un modo u otro, requerimos cuidados: “Cuidar no solo implica atender a quien está en situación de fragilidad y dependencia, también supone atender y sostener a todas las generaciones para avanzar en una sociedad fuerte. Por tanto, se requiere la alianza social y el consenso sobre el crecimiento acompasado y al servicio de la vida en cada acción política y económica” (Martínez Virto, 2021).

En este escenario, los CLD se convierten en un asunto social y político que requieren, no sólo la implicación de las Administraciones y de las mujeres, sino de los hombres y del ámbito comunitario como actores principales para atender las necesidades crecientes. Así, tal y como se explica en el **Capítulo 01**, para poder cuidar y ser cuidado hay que “**democratizar los cuidados**”, lo que supone “vincular derechos y cuidados a la justicia social y a la equidad de género” (Comas-d’Argemir, 2019: 17). Dicha democratización debe conllevar:

- El reconocimiento del cuidado y su centralidad, que se consigue a través de la valoración simbólica y social, la garantía de un acceso universal a los cuidados desde la singularidad y la certeza de que no se realice a costa de otras personas.
- La socialización de la responsabilidad de cuidado, definiendo cuál es el papel que se ha de otorgar a la familia, al Estado, al mercado y a la comunidad en la organización social del cuidado.
- Repartir el cuidado entre hombres y mujeres, con el fin de eliminar la división sexual del trabajo.
- Tener en cuenta los derechos y las demandas de las personas receptoras de cuidados en función de su ciudadanía y no solo como consumidores. Todas las personas necesitamos cuidados a lo largo de las etapas vitales.

En este sentido, se habla del cuidado como un proceso relacional, bidireccional, en el que las personas mayores reciben cuidados, pero también los prestan, por ejemplo, proporcionando apoyo económico o cuidando a descendientes y se plantea la revisión terminológica, “proponiendo el concepto de interdependencia como sustituto de dependencia” (Fundación Helpage, 2021: 23).

Un elemento importante para que las sociedades puedan cuidar es la propia configuración de los espacios. En este sentido, la “Guía para las Ciudades, pueblos y barrios amigables con la edad” (Gobierno de Navarra, 2019) tiene como principal objetivo incorporar la perspectiva del envejecimiento en el proceso de toma

de decisiones de la planificación territorial y urbana, con el fin de que los espacios urbanos y rurales sean más amigables con las personas mayores y, al mismo tiempo, promuevan la mejora de su calidad de vida. Asimismo, la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores promovida por la OMS en 2010 aborda de manera integral los aspectos que afectan al día a día de pueblos y ciudades y lo hace promoviendo la participación de las personas mayores, teniendo en cuenta sus necesidades, opiniones y propuestas en el proceso de análisis y mejora de la localidad en diversos ámbitos, con el fin último de promover un envejecimiento saludable y activo (IMSERSO, 2020)¹⁴.

En Navarra hay que poner en valor el Programa Pacto Foral por los cuidados¹⁵ que, dinamizado desde el Instituto Navarro para la Igualdad, tiene como objetivo fomentar el compromiso con los cuidados entendidos como una dimensión central para la sostenibilidad de la vida y para la consecución de la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres. Al más alto nivel se señala la importancia de articular un Pacto Nacional de Cuidados.

Todo esto conlleva que estemos hablando de los cuidados como un derecho y un deber público que debería ser garantizado por las instituciones públicas, asumiendo también la ciudadanía la responsabilidad cívica del cuidado.

14. En Navarra hay 10 municipios catalogados como amigables con las personas mayores: Arguedas, Arróniz, Baztán, Bidaurreta, Esparza de Salazar, Etxauri, Pamplona, Ribaforada, Tudela y Yesa.

15. <https://pactoscuidados.igualdadnavarra.es/>

Bibliografía

- Aguilar, M., Corera, C., Goñi, I., Laparra, M., Liberal, B. y Pérez, B. (2001). La atención a domicilio en Navarra. Colección Evaluación de Servicios Sociales. Universidad Pública de Navarra. Recuperado de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DOCEA74A-34E9-45A2-8E30-DCE9003B4DFA/93376/SADpublicacion.pdf>
- Aguirre, E. y Ranea, B. (2020). Investigación. Mujer inmigrante y empleo de hogar: situación actual, retos y propuestas. Federación de Mujeres Progresistas. Recuperado de: <https://fmujeresprogresistas.org/wp-content/uploads/2020/12/Estudio-Mujer-inmigrante-y-empleo-de-hogar-FMP-2020.pdf>
- Albesa Jové, E. (2021). Análisis comparado de las reformas en los sistemas europeos de cuidados de larga duración (2008-2017): los casos de Alemania, Inglaterra, Suecia y España. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- Antares Consulting. (2016). El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios: mapa de recursos y propuestas de futuro. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. Recuperado de: <https://www.fundacionidis.com/informes/otros-informes/reto-de-los-cuidados-sociosanitarios-intermedios-mapa-de-recursos-propuestas-de-futuro>
- Arango, J., Díaz, M. y Moualhi, D. (2013). Promover la integración de las trabajadoras y los trabajadores domésticos migrantes en España. Estudios sobre migraciones internacionales Nº 144. Organización Internacional del Trabajo. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/--migrant/documents/publication/wcms_222288.pdf
- Arin, A., Berasategui, M., Martínez, L., Melito, L., Toña, Á. y Zalakain, J. (2021). Envejecimiento y atención a la dependencia en los territorios de Euskal Herria. Zerbitzuan Nº 74, pp. 115-131. Recuperado de: https://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Envejecimiento_atencion_dependencia.pdf
- Artaza Artabe, I. (2021). Atención centrada en las relaciones [presentación]. IX Congreso Nacional de Alzheimer, 10-13 de noviembre de 2021. Vitoria-Gasteiz. Recuperado de: <https://www.congresonacionaldealzheimer.org/files/42/53/41/gizarea-congreso-alzheimer.pdf>
- Asociación de empleados y empleadas del hogar de Navarra (2012). Objetivos. Recuperado de: <http://aee-hweb.blogspot.com/p/objetivos.html>
- Ayuntamiento de Madrid [Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía]. (2005). Jornadas 2005: Servicios de Ayuda a Domicilio: la dependencia en casa. Recuperado de: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Servicios-sociales-y-salud/Servicios-sociales/Publicaciones/Jornadas-2005-Servicios-de-ayuda-a-domicilio-la-dependencia-en-casa/?vgnnextfmt=default&vgnnextoid=93e858aa854c4210VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=2a26c8eb248fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

- Bermejo, L. (2021). El cambio en los cuidados de larga duración [vídeo]. Jornada online organizada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y la Real Academia Nacional de Medicina, <<El cambio en los cuidados de larga duración>>, 17 de marzo, Madrid. Recuperado de: <https://www.segg.es/media/agenda/20210217-Sesion-Conjunta-RANME-SEGG.pdf>
- Bertol, L. (2012). Los derechos laborales en el Real Decreto 1620/2011: Avances, limitaciones y resistencias [Manuscrito inédito].
- Broussy, L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population: France: Annee Zero! Recuperado de: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Broussy.pdf
- Camarero, L. y Oliva, J. (2019). Thinking in rural gap: mobility and social inequalities. Palgrave Communications N° 95. Recuperado de: <https://www.nature.com/articles/s41599-019-0306-x.pdf#page=1&zoom=auto,-214,725>
- Camps, V. (2011). El valor y el ejercicio del cuidado. En Causapié Lopesino, P., Balbotín López-Gerón, A., Porrás Muñoz, M. y Mateo Echanagorría, A. (Eds.), Libro blanco del envejecimiento activo, pp. 633-678. IMSERSO. Recuperado de: https://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/index.htm
- Carrillo, E., Cervera, M., Gil, V. y Rueda, Y. (2010). Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Antares Consulting. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/carrillo-clavesresumen-01.pdf>
- Castro, I., Esteban, M. L., Fernández de Garaialde, A., Menéndez, M. L., Otxoa, I. y Saiz, M. C. (2008). No habrá igualdad sin servicios públicos y reparto del cuidado. Algunas ideas para una política feminista [Texto de comunicación]. IV Jornadas Feministas de Euskal Herria. Recuperado de: <https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin%20EGOS/Boletin%2010/PONENCIA-CUIDADOS.pdf>
- CEPAL [Comisión Económica para América Latina y el Caribe]. (2020). Perspectivas de la población mundial 2019: metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población. Organización de las Naciones Unidas. Serie Población y Desarrollo, N° 132. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45989-perspectivas-la-poblacion-mundial-2019-metodologia-naciones-unidas-estimaciones>.
- Colectivo IOE (1988). Las necesidades sociales: Un debate necesario. Documentación Social, 71, 107-120.
- Comas-d'Argemir, D. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. Revista de Antropología Social N° 24, pp. 375-404. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/50663/47059>
- Comas-d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. Cuadernos de Antropología Social N° 49, pp. 13-29. Recuperado de: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/6190/5626>

- Comas-d'Argemir, D. y Bofill-Poch, S. (2021): El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19. Fondo Supera COVID-19 Santander-CSIC-CRUE Universidades Españolas. Recuperado de: https://www.antropologia.urv.cat/media/upload/domain_1327/arxiu/CUMADE/Informe%20Completo_Definitivo_14.12.21.pdf
- Comisión Europea (2017). El pilar europeo de derechos sociales en 20 principios. Recuperado de: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_es
- Comisión Europea (2021). El libro verde sobre el envejecimiento. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/ES/legal-content/glossary/green-paper.html>
- Consejo Económico y Social de Gobierno de España. (2020) Informe 03|2020. El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Recuperado de: <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>
- Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte de Gobierno de Navarra. (2008). Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general. Boletín Oficial de Navarra, 09-07-2008, Nº 84. Actualizada por el Decreto Foral 30/2019, de 20 de marzo. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=29663>
- Departamento de Políticas Sociales (2013). Orden foral 62/2013, de 18 enero, del consejero de políticas sociales, por la que se establece el régimen de compatibilidad entre diversas prestaciones y servicios en el área de atención a la dependencia y se regulan las ayudas económicas para la permanencia en el domicilio de las personas dependientes y apoyo a las personas cuidadoras de éstas. Boletín Oficial de Navarra, 31-01-2013, Nº 21. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=27409>
- Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra. (2020a). Decreto Foral 48/2020, de 15 de julio, por el que se regulan los programas básicos y el sistema de financiación de los Servicios Sociales de Base. Boletín Oficial de Navarra, 31-07-2020, Nº 169. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=52931>
- Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra. (2020b). Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones. Boletín Oficial de Navarra, 17-12-2020, Nº 292. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=53304>
- Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra. (2020c). Proyecto de Decreto Foral de modificación del Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, y del Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General, y se aprueban los Servicios sociosanitarios para la atención integral social y sanitaria y la Cartera de servicios de políticas migratorias. Recuperado de: <https://participa.navarra.es/processes/proyecto-decreto-foral-serviciososocialesyACP>

- Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra. (2022). Resolución 5876/2022, de 25 de agosto, de la directora gerente de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas, por la que se aprueban los procedimientos de habilitación excepcional y habilitación provisional en las categorías profesionales de gerocultor, cuidador y auxiliar de ayuda a domicilio y asistente personal de los centros y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. 30.09.2022 Nº 195. Recuperado de: <https://bon.navarra.es/es/anuncio/-/texto/2022/195/9>
- Departamento de Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Administración Local de Gobierno de Navarra. (2019) Guía para las “Ciudades, pueblos y barrios amigables con la edad”. Recuperado de: <https://www.navarra.es/documents/48192/6168163/CiudadesypueblosAmigables.pdf/e609b8c7-ca6d-1332-db13-5707d0280b81?t=1613742386504>
- Departamento de Salud y Departamento de Derechos Sociales de Gobierno de Navarra. (2021). Informe: Foro comunitario del distrito de Tafalla. ¿Qué podemos hacer entre todos y todas para que las personas mayores vivan mejor en sus pueblos? [Manuscrito inédito].
- Diario de Navarra (2021). La residencia se adapta a los mayores. (10.06.2021) Recuperado de: <https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/sanguesa-merindad/2021/06/10/la-residencia-adapta-los-mayores-729754-1010.html>
- Diario de Navarra (2022a). Las trabajadoras de residencias de Navarra protestan por el “bloqueo” en la negociación del convenio colectivo. (23.02.2022). Recuperado de: <https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2022/02/23/trabajadoras-residencias-navarra-protestan-el-bloqueo-negociacion-convenio-colectivo-518436-300.html>
- Diario de Navarra (2022b). Los sindicatos se vuelven a movilizar con una nueva huelga en el sector de residencias. (24.03.2022) Recuperado de: <https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2022/03/24/sindicatos-vuelven-movilizar-nueva-huelga-el-sector-residencias-521850-300.html>
- Diario de Navarra (2022c). Transporte público a demanda para Alli, Astitz, Baraibar, Iribas y Oderitz (05.09.2022) Recuperado de: <https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/zona-norte/2022/09/05/transporte-publico-demanda-astitz-baraibar-iribas-oderitz-540181-1009.html>
- Diario de Noticias (2022). Nace un proyecto para que los mayores en residencias puedan volver a sus casas. Recuperado de: <https://www.noticiasdenavarra.com/actualidad/sociedad/2022/06/02/residencias-vergel-santo-domingo-participan/1267622.html>
- Diputación Foral de Álava (2021). Gizarea. Atención centrada en las relaciones (ACR). Vitoria-Gasteiz: Diputación Foral de Álava. Recuperado de: <https://www.siis.net/documentos/informes/GIZAREA.pdf>
- Dirección General de Inclusión y Protección Social de Gobierno de Navarra. (2019). Documento Marco de Atención Primaria de Servicios Sociales de Navarra. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/documento-marco-de-atencion-primaria-de-servicios-sociales-de-navarra-nafarroako-gizarte-zerbitzuen-oinarrizko-laguntzari-buruzko-esparru-dokumentua/es-545949/>
- Doyal, L. y Gough, I. (1994). Teoría de las Necesidades humanas. Icaria-FUHEM. Madrid.

- El País (2021). Mamá se queda en casa: crisis de reputación en las residencias de ancianos. (16.05.2021). Recuperado de: <https://elpais.com/sociedad/2021-05-16/mama-se-queda-en-casa-crisis-de-reputacion-en-las-residencias-de-ancianos.html>
- ElDiario.es (2019). Las malas condiciones laborales provocan falta de enfermeras en las residencias de ancianos. (21.09.2019) Recuperado de: https://www.eldiario.es/sociedad/condiciones-laborales-residencias-ancianos-enfermeria_1_1161657.html
- Elizalde San Miguel, B. (2014). Estructuras de hogar de los mayores en Navarra. Estudio de tipologías, significados y estrategias familiares de apoyo en la vejez. Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/papers/papers_a2014v99n3/papers_a2014v99n3p355.pdf
- Elizalde San Miguel, B. (2017a). El cuidado informal en las zonas rurales. Nuevas formas, Nuevos actores. Historia Social y de la Educación Nº 6, pp. 168-195. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3170/317051453003.pdf>
- Elizalde San Miguel, B. (2017b). Envejecimiento poblacional en navarra. Apuntes sobre la relación entre envejecimiento, cuidados y género [Texto de comunicación]. Jornadas “Demografía, economía y sociedad” Recuperado de: https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/aportacion_begona_elizalde.pdf
- Elizalde San Miguel, B. (2018). ¿Femenino e informal? El modelo tradicional de cuidados a examen desde una perspectiva demográfica. Revista Prisma Social Nº 21, pp. 243-262. Recuperado de: <https://revistaprisma-social.es/article/view/2466/2652>
- España. Cortes Generales. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, 15-12-2006, 299. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>
- Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. Investigaciones Feministas Vol. 2, pp. 175-194. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/38610/37335>
- Fresno, J.M., Henar, L., Ruiz, R. y Álvarez, F. (2020). Auditoría de los centros residenciales en Navarra ante la crisis de la COVID-19. Observatorio de la Realidad Social. Gobierno de Navarra. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/auditoria-de-los-centros-residenciales-en-navarra-ante-la-crisis-de-la-covid-19/es-556293/>
- Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. (2008). Profesionales de Salud Mental y asociaciones de familiares abogan por reformular el actual Baremo de Dependencia [sitio web]. Recuperado de: <https://fepsm.org/noticias/detalles/41/profesionales-de-salud-mental-y-asociaciones-de-familiares-abogan-por-reformular-el-actual-baremo-de-dependencia->
- Fundación HelpAge Internacional España. (2021). El derecho a los cuidados de las personas mayores. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Recuperado de: https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores_HelpAge-Espana-2021.pdf

- García, G., Ramírez, J. M., Aranda, A. M. y Rueda, A. (2021). Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para personas en situación de dependencia. Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. Recuperado de: <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2021/06/Modelo-residencias2021.pdf>
- Gobierno de Navarra (2016). Estrategia de envejecimiento activo y saludable de Navarra 2017-2022. Recuperado de: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Envejecimiento+activo+y+saludable/Estrategia/Estrategia.htmNRMODE=Published#header4
- Gobierno de Navarra (2018). Casi la mitad de los dependientes contratan a una persona para que les cuide, según una encuesta del Observatorio de la Realidad Social. Recuperado de: https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2018/04/05/Encuesta+cuidadores.htm
- Gobierno de Navarra (2020a). Navarra consolida el cambio hacia un modelo de atención en centros sociosanitarios enfocado en la persona y la mejora de la calidad de los cuidados. (29.05.2020) Recuperado de: <https://www.navarra.es/es/noticias/2020/05/29/navarra-consolida-el-cambio-hacia-un-modelo-de-atencion-en-centros-sociosanitarios-enfocado-en-la-persona-y-la-mejora-de-la-calidad-de-los-cuidados>
- Goll, M. (2010). Ageing in the European Union: where exactly? Rural areas are losing the young generation quicker than urban areas. Eurostat. Statistics in focus N° 26. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3433488/5565060/KS-SF-10-026-EN.PDF.pdf/310f80f5-2c48-469f-8094-cc59c3e6d0af?t=1414692776000>
- ILC-BR [International Longevity Centre Brazil]. (2015). Active ageing: A policy framework in response to the Longevity Revolution. Recuperado de: <https://www.matiainstituto.net/en/publicaciones/active-ageing-policy-framework-response-longevity-revolution>
- IMSERSO [Instituto de Mayores y Servicios Sociales]. (2004). Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. Boletín sobre el envejecimiento N° 11. Gobierno de España. Recuperado de: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm11.pdf>
- IMSERSO (2020). Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. Recuperado de: https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/ciu_amig/querm/index.htm
- IMSERSO [Instituto de Mayores y Servicios Sociales]. (2021a). Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España (informe a 31/12/2020). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Gobierno de España. Recuperado de: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana/servicios-sociales-dirigidos-personas-mayores-espana-diciembre-2020>
- IMSERSO [Instituto de Mayores y Servicios Sociales]. (2021b). Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Gobierno de España. Recuperado de: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>
- INE [Instituto Nacional de Estadística]. (2021). Encuesta Continua de Hogares (ECH). Año 2020. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p274/serie/prov/p02/10/&file=02001.px&L=0>

- La Vanguardia (2021) Victoria Camps: “Cuidar es un derecho y un deber” (03.04.2021) Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/cultura/culturas/20210403/6622343/cuidar-derecho-deber.html>
- Marbán Gallego, V. (2019). El sistema español de atención a la dependencia. Entre la regresión y las reformas. VIII Informe FOESSA. Fundación FOESSA. Recuperado de: <https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2019/06/paper-4.9.pdf>
- Marsillas, S. y Sancho, M. (2022) La longevidad como proceso emergente y las necesidades de apoyos y cuidados entre las personas que envejecen [Manuscrito inédito]. Observatorio de la Realidad Social. Gobierno de Navarra.
- Martínez Buján, R. (2019). Cuidados con “sentido común”: desafíos, vacíos y contradicciones. Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research N° 44, pp. 111-124. Recuperado de: <https://investigacionesregionales.org/es/article/cuidados-con-sentido-comun-desafios-vacios-y-contradicciones/>
- Martínez Jiménez, L. (2020). Radiografía de los cuidados en Navarra. Informe -diagnóstico. Instituto Navarro para la Igualdad. Gobierno de Navarra. Recuperado de: <https://www.navarra.es/documentos/48192/7467865/INFORME-DIAGN%C3%93STICO+CUIDADOS+%28final%29.pdf/4e69645b-04e7-f988-4331-50fc361b9dd4?t=1619694325838>
- Martínez Virto, L. (2021). El sistema para la atención a las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia en Navarra [Manuscrito inédito]. Observatorio de la Realidad Social. Gobierno de Navarra.
- Martínez Virto, L. y Hermoso Humbert, A. (2021). Hacia un modelo público de cuidados en la comunidad. Revista Española de Sociología N° 30, pp. 1-26. Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/articulo/download/77466/64600/>
- Mier, I., Romeo, Z., Canto, A. y Mier, R. (2007) Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. Zerbitzuan N° 42, pp. 29-38. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2535981>
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2021). Acuerdo para la puesta en marcha del Plan de choque en Dependencia en 2021. Recuperado de: <https://www.balancesociosanitario.com/wp-content/uploads/2021/01/Plan-de-Choque-en-Dependencia.pdf>
- Mogollón García I. y Fernández Cubero, A. (2016). Arquitecturas del cuidado. Viviendas colaborativas para personas mayores. Un acercamiento al contexto vasco y las realidades europeas. Emakunde. Gobierno Vasco. Recuperado de: <http://repository.cohousing.nl:8080/jspui/handle/20.500.12011/405>
- Moncloa, Presidencia del Gobierno de España (2022). El Gobierno transforma la Economía Social y de los cuidados con la mayor inversión de la historia: 800 millones. (27.05.2022). Recuperado de: https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/trabajo14/Paginas/2022/270522-perte_cuidados.aspx
- Montserrat Codorniu, J. (2019). Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia. Papeles de Economía Española, N° 161, pp. 164-185. Recuperado de: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PEE/161art12.pdf

- Morales, E., Peralta de Andrés, P., Subirats i Ribes, B., Bonafont, M. y Sala, E. (2014). Proyecto de Acción Comunitaria Radars para las personas mayores. Revista de Treball Social Nº 203, pp. 120-129. Recuperado de: https://www.academia.edu/30235363/Proyecto_de_Acci%C3%B3n_comunitaria_Radars_para_las_personas_mayores.pdf
- Moreno Fuentes, F. J. y del Pino Matute, E. (2015). Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España. Nuevas políticas para atender a nuevos riesgos sociales. Madrid: Tecnos. Recuperado de: https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/gipuzkoa/files/Colegio/ARGITALPENAK/2015_Desafios_del_Estado_de_Bienestar_e.pdf
- Nastat. (2021). Proyecciones de población. Navarra 2021-2035. Gobierno de Navarra. Recuperado de: https://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Economia+y+Hacienda/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Estadistica/NotasPrensa/Proyecciones_Poblacion2021_2035.htm
- Navarra.es (2021) El Gobierno de Navarra invierte 30 millones de euros para desplegar 28 iniciativas en materia de inclusión y capacitación digital (06.09.2021) Recuperado de: <https://www.navarra.es/es/noticias/2021/09/06/el-gobierno-de-navarra-invierte-30-millones-de-euros-para-desplegar-28-iniciativas-en-materia-de-inclusion-y-capacitacion-digital>
- Navarra.es (2022a) Navarra pone en marcha un proyecto piloto sobre atención centrada en la persona en domicilios y centros residenciales. Recuperado de: <https://www.navarra.es/es/-/navarra-pone-en-marcha-un-proyecto-piloto-sobre-atencion-centrada-en-la-persona-en-domicilios-y-centros-residenciales>
- Navarra.es (2022b) Navarra, premiada por su modelo de atención residencial. Recuperado de: <https://www.navarra.es/es/-/navarra-premiada-por-su-modelo-de-atencion-residencial>
- Navarra, Parlamento (2006). Ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. Boletín Oficial de Navarra, 20-12-2006, Nº 152. Recuperado de: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=10855>
- Nius (2022). Las empleadas del hogar ya pueden acceder al paro: el Congreso aprueba ampliar sus derechos. (09.06.2022) Recuperado de: https://www.niusdiario.es/economia/empleo/20220609/empleadas-hogar-tienen-derecho-paro-congreso-aprueba-ampliar_18_06702733.html
- Oficina Nacional de Prospectiva y Estrategia de Gobierno de España. (2021). España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo. Ministerio de la Presidencia. Recuperado de: https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/200521-Estrategia_Espana_2050.pdf
- OMS. Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2016). Estudio de satisfacción de las personas usuarias de centros gerontológicos propios o con plazas concertadas en Navarra. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/estudio-de-satisfaccion-de-las-personas-usuarias-de-centros-gerontologicos-propios-o-con-plazas-concertadas-en-navarra/es-517636/>

- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2017). Encuesta de vivienda en la Comunidad Foral de Navarra 2016. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/informe-general-encuesta-de-vivienda-en-la-comunidad-foral-de-navarra-2016/es-534209/>
- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2020a). Desigualdades territoriales en Navarra. Retos y Propuestas. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/documentacion/Record/546828>
- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2020b) Diagnóstico de brecha digital en personas mayores de 70 años en la Comunidad Foral de Navarra. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/diagnostico-de-brecha-digital-en-personas-mayores-de-70-anos-en-la-comunidad-foral-de-navarra/es-550948/>
- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2021a). IV Informe de la dependencia en Navarra 2020. Colección Informes anuales del Observatorio. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/iv-informe-sobre-la-dependencia-en-navarra-2020/es-566056/>
- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2022a). V Informe de la dependencia en Navarra 2021. Colección Informes anuales del Observatorio. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/v-informe-sobre-la-dependencia-en-navarra-2021/es-576020/>
- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2022b). ¿Existe una Navarra periférica? Desequilibrios territoriales en Navarra. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/existe-una-navarra-periferica-desequilibrios-territoriales-en-navarra/es-576487/>
- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2022c). Informe de resultados de la encuesta a personas mayores de 65 años. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/encuesta-a-personas-mayores-de-65-anos-en-navarra-informe-de-resultados/es-577605/>.
- ORS [Observatorio de la Realidad Social]. (2022d). II Informe sobre discapacidad en Navarra. Colección Informes anuales del Observatorio. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/ii-informe-sobre-la-discapacidad-en-navarra-2021-/es-579664/>.
- Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. Revista de Economía Crítica Nº 5, pp. 7-37. Recuperado de: https://observatoridesc.org/sites/default/files/1_amenaza_tormenta.pdf
- Pinazo, S., Costas, C. y Costas, E. (2021). Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración. Observatorio Social de la Fundación “La Caixa”. Recuperado de: <https://centredocumentacioap.diba.cat/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=09b4c5892cflc27451647b6985af19a7>
- Prieto, D., Etxeberria, I., Galdona, N., Urdaneta, E. y Yanguas, J. (2009). Las dimensiones subjetivas del envejecimiento. Fundación Ingema [Fundación Instituto Gerontológico Matia]. Colección Estudios Serie Personas Mayores. Recuperado de: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/11007dimensenvejec.pdf>
- Prieto, D., Herranz, D. y Rodríguez, P. (2015). Envejecer sin ser mayor. Nuevos roles en la participación social en la edad de la jubilación. Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fundacion-pilares-EnvejecerSinSerMayor.pdf>

- Puga, D. (2020). Reconocernos en la población que somos. Fundación General CSIC. Recuperado de: https://publicaciones.fgcsic.es/files/documentos-publicos/AgoraFGCSIC/9_DOLORES_PUGA.pdf
- Recio, C., Moreno-Colom, S., Borràs, V. y Torns, T. (2015). La profesionalización del sector de los cuidados. Zerbitzuan N° 60, pp. 179-193. Recuperado de: http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La_profesionalizacion_sector_cuidados.pdf
- Rodríguez Cabrero, G. (2006). Los “Centros de Día” como recurso asistencial para las personas en situación de dependencia. Ars Medica. Revista de Humanidades N° 1, pp. 85-99. Recuperado de: https://dendramedica.es/revista/v5n1/los_centros_de_dia_como_recurso_asistencial_para_las_personas_en_situacion_de_dependencia.pdf
- Rodríguez Cabrero, G. (2020). El modelo europeo de cuidados de larga duración (CLD): sistemas mixtos de responsabilidad familiar, asistencialización y socialización del riesgo de dependencia. Hacia un modelo integral de cuidados centrado en la persona [sitio web]. Centro Internacional sobre el Envejecimiento. Recuperado de: <https://cenie.eu/es/el-modelo-europeo-de-cuidados-de-larga-duracion-cld-sistemas-mixtos-de-responsabilidad-familiar>
- Rodríguez Cabrero, G. et al. (2022) Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Recuperado de: <https://www.cedid.es/pt/documentacion/ver-seleccion-novedad/578135/>
- Rodríguez Enríquez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. Nueva Sociedad N° 256, pp. 30-44. Recuperado de: <https://nuso.org/articulo/economia-feminista-y-economia-del-cuidado-aportes-conceptuales-para-el-estudio-de-la-desigualdad/>
- Rodríguez, P. (2011) Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. Fundación Pilares para la autonomía personal. Recuperado de: https://www.fundacionpilares.org/docs/las_ressidencias_que_queremos.pdf
- Rodríguez, P., Ramos, C., García, A., Dabbagh, V. O., Mirete, C. y Castejón, P. (2017). La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores. Guía de innovación según el Modelo AICP. Fundación Pilares para la autonomía personal. Recuperado de: <https://www.fundacionpilares.org/docs/publicaciones/fpilares-guia02-domicilios-comunidad-2017.pdf>
- Sánchez, V., Pérez, B. y Martínez, L. (2021) El modelo español de cuidados de larga duración ante el desafío de la desigualdad. El reto de garantizar apoyos adecuados para la población dependiente más vulnerable. Revista Prisma Social N° 32, pp. 167-195. Recuperado de: <https://revistaprismasocial.es/article/view/4080>.
- Sancho, M., Yanguas, J. y Barrio, E. (2015). Personas que envejecen en el S. XXI: nuevas realidades. Obra Social La Caixa. Recuperado de: https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/671747/personas_que_envejecen_en_el_siglo_xxi_es.pdf/9f4e085c-3d5d-49ef-a314-4a0a7cdb7630
- Sancho Castiello, M. y Martínez Rodríguez, T. (2020). Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos. Gerencia de Servicios Sociales. Junta de Castilla y León. Recuperado de: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/revision-internacional-de-modelos-de-atencion-residencial-para-personas-mayores-parte>

- Sancho Castiello, M. y Martínez Rodríguez, T. (2021). El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la Covid-19. En A. Blanco, A. Chueca, J. A. López-Ruiz y S. Mora (Eds.), Informe España 2021, pp. 337-397. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Recuperado de: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/InformeEspana2021Capitulo5.pdf>
- Sancho, M., del Barrio, E., Díaz, P., Marsillas, S. y Prieto, D. (2020). Bakardadeak: explorando soledades entre las personas mayores que envejecen en Gipuzkoa. Fundación Matia Instituto Gerontológico. Recuperado de: <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/bakardadeak-explorando-soledades-entre-las-personas-mayores-que-envejecen-en-gipuzko-0>
- San Martín Baquedano, J. Jiménez Martín, E. (2021). La soledad en las personas mayores que viven solas. Cruz Roja Navarra. Recuperado de: <https://catedracruzroja.es/la-soledad-en-las-personas-mayores-que-viven-solas-aproximacion-a-la-realidad-de-navarra/>
- Sanz Tolosana, E. y Oliva Serrano, J. (2021). La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. Anales del Sistema Sanitario de Navarra Nº 44, pp. 185-194. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272021000200005
- SIIS (2020a). Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España. Zerbitzuan Nº 72, pp.77-90. Fundación Eguía-Careaga. Recuperado de: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Z72.pdf>
- SIIS (2020b). Orientaciones para el Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD) en Vitoria-Gasteiz. Recuperado de: <https://www.berrituz.eus/es/biblioteca/orientaciones-para-el-servicio-de-asistencia-domiciliaria-sad-en-vitoria-gasteiz/bi-572996/>
- SIIS (2022). Revisión bibliográfica sobre el Modelo de Atención centrada en la Relación. No publicado.
- Solidaridad digital (2021). El Gobierno prepara con las comunidades una estrategia nacional contra la soledad no deseada de los mayores (24.06.2021). Recuperado de: <https://www.solidaridaddigital.es/noticias/nacional/el-gobierno-prepara-con-las-comunidades-una-estrategia-nacional-contra-la-soledad>
- Subirats, J. (2016) Cambio de época y personas mayores. Una concepción de ciudadanía abierta e inclusiva. En Ezquerria, S., Pérez Salanova, M., Pla, M. y Subirats, J. (edit.). Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI. Edades, condiciones de vida, participación e incorporación tecnológica en el cambio de época. Planeta, S. A. Barcelona.
- Velasco, M. L., Suso, A., Martín, J. M. (2021). Retos socio-económicos que plantean a la sociedad navarra las proyecciones demográficas. Observatorio de la Realidad Social. Gobierno de Navarra. Recuperado de: <https://www.observatoriorealidadsocial.es/es/estudios/retos-socio-economicos-que-plantean-a-la-sociedad-navarra-las-proyecciones-demograficas/es-568473/>
- Zalakain, J. (2020). La urgencia de cambiar el modelo de residencias para mayores. (07.04.2020). Recuperado de: <https://agendapublica.elpais.com/noticia/13623/urgencia-cambiar-modelo-residencias-mayores>
- Zelaieta, A. (2021) Residencias. El negocio de los cuidados en Euskal Herria. Navarra. Txalaparta.

Índice de Tablas, Gráficos y Mapas

Índice de Tablas

Tabla 1. Resumen de la metodología y las técnicas utilizadas	9
Tabla 2. Ratio personas dependientes/Población y población > 64 años en Navarra y Nº de valoraciones de dependencia (2015-2021)	22
Tabla 3: Nº de plazas y cobertura de centros de día y estancias diurnas 2017-2020	62
Tabla 4: Centros y plazas residenciales, forma jurídica de la entidad gestora a 23/03/2022	90
Tabla 5. Población de 80 y más años por áreas de servicios sociales de Navarra. (%).	121
Tabla 6. Índice de envejecimiento (%) y Tasa de dependencia (%) por áreas.	122
Tabla 7. Principales indicadores en relación a la población de Navarra por áreas (2021).	133
Tabla 8. Conclusiones sobre indicadores más relevantes por áreas de Navarra.	134
Tabla 9. Servicios necesarios en su zona y no existen, según zona y hábitat (%).	135
Tabla 10. Propuestas para frenar los procesos de despoblación en el ámbito rural	138

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Personas mayores de 65 años que viven en hogares unipersonales por sexo en España y Navarra. (%) (2017-2020)	17
Gráfico 2. Motivos por los que preocupa la vejez (%).	21
Gráfico 3. Distribución de la población dependiente por sexo y edad en Navarra (2021).	23
Gráfico 4. Evolución anual de los servicios para la dependencia en Navarra (2015-2021)	24
Gráfico 5. Índice de cobertura del SAD por Comunidades Autónomas. Año 2020.	53
Gráfico 6. Número de personas atendidas por sexo y número de horas prestadas por persona atendida por el SAD en Navarra. 2014-2020.	54
Gráfico 7. Tasa de personas beneficiarias (% población 65 y más) de los Centros de Día (2020)	61
Gráfico 8. Ayudas económicas para la atención a personas dependientes.	67
Gráfico 9. Nº de personas con Servicio residencial permanente por sexo y tasa de personas beneficiarias (% población 65 años y más) en Navarra	83
Gráfico 10: Porcentaje de personas mayores de 65 años en plazas residenciales financiadas por el Gobierno de Navarra, según sexo y edad. Año 2021.	84
Gráfico 11. Distribución de la contratación CNAE (87, 88 y 97) y total según sexo. Año 2021.	109

Índice de Mapas

Mapa 1. Distribución por áreas de Navarra de los centros residenciales y sus plazas	128
Mapa 2. Plazas centros residenciales, cobertura personas mayores de 65 años. Porcentaje	129
Mapa 3. Plazas centros residenciales, cobertura personas en dependencia mayores 65. %.	129
Mapa 4. Distribución territorial Centros de Día dependientes en la Comunidad Foral.	130
Mapa 5. Centros de Día, tasa de cobertura a personas mayores de 65 años	131
Mapa 6. Centros de Día, tasa de cobertura a personas en situación de dependencia	131

Agradecimientos

Tal y como se ha indicado en el apartado Objeto de estudio y Metodología, el proceso de recogida de información se ha articulado principalmente a través de la realización de entrevistas con 40 agentes clave y la realización de 11 grupos focales en los que han participado más de 100 personas.

Otras entidades y personas expertas también han colaborado en la realización de este estudio, por lo que se quiere agradecer su participación, sin la cual el estudio no hubiera sido posible:

Parlamento de Navarra

Representantes de Geroa Bai, Navarra Suma y EH Bildu de la Comisión de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra.

Consejo Navarro de Personas Mayores

Gobierno de Navarra

Departamento de Derechos Sociales

- Consejería del Departamento de Derechos Sociales.
- Secretaría General Técnica del Departamento de Derechos Sociales.
- ANADP. Subdirección de Valoración y Servicios.
- ANADP. Sección de Servicios para Personas Mayores.
- ANADP. Dirección Gerencia.
- Sección Sociosanitaria del Departamento de Derechos Sociales.
- Negociado de Coordinación con Entidades Locales y Servicios Sociales de Base.
- Dirección Técnica de Fundación Navarra para la gestión de servicios sociales públicos Gizain.

Departamento de Salud

- Jefatura de Servicio de Geriátría del Hospital Universitario de Navarra.
- Jefatura de Sección Sociosanitaria del Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial.
- Jefatura de la Unidad de Cuidados y atención sociosanitaria de la Gerencia de Atención Primaria.
- Unidad de Trabajo Social del Servicio de Admisión y atención al ciudadano del Hospital Universitario de Navarra.
- Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud de Sangüesa.
- Trabajo Social del Centro de Salud de San Juan de Pamplona.
- Trabajo Social del Centro de Salud de San Juan de Tudela Oeste.
- Enfermería del Centro de Salud de Rochapea de Pamplona.

Otros servicios de Salud

- Servicio de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.
- Servicio de Trabajo Social y Terapia Ocupacional de la Clínica Josefina Arregi de Alsasua.

Programas de Autonomía y atención a la dependencia de los Servicios Sociales de Base y Unidades de Barrio

- Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de los Ayuntamientos de Lazagurria, Lodosa, Mendavia, Sartaguda y Sesma.
- Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de los Ayuntamientos de Peralta, Marcilla, Falces y Funes.
- Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de los Ayuntamientos de Ansoain, Berrioplano, Berriozar, Iza y Juslapeña
- Mancomunidad de Servicios Sociales de Base de Leitza, Goizueta, Areso y Arano.
- Mancomunidad de Servicios Sociales Auñamendi.
- Mancomunidad de Servicios Sociales de Huarte y Esteribar.
- Responsable del Programa de Autonomía y atención a la dependencia del Ayuntamiento de Pamplona.
- Unidad de Barrio de Rochapea del Ayuntamiento de Pamplona.
- Servicio Social de Base del Ayuntamiento de Tudela.
- Servicio Social de Base del Ayuntamiento de Estella-Lizarra.
- Servicio Social de Base del Ayuntamiento de Barañain.
- Servicio Social de Base del Ayuntamiento de Corella.
- Servicio Social de Base de la Agrupación Intermunicipal de Tafalla y Valdorba.
- Servicio Social de Base del Ayuntamiento de Ayegui.
- Servicio Social de Base del Ayuntamiento de Villava.
- Servicio Social de Base del Ayuntamiento de Zizur.
- Servicio Social de Base del Valle de Roncal.
- Servicio Social de Base del Valle de Egüés.

Recursos de atención a personas mayores

- Dirección de la Asociación de Residencias de Ancianos LARES Navarra.
- Presidencia de la Asociación Navarra de Residencias ANEA.
- Dirección General de Solera Asistencial.
- Dirección i3e - Iniciativas para la 3ª Edad.
- Dirección del Centro de Día de Solera Asistencial de Tudela.
- Dirección de Residencia para la tercera edad El Vergel.
- Dirección y Trabajo Social de Residencia para la tercera edad Santo Domingo de Estella-Lizarra.
- Dirección de la Residencia Municipal Hogar San José de Corella.
- Dirección Residencia de mayores Amavir Oblatas.
- Dirección Centro Rural de Atención Diurna del Ayuntamiento de Aibar.
- Coordinación Centro de Día de la Vaguada de Solera Asistencial.
- Trabajo social de Pisos tutelados Hermanas Hospitalarias Padre Menni.
- Dirección Apartamentos Tutelados Ansoain (Grupo Proginosa).
- Dirección Apartamentos Tutelados del Ayuntamiento de Pamplona.

Universidad Pública de Navarra

- Begoña Elizalde San Miguel. Profesora de la Universidad Pública de Navarra.
- Rubén Lasheras Ruiz. Profesor de la Universidad Pública de Navarra.
- Lucía Martínez Virto. Profesora de la Universidad Pública de Navarra.
- Camino Oslé Guerendiain. Profesora jubilada de la Universidad Pública de Navarra.

Organizaciones Tercer Sector Social

- Cruz Roja Navarra. Servicio de empleo.
- Cáritas Diocesana de Pamplona. Programa de Empleo.
- Centro Social Religiosas de María Inmaculada de Pamplona.
- Confederación Navarra de Personas Mayores Tercer Tiempo.
- Representantes de Etxekonak bat cooperativa.
- Representantes de Etxekide cooperativa.

Colegios Profesionales

- Colegio Oficial de Médicos de Navarra MEDENA.
- Colegio Oficial de Trabajo Social de Navarra.
- Colegio Oficial de Enfermería de Navarra.
- Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra.

Organizaciones sindicales

- Comisiones Obreras CCOO.
- Eusko Langileen Alkartasuna-Solidaridad de los Trabajadores Vascos ELA.
- Langile Abertzaleen Batzordeak LAB.
- Unión General de Trabajadores UGT.

Otras personas y entidades colaboradoras

- Javier Goicoa Juango. Asociación de jubilados de Roncesvalles-Orreaga.
- Trabajadoras del ámbito privado (hogares) participantes en grupos focales.
- Trabajadoras de centros residenciales participantes en grupos focales.
- Familiares de personas usuarias de servicios de CLD de la zona del Pirineo.
- Juan Luis Guijarro García. Geriatra jubilado.
- Pilar Bobes Fernández. Presidenta de COMFIN y Marisol Aguerri.
- Francisco Yoldi Idoy. Coordinador de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Estella-Lizarrá.
- Mónica Domínguez Catena. Trabajadora Social. Residenc. Santo Domingo de Estella-Lizarrá.
- Idoia Urmeneta. Responsable del Espacio Activo de Cruz Roja de Pamplona.
- María Victoria Astrain Azparren. Secretaria General de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO de Navarra.
- M^a Teresa Marcellán Benavente y Sagrario Anaut Bravo. Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología.
- Cristina Lopes Dos Santos. Directora técnica de Fundación Gizain y profesora e investigadora de la UPNA.
- Begoña Laquidáin Azpíroz. Técnica de Igualdad del Instituto Navarro para la Igualdad. INAI.
- Mayte Sancho. Psicóloga experta en planificación gerontológica.
- Sara Marsillas. Investigadora. Instituto Matía
- Joseba Zalakain. Director del Centro de Documentación y Estudios SIIS.
- CIES Análisis de mercado y opinión.

Glosario

CLD. Cuidados de larga duración

ORS. Observatorio de la Realidad Social

INE. Instituto Nacional de Estadística

IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales

OMS. Organización Mundial de la Salud

SAAD. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SAD. Servicio de Atención a Domicilio

LAPAD. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia

PAISS. Proyecto de Atención Integral Socio Sanitaria

AICP/ACP. Atención integral centrada en la persona/Atención centrada en la persona

PIA. Programa individual de atención

ADD. Ayuda económica de cuidados en el entorno familiar

PVS. Prestación vinculada al servicio

EMIHD. Equipos multidisciplinares de intervención en hogares con personas dependientes

UPNA. Universidad Pública de Navarra

EELL. Entidades locales

CCAA. Comunidades Autónomas

ANEXO 1

Anexo 1: Metodología detallada

Anexo 1. A. Perfiles de las entrevistas en profundidad	1
Anexo 1. B. Atributos para el diseño de la muestra de grupos focales	2
Anexo 1. C. Grupos Focales realizados	3
Anexo 1. D. Muestra detallada de la encuesta	5

Anexo 1. A. Perfiles de las entrevistas en profundidad

La siguiente tabla refleja el conjunto de las entrevistas en profundidad realizadas para esta investigación y el tipo de ámbito al que pertenecen las personas entrevistadas. En relación a los Programas de Autonomía Personal y Atención a personas en situación de Dependencia de los Servicios Sociales de Base de Navarra, se consideró apropiado conformar dos grupos focales con representantes de todas las zonas de Navarra, por lo que no se les entrevistó de forma individual.

Tabla 1. Perfiles de las entrevistas en profundidad

1. Partidos políticos
Parlamentario/a 1. Geroa Bai.
Parlamentario/a 2. Navarra Suma.
Parlamentario/a 3. EH Bildu.
2. Departamento de Derechos Sociales
Dpto. Derechos Sociales 1
Dpto. Derechos Sociales 2. Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas.
Dpto. Derechos Sociales 3. Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas.
Dpto. Derechos Sociales 4. Servicio de atención primaria e inclusión social.
Dpto. Derechos Sociales 5. Fundación Gizain.
Dpto. Derechos Sociales 6. Secretaría General Técnica.
Responsable sociosanitario 1. Sección sociosanitaria del Departamento de Derechos Sociales.

3. Departamento de Salud
Trabajo Social Sanitario 1. Centro Hospitalario.
Trabajo Social Sanitario 2. Centro Psicogeriatría.
Trabajo Social Sanitario 3. Centro Hospitalario.
Geriatra 1
Geriatra 2
Geriatra 3
Responsable sociosanitario 2
Responsable sociosanitario 3
4. Ámbito universitario
UPNA 1
UPNA 2
5. Alojamientos colaborativas
Promotora alojamientos colaborativos 1
Promotora alojamientos colaborativos 2
6. Entidades del Tercer sector
Entidad Tercer sector 1. Movimiento asociativo personas mayores.
Entidad Tercer sector 2. Entidad de iniciativa social.
Entidad Tercer sector 3. Entidad de iniciativa social.
Entidad Tercer sector 4. Entidad de iniciativa social.
Entidad Tercer sector 5. Entidad movimiento feminista.
Entidad Tercer sector 6. Asociación rural personas mayores.

7. Ámbito de dirección de recursos
Dirección centro 1
Dirección centro 2
Dirección centro 3
Dirección centro 4
8. Sindicatos representativos del sector
Sindicatos 1. (4 representantes sindicales)
Sindicatos 2
9. Colegios profesionales
Colegio Profesional 1
Colegio Profesional 2
Colegio Profesional 3
Colegio Profesional 4
10. Proyectos comunitarios de cuidados
Proyecto Comunitario 1
Proyecto Comunitario 2

Fuente: Elaboración propia

Anexo 1. B. Atributos para el diseño de la muestra de grupos focales

Tabla 2. Atributos para el diseño de la muestra de grupos focales

Datos de la persona	Nombre
	Teléfono
	Avisada / Confirmada
Edad	65-74
	75-85
	Más de 85
Sexo	Femenino
	Masculino
Localidad	Urbana
	Rural
Grado de Dependencia	No dependientes
	Grado I (Moderada)
	Grado II (Severa)
	Grado III (Gran dependiente)
Nivel socio económico	Bajo
	Medio
	Alto
Nivel de estudios	Sin estudios /E. básicos
	Estudios medios
	Estudios universitarios
Programa/Centro	Centro de Día
	Promoción de Autonomía

Fuente: Elaboración propia

Anexo 1. C. Grupos Focales realizados

Tabla 3. Grupos Focales realizados

Características de los grupos focales	Perfiles de las personas asistentes	Fecha del encuentro	Número de participantes
Grupo de profesionales Atención Primaria de Servicios Sociales y Salud de Navarra. Nombrado en el documento como: (GF Profesionales de Atención Primaria)	Figuras profesionales: ¹ TS, TF, DUE, MAP. Mujeres: 7 / Hombres: 1 Zona Urbana: 2 / Zona Rural: 6	25/02/2022 Presencial UPNA 100 min.	8
Grupo profesionales de Servicios de Atención a Domicilio (SAD) de la Comarca de Pamplona. Nombrado en el documento como: (GF Trabajadoras SAD Comarca de Pamplona)	Figuras profesionales: TS, TF. Mujeres: 8 / Hombres: 0 Zona Urbana: 6 / Zona Rural: 2	04/02/2022 Presencial Centro Iruñalde (Berriozar) 106 min.	9
Grupo de profesionales de Recursos de atención de gestión pública y privada. Centros residenciales y de día, Centros de atención a la psicogeriatría y Apartamentos tutelados públicos y privados. Nombrado en el documento como: (GF Profesionales Recursos de Atención)	Figuras profesionales: TS, Director/a, Gestor/a. Mujeres: 9 / Hombres: 1 Zona Urbana: 6 / Zona Rural: 4	25/02/2022 Presencial UPNA 108 min.	10
Grupo de cuidadoras ámbito privado (domicilios) Nombrado en el documento como: (GF Trabajadoras cuidado domicilios)	Figuras profesionales: Cuidadoras Mujeres: 7 / Hombres: 0 Zona Urbana: 7 / Zona Rural: 0	30/03/2022 Presencial UPNA 101 min.	7
Grupo de trabajadoras de centros residenciales de gestión pública y privada. Nombrado en el documento como: (GF Trabajadoras Centros Residenciales)	Figuras profesionales: Gerocultoras, Técnicas de Cuidados Auxiliares de enfermería, Cocina, TS Mujeres: 7 / Hombres: 0 Zona Urbana: 7 / Zona Rural: 0	14/03/2022 Presencial. UPNA 107 min.	7

1. Trabajador/a Social (TS), Trabajador/a Familiar (TF), Diplomado/a Universitario/a en Enfermería (DUE) y Médico/a de Atención Primaria (MAP)

Características de los grupos focales	Perfiles de las personas asistentes	Fecha del encuentro	Número de participantes
Grupo de profesionales de Programas de Autonomía de SSB Nombrado en el documento como: (GF Programas Autonomía SSB)	Figuras profesionales: TS Mujeres: 6/ Hombres: 0 Zona Urbana: 1 / Zona Rural: 5	28/03/2022 Presencial. Dpto. DDSS 100 minutos.	6
Grupo de profesionales de Programas de Autonomía de SSB Nombrado en el documento como: (GF Programas Autonomía SSB)	Figuras profesionales: TS Mujeres: 2/ Hombres: 0 Zona Urbana: 1 / Zona Rural: 1	01/04/2022 On line 82 minutos	2
Grupo de personas usuarias del Programa de Autonomía y prevención de la dependencia (Estella-Lizarra) Nombrado en el documento como: (GF Personas usuarias Estella-Lizarra)	Mujeres: 4 / Hombres: 2 Zona Urbana: 0 / Zona Rural: 6	12/05/2022 Presencial. Ayuntamiento de Estella-Lizarra 78 min.	6
Grupo de personas mayores de 65 años, usuarias de centro de día, en situación de fragilidad y/o dependencia (Tudela) Nombrado en el documento como: (GF Personas usuarias Centro de Día)	Mujeres: 5 / Hombres: 3 Zona Urbana: 4 / Zona Rural: 4	21/04/2022 Solera Tudela Presencial 75 min.	8
Grupo de personas mayores de 65 años (Pamplona y Noroeste) Nombrado en el documento como: (GF Personas mayores ámbito urbano)	Mujeres: 4 / Hombres: 4 Zona Urbana: 8 / Zona Rural: 0	09/03/2022 Presencial. Espacio Activo de Cruz Roja Pamplona 93 min.	8
Grupo de familiares de personas en situación de dependencia del Pirineo Nombrado en el documento como: (GF familiares Pirineo)	Mujeres: 4 / Hombres: 1 Zona Urbana: 0 / Zona Rural: 5	15/03/2022 Presencial Auritzberri-Espinal 90 min.	5
Grupo de personas usuarias de centro residencial (Estella-Lizarra) Nombrado en el documento como: (GF Personas usuarias Centro Residencial)	Figuras profesionales: 0 Mujeres: 3 / Hombres: 4 Zona Urbana: 0 / Zona Rural: 7	21/04/2022 Presencial. Residencia Santo Domingo Estella-Lizarra 76 min.	7

Fuente: Elaboración propia

Anexo 1. D. Muestra detallada de la encuesta

Tabla 4. Muestra utilizada para la encuesta a personas mayores de Navarra en base a las variables de sexo, edad, zona geográfica y tamaño del municipio.

	TOTAL	%
Total	800	100
SEXO		
Hombre	354	44
Mujer	446	56
EDAD		
65-79 Años	551	69
80 y más	249	31
ZONA		
Montaña	94	12
Media	92	12
Ribera	178	22
Pamplona y Comarca	436	55
HABITAT		
Menos de 1000	66	8
De 1001 a 5000	188	24
De 5001 a 10000	82	10
Más de 10000	219	27
Capital	245	31

Fuente: CIES

ANEXO 2

Estudio sobre necesidades y demandas de las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia en Navarra

CUESTIONARIO DIRIGIDO AL CONSEJO NAVARRO DE LAS PERSONAS MAYORES

Introducción

El 4 de marzo de 2021, el Pleno del Parlamento de Navarra presentó una moción instando al Gobierno de Navarra a encargar al Observatorio de la Realidad Social un estudio para conocer las necesidades y demandas de las personas mayores que viven en Navarra.

El objetivo principal de este estudio se centra en **identificar las necesidades y demandas de las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia en relación al sistema de cuidados en Navarra**. Los objetivos específicos del estudio son:

1. Realizar una aproximación al sistema de cuidados para la atención a las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia en Navarra desde un enfoque territorial y de género.
2. Caracterizar los aspectos clave para dotar de una atención adecuada a las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia en Navarra.
3. Conocer las posibles tendencias de futuro en torno al sistema de cuidados en Navarra.

El grupo de personas mayores de 65 años no es un grupo homogéneo de población, tampoco lo son sus características o necesidades ya que existen muy diversos modos de envejecer. Atendiendo a esta heterogeneidad y a la especificidad de la temática a abordar, el cuestionario que aquí se presenta pretende recoger el sentir y las necesidades en relación al sistema de cuidados para personas en situación de fragilidad y/o dependencia.

El Consejo Navarro de las Personas Mayores como órgano representativo que participa en la planificación, ejecución y seguimiento de las políticas y actuaciones destinadas a lograr el bienestar de este sector de la ciudadanía, resulta un interlocutor principal para este estudio al aglutinar a personas representativas del sector y con gran conocimiento en la materia.

De este modo, como persona integrante/participante en el Consejo, le invitamos a responder a las siguientes cuestiones, ya que su opinión resulta de gran interés para dicho estudio.

Instrucciones para la cumplimentación

El cuestionario consta de 9 preguntas.

La extensión en las respuestas es completamente libre, entendiéndose que este cuestionario sustituye una conversación o entrevista que, debido a la situación de pandemia que estamos viviendo, no es aconsejable realizar. De igual forma, pueden ser incluidas todas aquellas cuestiones que se consideren oportunas, o no contestar a aquellas que no sean de su interés o conocimiento.

La fecha límite para el envío de la información es el 25 de noviembre de 2021.

Una vez cumplimentado el cuestionario, por favor, envíelo por correo electrónico a la siguiente dirección: observatoriorealidadsocial@navarra.es con el asunto: Estudio personas mayores.

Les garantizamos confidencialidad en el tratamiento de los datos que se recojan.

Cuestionario

El sistema de cuidados (en ocasiones también llamado sistema de cuidados de larga duración) son todos aquellos servicios y prestaciones de carácter preventivo/comunitario, ambulatorios y residenciales que se ofertan en Navarra (Servicio de Atención a Domicilio o SAD, Servicios de Tele emergencia y asistencia, Centros de Día, Centros Residenciales, etc.).

1. Valore el sistema de cuidados para las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia en Navarra, haciendo uso de una escala del 1 al 5, siendo 1 “Nada satisfactorio” y 5 “Totalmente satisfactorio”.

1	2	3	4	5

¿Cuáles son los puntos fuertes en la atención, mediante el sistema de cuidados, a las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia?

Indique los desafíos principales o aspectos de mejora en el sistema de cuidados a las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia en Navarra.

2. ¿Cree que existe una brecha rural/urbano o inequidad en la prestación de servicios dirigidos a personas en situación de fragilidad y/o dependencia en Navarra?

Valore esta cuestión en una escala siendo 1 “Nada de acuerdo”, y 5 “Totalmente de acuerdo”

1	2	3	4	5

En la misma línea de la pregunta anterior ¿Cree que todas las zonas de Navarra gozan de la misma calidad y los mismos servicios sociosanitarios para las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia?

3. Según la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, el 89% de los cuidados recae en las manos de mujeres. Por lo tanto, estaríamos hablando de una feminización de los cuidados.

¿Qué opinión le merece esta afirmación?

¿Qué debiera hacer la administración para atender esta cuestión?

4. Valore el nivel de participación de las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia en el diseño del sistema de cuidados que les afectan en Navarra haciendo uso de una escala que va desde 1 hasta 5, siendo 1 “Nada satisfactorio”, y 5 “Totalmente satisfactorio”.

1	2	3	4	5

Motive, si lo desea, su respuesta:

5. Existen otros modelos de atención al envejecimiento tanto en Europa como en el resto del mundo, tales como otras formas de organización en los cuidados en domicilio a diferentes alternativas residenciales (residencias intergeneracionales, cohousing...).

Si tiene conocimiento de alguno de estos modelos o alternativas, **¿Cuáles cree que serían deseables para su réplica en Navarra?**

6. Valore el abordaje actual del fenómeno de la soledad de las personas mayores en las políticas públicas, haciendo uso de una escala que va desde 1 hasta 5, siendo 1 “Nada satisfactorio”, y 5 “Totalmente satisfactorio”.

1	2	3	4	5

En relación a la pregunta anterior, si cree que el fenómeno de la soledad en las personas mayores es un problema o tema a abordar, ¿qué medidas se pueden impulsar para atender esta cuestión?

7. En relación al impacto de la pandemia Covid 19 y sus consecuencias, valore las políticas puestas en marcha para las personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia durante esta crisis. haciendo uso de una escala que va desde 1 hasta 5, siendo 1 “Nada satisfactorio”, y 5 “Totalmente satisfactorio”.

1	2	3	4	5

Motive, si lo desea, su respuesta:

8. ¿Le gustaría identificar a alguna persona/colectivo/entidad de interés para que sea tenida en cuenta en la elaboración de este estudio?

9. ¿Desea añadir algo más? ¿quiere señalar algún tema que no se ha tratado y le parece de interés?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 3

CUESTIONARIO A PERSONAS MAYORES

Introducción

Le llamamos porque el Gobierno de Navarra está realizando un estudio para identificar las necesidades y demandas de las personas mayores en relación al sistema de cuidados en Navarra...

Variables de control:

País de nacimiento:

Sexo:

Edad: Subgrupo de edad: 65-79 / Mayor de 80

Municipio de residencia:

P1. Composición del hogar: ¿cuántas personas viven normalmente en su vivienda incluyéndole a usted?:

P2. TABLA DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR: (Entrevistador/a: Describa para cada miembro del hogar las características que se relacionan en la tabla adjunta)

MIEMBROS DEL HOGAR:	1	2	3	4	5	6	7	8
a) Parentesco con la persona entrevistada:	1	1	1	1	1	1	1	1
• Cónyuge o pareja.								
• Hijo	2	2	2	2	2	2	2	2
• Hija.	3	3	3	3	3	3	3	3
• Otros familiares	9	9	9	9	9	9	9	9
• Otra persona sin vínculo familiar.	10	10	10	10	10	10	10	10

P3. Estado civil: ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero/a
- Casado/a /conviviendo
- Separado/a /Divorciado/a
- Viudo/a
- Ns/Nc

P4. ¿En qué medida le preocupa su propia vejez?

- Mucho
- Bastante
- Algo
- Poco
- Nada Pasar a P6
- Ns/Nc

P5. ¿Por qué motivo? Multirrespuesta

- Por el deterioro físico (peor estado de salud, no poder valerse por sí mismo/a)
- Por el deterioro intelectual (pérdida de memoria)
- Por la jubilación o el descenso en el ritmo de las actividades.
- Por si llega a necesitar ayuda y tener que depender de otras personas.
- Por el descenso del poder adquisitivo
- Por la pérdida de red social (pérdida de personas cercanas, disminución de contactos, soledad, etc.)
- Por mi desconocimiento del mundo digital/informático
- Otros
- Ns/Nc

P6. ¿Con qué frecuencia se siente solo/a?

- Siempre
- Casi siempre
- Bastantes veces
- Pocas veces
- Nunca
- Casi nunca
- Ns/Nc

P7. En caso de necesitar ser cuidado/a porque requiere ayuda para las actividades de la vida diaria, tales como vestirse, caminar, bañarse, asearse, etc. ¿sabe a quién debería recurrir?

- Sí. En caso afirmativo, señale a quién:
- No
- No sabe/No contesta

P8. En el caso de algunas de estas actividades, le voy a preguntar si necesita apoyos para realizarlas. Puede realizar:

	Puedo hacerlo sin ayuda/apoyo	Puedo hacerlo con ayuda/apoyo	No puedo hacerlo de ninguna manera	No lo he hecho nunca	NS/NC
Cuidar de su higiene y cuidado personal, y de su salud (tomar medicación, etc.)					
Realizar tareas y arreglos domésticos, preparar la comida (incluyendo planear, cocinar y servir)					
Visitar amigos, pasear o hacer actividades fuera de casa (ir a charlas, a hacer ejercicio, etc)					
Hacer gestiones o recados como ir al médico, la farmacia, hacer la compra					
Tareas que requieren planificación como administrar su propio dinero (pago de recibos y facturas, tratar con el banco, etc), cuidar o apoyar a otras personas, viajar fuera de la ciudad (pasar al menos una noche fuera de casa)					
Tareas para las que son necesarias un conocimiento informático o tecnológico (tramitar una cita por internet, descargar documentos por internet, gestiones bancarias online, etc.)					

P9. Solo para quienes hayan contestado afirmativamente en alguno de estos ítems de la pregunta anterior (Puedo hacerlo con ayuda/apoyo o No puedo hacerlo de ninguna manera). ¿Quiénes son, por orden de más atención a menos, las tres personas u organismos que más le ayudan?

- Su cónyuge o pareja
- Un/a hijo/a con el que convive
- Un/a hijo/a con el que no convive
- Otros familiares con los que convive
- Otros familiares con los que no convive
- Los servicios sociales públicos
- Un/a empleado/a de hogar o cuidador/a contratada de forma privada
- Voluntarios/as (Cáritas u otros)
- Un/a vecino/a
- Ns/Nc

P10. En caso de necesitar ayuda, ¿quién preferiría que le cuidara? Multirrespuesta

- La familia
- La familia junto con la Administración
- La Administración: los servicios sociales y los servicios de salud.
- Los servicios privados, en función de la posibilidad económica de cada persona.
- Las organizaciones de voluntariado
- Los/as amigos/as y/o vecinos/as
- Otros (especificar)
- No sabe/No contesta

P11. ¿Dónde le gustaría vivir en el caso de necesitar ayuda para algunas de las actividades básicas de la vida diaria, tales como vestirse, caminar, bañarse, asearse, etc.? Multirespuesta

En el hogar en el que resido	1
En un hogar adaptado	2
En el hogar de algún hijo/a	3
En una vivienda compartida con otros/as amigos/as	4
En una residencia de mayores	5
En otro tipo de alojamiento para mayores	6
Otros (especificar)	7
No sabe/No contesta	8

P11BIS. ¿Y en caso de necesitar ayuda para todas las necesidades básicas de la vida? Multirespuesta

En el hogar en el que resido	1
En un hogar adaptado	2
En el hogar de algún hijo/a	3
En una vivienda compartida con otros/as amigos/as	4
En una residencia de mayores	5
En otro tipo de alojamiento para mayores	6
Otros (especificar)	7
No sabe/No contesta	8

P12. Si en el futuro llegase a necesitar ayuda o más ayuda, ¿su hogar estaría adaptado a esa situación?

- Sí
- No: Señale cuáles son esos espacios del hogar que necesitan adaptación.
- Ns/Nc

P13. Le voy a leer una lista de servicios o ayudas que las instituciones pueden prestar a personas mayores, ¿ha utilizado en los últimos 12 meses alguno de estos servicios? (Múltiple)

	Sí	No (preguntar P14)	NC
Ayudas económicas de las Administraciones por estar al cuidado de personas mayores	1	2	9
Ayuda para la adaptación de la vivienda	1	2	9
Ayuda a domicilio para tareas del hogar y cuidados personales	1	2	9
Centros de Día para personas en situación de dependencia	1	2	9
Telealarma o teleasistencia	1	2	9
Estancia temporal en residencia	1	2	9
Servicio de Comida y Lavandería a domicilio especial para mayores	1	2	9
Ayuda para compra de silla de ruedas, otras ayudas técnicas (andadores, asideros, muletas, camas articuladas...)	1	2	9
Centro de personas mayores (como hogares del jubilado)	1	2	9

P14: NO: ¿Por qué no? (Para cada ítem que responda NO en P13) Sí

	No se lo puede permitir económicamente	No existe en entorno	No dispone de transporte/ otros	No tengo quién me ayude a hacer la gestión /No es fácil	Estoy en lista de espera	No tengo la necesidad	Otras (Especificar)
Ayudas económicas de las Administraciones por estar al cuidado de personas mayores	1	2	3	4	5	6	7
Ayuda para la adaptación de la vivienda	1	2	3	4	5	6	7
Ayuda a domicilio para tareas del hogar y cuidados personales	1	2	3	4	5	6	7
Centros de Día para personas en situación de dependencia	1	2	3	4	5	6	7
Telealarma o teleasistencia	1	2	3	4	5	6	7
Estancia temporal en residencia	1	2	3	4	5	6	7
Servicio de Comida y Lavandería a domicilio especial para mayores	1	2	3	4	5	6	7
Ayuda para compra de silla de ruedas, otras ayudas técnicas (andadores, asideros, muletas, camas articuladas...)	1	2	3	4	5	6	7
Centro de personas mayores (como hogares del jubilado)	1	2	3	4	5	6	7

P15. Si en el futuro llegase a necesitar ayuda o más ayuda ¿qué tipo de ayuda o prestación preferiría? Multirrespuesta

	Sí	No	NC
Ayudas económicas de las Administraciones por estar al cuidado de personas mayores			
Ayuda para la adaptación de la vivienda			
Ayuda a domicilio para tareas del hogar y cuidados personales			
Centros de Día para personas en situación de dependencia			
Telealarma o teleasistencia			
Estancia temporal en residencia			
Servicio de Comida y Lavandería a domicilio especial para mayores			
Ayuda para compra de silla de ruedas, otras ayudas técnicas (andadores, asideros, muletas, camas articuladas...)			
Centro de personas mayores (como hogares del jubilado)			

P16. ¿Qué servicios considera que son necesarios en su zona y no existen? Multirrespuesta

- Un servicio de atención a domicilio (SAD) con mejores prestaciones y mayor número de horas y de atención.
- Centro de Día para personas mayores
- Residencia para personas mayores
- Transporte adaptado y asistido.
- Otros servicios. ¿Cuáles?
- No sabe/No contesta.

P17. ¿Qué medidas considera prioritarias para mejorar el cuidado?

ANEXO 4

Tendencias, buenas prácticas e innovaciones en los servicios de atención a la dependencia en Europa

1. Introducción y metodología

Los países de Europa han desarrollado fórmulas muy diferentes para la atención a las personas con dependencia o necesidad de cuidados de larga duración. Si bien es cierto que el grueso de los servicios es similar en la mayor parte de los países de Europa, y que todos ellos se enfrentan a retos y dificultades parecidas, cada país –o grupo de países– ha desarrollado fórmulas diferentes en lo que se refiere a las vías de acceso al sistema, las modalidades de atención, los servicios ofrecidos, la organización del personal o a los mecanismos de financiación.

En este texto se recogen una quincena de innovaciones o buenas prácticas desarrolladas en algunos países de nuestro entorno, en lo que se refiere a la organización del modelo de atención a la dependencia en cuanto a muy diversos aspectos: fórmulas de acceso, catálogo de servicios, modalidades de atención, financiación, evaluación de la calidad de la atención... El análisis se centra en el conjunto de los países de Europa, aunque se ha prestado una atención especial, por diversas razones, a cinco: Francia, Suecia, Escocia, Holanda, Alemania e Italia. El análisis, por otra parte, se centra tanto en los servicios de atención residencial como en los servicios de atención domiciliaria, desde una perspectiva fundamentalmente basada en el diseño global del modelo de atención.

La mayor parte de la información proviene de trabajos comparativos anteriores realizados por el SIIS para diversas entidades, como la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León [1], el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, la Diputación de Barcelona o la Diputación Foral de Gipuzkoa [2].

2. Personalización y acceso a los servicios mediante prestaciones económicas en Francia o Alemania

Una de las principales tendencias en cuanto al diseño de los servicios de atención a la dependencia en Europa se refiere a la importancia creciente de los principios de libre elección y competencia entre proveedores, que se traduce en el uso de prestaciones económicas para acceder al servicio (que no deja de ser, en cualquier caso, un servicio de responsabilidad pública, en la medida en que es la administración quien determina el derecho de acceso, establece las condiciones y el contenido del servicio, y lo financia o cofinancia).

Este mayor protagonismo de la libre elección y del acceso mediante prestaciones económicas a los servicios de cuidados tiene su origen tanto en la necesidad de ofrecer a las personas usuarias una mayor capacidad de elección, autodeterminación y control –en la lógica de la personalización o la atención centrada en la persona–, como en el deseo de contener el gasto asociado a los servicios y en la aplicación de lógicas mer-

cantiles a su funcionamiento [3]. Si bien el acceso a los servicios mediante prestaciones económicas (o la propia idea de fomento de la libre elección) ha resultado en algunos países polémica (debido a que se ha considerado que contribuye a la mercantilización del servicio y su deterioro¹), en otros –por ejemplo, Francia o Alemania– el uso de estas prestaciones no parece haber sido particularmente criticada o contestada.

Se describe a continuación, como ejemplo, el modelo existente en estos dos países:

- En Alemania, el acceso a las prestaciones se realiza mediante un baremo de valoración con cinco niveles de necesidad diferentes, a partir de la consideración de las necesidades de la persona en cuanto a movilidad, habilidades cognitivas y comunicativas, comportamiento y problemas psiquiátricos, autocuidado, manejo de la enfermedad y de los tratamientos y organización de la vida cotidiana y contactos sociales. Una vez determinado el grado de dependencia y el derecho a los servicios, el acceso a los mismos no se realiza mediante la atribución de una plaza en un centro residencial o de unas horas de atención domiciliaria, sino mediante la atribución de una prestación económica que la persona con dependencia puede utilizar para: a) compensar los cuidados de una persona cuidadora informal; b) acceder a un centro residencial; c) adquirir ayudas técnicas y/o financiar el coste de los servicios de asistencia domiciliaria que se requieran.

Las cuantías de las prestaciones oscilan entre los 125 euros para el acceso a un centro residencial o de día para las personas con el grado de dependencia más bajo (grado I) y los 2.005 para el acceso a residencias para personas con el grado de dependencia más elevado (grado V). La prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores no profesionales oscila entre 316 y 901 euros, mientras que la prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales oscila entre 689 y 1.995 euros, para estos dos niveles. La prestación para el acceso a los cuidados profesionales en el domicilio es para cualquiera de los niveles de dependencia muy superior a la prestación económica para atención por cuidadores no profesionales y muy similar a la prestación que se concede para el acceso a los servicios residenciales². Con la prestación, las personas usuarias pueden financiar indistintamente el acceso a servicios de titularidad privada con o sin fin de lucro.

- El modelo francés de cuidados de larga duración se articula también a través de una prestación económica denominada Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Esta prestación se orienta a las personas mayores de 60 años³ y presenta una doble modalidad, en función del lugar en el que se prestan los cuidados (domicilio o residencia). De esta forma, la APA puede recibirse tanto para financiar el acceso a una residencia como para financiar el acceso a cuidados y apoyos en el domicilio. La APA a domicilio permite el acceso tanto a centros de atención diurna (relativamente poco extendidos) como al servicio convencional del SAD, ayudas técnicas, servicios de teleasistencia, adaptaciones domésticas o comidas a domicilio, así como a la atención por parte de un/a cuidadora, siempre que no sea cónyuge o conviviente. La APA a domicilio también sirve para financiar servicio de respiro y estancias en centros residenciales con apoyo

1. Cabe señalar los casos de Reino Unido, Dinamarca o Suecia, por ejemplo, donde la contestación a estos modelos ha sido mayor.

2. Debe tenerse en cuenta en cualquier caso que, en el caso de la atención residencial, la prestación no cubre los gastos de alojamiento y manutención que se prestan en los centros residenciales (que son directamente abonados por la persona usuaria), sino únicamente los relacionados con los cuidados personales.

3. Las personas menores de esa edad acceden a la denominada Prestation de compensation du handicap (PCH).

de baja intensidad (residences au-tonomie). Por su parte, la APA en institución se utiliza para financiar el coste de los cuidados a la dependencia en un centro residencial.

En lo que se refiere a la cuantía de la prestación, depende tanto del tipo de servicio elegido, como del grado de dependencia y de la renta de la persona usuaria. En el caso de la asistencia domiciliaria, por ejemplo, la prestación oscila entre el 10% y el 100% del coste del paquete de cuidados que se le atribuye a la persona con dependencia. En el caso de la residencia, la cuantía de la prestación depende de la tarifa del centro –que se negocia con la administración–, la renta y el nivel de dependencia de la persona usuaria. En todo caso, como en Alemania, la persona usuaria elige el proveedor del servicio que desee –público, privado sin fin de lucro o privado con fin de lucro⁴ y financia con la prestación (en todo o en parte) los servicios que precisa.

3. Los pagos directos en el Reino Unido

Tal y como explica Davey [4], los Pagos Directos (Direct Payments en Ingles) son fondos, pagados por los departamentos de servicios sociales de las autoridades locales de Inglaterra a personas con necesidades de atención reconocidas, que compensan y sustituyen a servicios de atención domicilio u otras prestaciones. Si la persona que requiere apoyo carece de capacidad para administrar los fondos y organizar su propia atención, los fondos que, con tal fin le correspondan, pueden ser gestionados por una persona legalmente autorizada. Los Pagos Directos pueden compensar parte o la totalidad del paquete de atención al que la persona tiene derecho, y su importe se deduce del valor asignado a la cantidad de servicios que sustituyen.

A cambio de hacerse responsables de gestionar su atención, los Pagos Directos ofrecen a las personas flexibilidad para priorizar sus necesidades, dentro de los fondos disponibles, y con ciertas limitaciones sobre cómo se puede utilizar el dinero. Además, el modelo de pagos directos también incluye la provisión de servicios de apoyo a los usuarios en ciertos aspectos de la gestión de su atención. La mayoría de los pagos directos se proporcionan mensualmente, y los fondos se gastan principalmente en servicios de cuidado, pero también pueden incluir fondos extras para conceptos específicos, (p.e. destinados a gastar en adaptaciones del hogar, en actividades de ocio o en ciertos gastos extras, como pagar la formación de una asistente personal, (AP). También es legal combinar la financiación recibida para algunas necesidades de salud a largo plazo (con fondos derivados del sistema nacional de salud) con pagos directos para las necesidades de atención social, para así crear un presupuesto integrado que pueda cubrir una gama más amplia de necesidades que afectan la vida diaria de las personas.

A pesar de su prioridad en la política reciente, hay poca evidencia disponible sobre la efectividad de los pagos directos como alternativa a la gestión directa de los servicios de cuidados. Para Davey [4], en todo caso, se ha observado que los pagos directos están asociados con una mayor cobertura de las necesidades de las personas que los emplean y que su mayor ventaja se refiere a que facilitan una buena compatibilidad entre cuidado formal e informal, debido entre otras razones a la mayor flexibilidad a la hora de adaptarse a las necesidades, circunstancias y preferencias individuales.

4. Obviamente, siempre que exista oferta suficiente en el Territorio. Las entidades privadas con fin de lucro tienden a ofrecer sus servicios en las zonas más pobladas, de forma que en las zonas rurales, desfavorecidas o de peor acceso la única oferta posible suele ser a menudo la de las entidades públicas y/o sin fin de lucro.

Más concretamente, los factores que se relacionan con un impacto positivo de estos modelos son la intensidad del apoyo al que se puede acceder con la prestación, los apoyos y orientaciones recibidos para la contratación del servicio de cuidado y las características personales de la persona usuaria (educación, etc.). En todo caso, de acuerdo a esta autora, la existencia de un sistema de apoyo para las personas que acceden a estas prestaciones (en relación a la selección de las personas cuidadoras, las gestiones para la contratación, las incidencias con relación al servicio, etc.) se configura como un elemento clave a la hora de explicar el éxito, o el fracaso, de estos modelos. Lo que permite alcanzar resultados positivos, concluye Davey, no es el mero acceso a este tipo de pagos directos, sino la prestación de los apoyos necesarios para una adecuada gestión de esos pagos [5].

En ese sentido, algunas de las evaluaciones que se han realizado en relación a esta cuestión –y, muy particularmente, en relación a la capacidad real de elección de las personas que acceden a los servicios sociales– ponen de manifiesto que no todas las personas usuarias tienen la información y la orientación necesaria para tomar decisiones suficientemente informadas, que el papel de “empresario” que contrata servicios en el mercado privado no es el que muchas personas con necesidades de cuidado y apoyos quieren o pueden realizar, que la oferta de servicios no es homogénea en el territorio (y por tanto no hay en esos casos una verdadera libertad de elección) o que la responsabilidad pública sobre los servicios puede debilitarse si el papel de la administración se limita a financiar una parte del coste de acceso a los servicios y se renuncia a desarrollar las competencias en materia de regulación, inspección y evaluación que este tipo de modelos requieren⁵. La propia idea de “capacidad de elección” es, en sí misma, vaga y equívoca, señalan algunos estudios [7].

Frente a esos riesgos, los países que han avanzado en la lógica de la personalización han actuado de varias formas: por una parte, como en el caso de Escocia, ofreciendo a las personas la libertad de elegir la forma de acceso a los servicios que prefieren (pago directo, asignación de servicios, etc.); por otra, mediante el desarrollo de mecanismos de apoyo y orientación a las personas usuarias, como las Oficinas de Vida Independiente; por último, mediante el desarrollo de mecanismos para la garantía de la calidad, como la acreditación, la inspección o la evaluación de los resultados de las intervenciones.

5. Para O'Rourke [6], por ejemplo, este enfoque –englobado en el Reino Unido bajo el paraguas genérico de la personalización– puede asociarse a una forma de consumismo, en la que la independencia se confunde con una mínima dependencia respecto de otros y, especialmente, respecto de la acción pública; la elección se limita a la elección de unos servicios y proveedores determinados en un mercado regido por las leyes de la competencia; y el control se limita a la gestión de un presupuesto individual para conseguir los servicios necesarios a un precio más barato que el que correspondería a un servicio de gestión pública.

4. La libre elección de las entidades proveedoras en Suecia

Aunque en Suecia no es habitual el acceso a los servicios mediante prestaciones económicas, y la contratación pública de los cuidados de larga duración sigue siendo la norma, se vienen impulsando desde hace años, como ocurre en el resto de los países del Norte de Europa, mecanismos para ampliar la capacidad de elección de las personas usuarias con relación a los servicios a los que tienen derecho.

En Suecia no existe una escala o baremo de acceso a los servicios que se utilice a escala nacional, y cada municipio⁶ utiliza sus propios criterios para determinar qué personas pueden recibir servicios de atención a la dependencia y qué tipo de servicios (residenciales, domiciliarios, etc.) pueden corresponder a cada persona, así como, en el caso de optarse por la asistencia domiciliaria, el número de horas y las tareas a realizar. En todo caso, las solicitudes de servicio son analizadas por un gestor/a de casos que, tras una entrevista individual, una visita a domicilio y una valoración de la situación y las necesidades de cada persona, establece un plan de atención en el que se establecen los servicios correspondientes a cada persona.

En ese marco, las personas a las que se reconoce el derecho de acceso al servicio pueden elegir entre el servicio de asistencia domiciliaria o un servicio de alojamiento o residencial. En ambos casos, las personas usuarias tienen la posibilidad de seleccionar la empresa o entidad que prestará el servicio. La posibilidad de elegir la entidad proveedora se deriva de la Ley de Libertad de Elección en los Servicios Públicos (Lagen om valfrihetssystem) de 2009, mediante la cual se fomenta la posibilidad de que las personas usuarias pueden elegir libremente los servicios a los que pueden acceder en el ámbito de la salud y los servicios sociales. El sistema de libertad de elección significa que el individuo tiene la oportunidad de elegir un proveedor de un determinado servicio entre los proveedores que han sido aprobados y con los que la autoridad local contratante ha firmado un contrato.

Estas entidades proveedoras pueden ser bien de titularidad pública, bien de titularidad privada, correspondiendo a la persona usuaria la selección del proveedor (que, además, puede ser sustituido en caso de que la persona usuaria no esté satisfecha con el servicio). En caso de que la persona no elija una entidad específica, el Ayuntamiento le asigna una de las empresas o entidades que operan en el municipio.

⁶ En lo que se refiere a las competencias respecto a la prestación de los servicios, los países escandinavos y anglosajones atribuyen las principales competencias, fundamentalmente, a los municipios, mientras que en Francia o Alemania los ayuntamientos juegan un papel residual, y son las regiones, departamentos o Estados los que tienen las principales responsabilidades. Los municipios británicos o escandinavos, en cualquier caso, tienen un tamaño y una capacidad de autofinanciación mucho más elevada que la de los municipios navarros.

5. El apoyo autodirigido en Escocia

Como en Suecia, tampoco en Escocia existe un baremo único de acceso al sistema, y cada municipio establece los requisitos de acceso y los criterios para la asignación de los servicios, así como el contenido de la valoración. En lo que se refiere a la opción entre prestaciones económicas y servicios de atención directa, Escocia ha establecido un modelo denominado self-directed support o apoyo autodirigido, mediante el cual las personas usuarias de los servicios prestados en la comunidad⁷ pueden elegir entre cuatro posibilidades a la hora de recibir sus servicios:

- una prestación económica (direct payment) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para la contratación y el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa;
- un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria;
- un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local;
- La combinación de las tres opciones anteriores.

En el ejercicio de 2018/2019 un total de 105.280 personas accedieron a este sistema de apoyo autodirigido, de las cuales más de 70.000 eran personas mayores de 75 años. De las cuatro opciones planteadas, la mayoritaria fue la opción por los servicios de atención directa contratados por la administración, que entre las personas mayores fue elegida por cerca del 90% de las personas afectadas. Entre los menores de 18 años, por el contrario, el 54% optó por la prestación económica y entre las personas de entre 18 y 64 años, el 71% lo hicieron por el servicio de atención directa. La opción por una de estas modalidades es en cierto modo independiente del tipo de servicio utilizado, ya que además de atención domiciliaria pueden utilizarse otros servicios como estancias de respiro o ayudas técnicas. De todos los servicios elegidos mediante estas opciones, cerca del 10% estaban orientados a la atención doméstica y cerca del 50% a los cuidados personales. El resto se refieren a equipamientos y ayudas técnicas, apoyo socioeducativo y recreativo, respiro, comidas a domicilio y apoyo para la vida independiente.

Las 105.000 personas usuarias del modelo de Self Directed Support representan, en cualquier caso, en torno al 40% de las 205.000 personas usuarias de servicios sociales a lo largo del año en Escocia, de forma que cabe pensar que un número considerable de personas acceden a los servicios de cuidado de forma directa, sin posibilidad de realizar las opciones previamente señaladas.

7. El sistema de self-directed support no se aplica a los centros residenciales. En estos casos, la administración local es la que asigna un servicio concreto a las personas usuarias.

6. Fórmulas intermedias entre el domicilio y la residencia convencional

En lo que se refiere a las modalidades de atención residencial, como explican Martínez y Sancho [8], “se observa en todos los países de nuestro entorno “un proceso de reformulación de los modelos residenciales tradicionales con un fuerte componente institucional hacia otro tipo de soluciones que se acercan a los modelos domésticos, insertos en espacios territoriales delimitados y que cierran ese enfoque circular ecosistémico desde la complementariedad de toda la oferta de apoyos y servicios que se pueden ofrecer. En este contexto, la diversidad aflora como característica común a todas las experiencias, en coherencia con la heterogeneidad del grupo de personas mayores a las que se ofrecen cuidados, así como de las características estructurales y socioculturales de los diferentes países”.

De acuerdo a estas autoras, “la tendencia a transitar de los modelos tradicionales hacia una reconversión en unidades de convivencia es sólida. Las clásicas “nursing homes” han evolucionado, con diferente intensidad, hacia entornos hogareños, vida cotidiana significativa y una mayor integración en la comunidad. La vivienda como concepto y como paradigma se identifica como solución al hábitat de las personas cuando envejecen y también al espacio de los cuidados de larga duración. El diseño interior y el entorno cercano y comunitario son determinantes para que este modelo sea realmente eficaz y coste efectivo. Siempre que exista un sistema sólido de provisión de apoyos y cuidados domiciliarios. El desarrollo y aplicación de este modelo, conocido en el ámbito internacional como “housing” está suponiendo un importante “cambio cultural,” que ha generado un amplísimo abanico de experiencias de viviendas y proyectos colectivos para personas en proceso de envejecimiento, en principio con propósito de mejorar su calidad de vida y, muy especialmente, su mundo relacional, huyendo de la soledad, pero también con la expectativa, convertida ya en realidad, de poder recibir apoyos y cuidados profesionales cuando sean necesarios”.

En ese sentido, puede hacer referencia al creciente desarrollo de diferentes formas de vivienda alternativa, que entran en la categoría de viviendas comunitarias o apartamentos tutelados y que por lo general se basan en fórmulas a medio camino entre la atención residencial y la domiciliaria. Se describen a continuación las experiencias de Alemania y Reino Unido:

- Durante los últimos años han experimentado un gran desarrollo en Alemania las llamadas viviendas compartidas, asistidas o de grupo, que se pueden englobar de forma conjunta en el modelo de viviendas asistidas [9]. Con diferentes denominaciones (wohngruppen, pflegewohngruppen, betreutes whonungen o wonhgemeins-chaften), se trata en todos los casos de viviendas ordinarias en edificios convencionales o construidos ex-profeso, con un número reducido de habitaciones individuales y servicios compartidos. Junto a su menor tamaño, es importante destacar que desde el punto de vista de los cuidados, estas viviendas no están sujetas a la normativa residencial sino la normativa relativa a los servicios de atención domiciliaria, lo que permite una mayor flexibilidad en su diseño y gestión. Además, estas viviendas están sujetas –en lo que se refiere a los aspectos estructurales– a la normativa de cada Estado, así como a la normativa federal que regula estas viviendas desde el punto de vista de los derechos de las personas consumidoras. Este tipo de alternativas están experimentando –desde hace décadas, pero particularmente en los últimos años debido al crecimiento de la población mayor– un desarrollo muy superior al del resto de las fórmulas de alojamiento para mayores, en parte debido a los estrictos requisitos que se establecen para las residencias convencionales.

- En el Reino Unido, junto a los centros residenciales convencionales –care homes y nursing homes–, existe otra modalidad de centros que entran dentro de la categoría de vivienda con apoyo o con cuidados

(housing with care) y que resulta equiparable a los apartamentos tutelados o viviendas comunitarias que existen en nuestro entorno. En ese marco, el modelo más relevante es el denominado extra care housing, si bien también se utilizan otros términos y denominaciones como assisted living (vivienda asistida), very sheltered housing (vivienda tutelada), retirement housing (viviendas de retiro), etc. Desde el punto de vista normativo, la principal característica de estos centros reside en la separación entre la provisión de la vivienda (cuya regulación no está sometida al ámbito de los servicios sociales) y la provisión de los servicios de apoyo (personal care), que sí se integran normativamente en el ámbito sociosanitario, y son por tanto objeto de la regulación y la inspección desde los Servicios Sociales.

Los modelos de extra care housing se definen precisamente por la separación entre la atención o los cuidados que recibe cada persona y el alojamiento en el que reside, al que por lo general se accede mediante alquiler o compra. En los centros residenciales convencionales, por el contrario, alojamiento y servicios de apoyo se plantean como un paquete conjunto, sometido a una regulación común. En ese marco, los proveedores de los servicios de atención personal y de alojamiento son diferentes (o, si no lo son, se prestan bajo contratos diferentes), pudiendo las personas usuarias elegir el proveedor de cada servicio de forma separada. En ese marco, las características principales de los modelos de extra care son las siguientes:

- Las personas viven en un alojamiento propio e independiente y reciben cuidados y apoyos para mantener su autonomía;
- Los cuidados y apoyos pueden ser continuos o periódicos, y están en todo caso adaptados a las necesidades de cada persona al objeto de mantener el mayor grado posible de independencia.
- Hay una separación real entre la provisión de los cuidados que recibe la persona y la provisión del servicio de alojamiento. La provisión de ambos servicios se realiza mediante acuerdos o contratos diferentes.
- El alojamiento puede realizarse en una amplia gama de edificios o instalaciones, y se concreta en un contrato de compra o alquiler.

En general, estas viviendas se ubica en complejos específicamente destinados a este fin y ofrecen niveles variables de apoyo, sistemas de vigilancia y alarma, personal disponible (aunque no necesariamente in situ) durante las 24 horas del día, equipamientos comunes (lavandería, etc.). El alojamiento se realiza en apartamentos o estudios de una o dos habitaciones, que incluyen una sala de estar y una cocina.

7. Territorialización y auto-organización de los servicios de asistencia a domicilio

La principal innovación que se ha desarrollado en cuanto a la organización de los servicios de asistencia domiciliaria se relaciona con la promoción de las capacidades de auto-gestión y auto-organización de las profesionales, a menudo desde planteamientos de cercanía y proximidad, impulsando el trabajo de base territorial.

Tal y como explica Fantova [10], “hablaríamos de proyectos o programas en los que se observa una flexibilización, territorialización y autogestión en servicios domiciliarios. Frente a sistemas tradicionales, de carácter taylorista, basados en la realización de tareas rígidamente establecidas, van emergiendo propuestas de intervención social domiciliaria en las que se potencia la interactividad y adaptabilidad de la atención en función de cambios situacionales en la vida de los usuarios y de sus necesidades y demandas, riesgos y oportunidades en cada momento (en tiempo real), lo que requiere de los equipos de profesionales una gran versatilidad en la capacidad de respuesta, basada en la proximidad geográfica y el empoderamiento decisional del personal, todo ello basado en el procesamiento inteligente y veloz de datos”.

No cabe duda de que una de las experiencias de innovación más extendida y conocida en el ámbito de la atención domiciliaria es la experiencia holandesa de la empresa Buurtzorg, que desde sus inicios en 2006 se ha extendido en más de 25 países. El modelo Buurtzorg está basado en la idea de la enfermería comunitaria y se basa en la creación de equipos muy reducidos de trabajadores o trabajadoras comunitarias que atienden de forma auto-gestionada a las personas con fragilidad o dependencia de territorios muy reducidos, lo que implica un nivel de personalización y proximidad muy elevado. Cada equipo, formado por una docena de trabajadores o trabajadoras autogestionados, atiende a entre cuarenta y cincuenta personas usuarias, residentes en ámbitos territoriales no superiores a los 10.000 habitantes. Los resultados de las evaluaciones realizadas parecen confirmar el éxito del modelo, tanto desde el punto de vista de las personas profesionales como de las personas usuarias [11].

Frente al SAD tradicional, el modelo Buurtzorg está más orientado a la enfermería comunitaria, pero se relaciona con el SAD en el sentido en que ofrece un modelo de atención a domicilio caracterizado por la cercanía territorial, el aprovechamiento de los recursos comunitarios y la autogestión de los y las profesionales⁸. De acuerdo a sus responsables, la aplicación del modelo trae consigo una mejora en la satisfacción y la calidad de vida de las personas usuarias y de las profesionales, así como una reducción de los costes y del número de horas de atención. El éxito del modelo se debe, de acuerdo a estas evaluaciones, a los siguientes aspectos:

8. Tal y como explican los responsables de la aplicación del modelo en Barcelona [12], “en su modelo de atención y organización las profesionales de atención directa desempeñan un papel central y estratégico; sus márgenes de decisión relativos a la atención a las personas son muy elevados, trabajan en equipo y toman decisiones relativas a la atención pero también a la gestión. La organización se estructura en equipos independientes de máximo doce enfermeras que se responsabilizan de todos los aspectos del cuidado de 50-60 pacientes, su gestión se soporta en sistemas de información que permiten planificar y hacer el seguimiento de los servicios. Los equipos tienen a su disposición coaches (asesores de desarrollo) que les ayudan en la resolución de problemas o conflictos, y les capacitan para afrontar solos estas situaciones cuando se repitan. El backoffice de esta organización es muy reducido y se ocupa básicamente de aspectos administrativos, encontrándose la toma de decisiones muy distribuida en toda la organización. El objetivo de esta estructura es crear equipos autogestionados de enfermeras que prestan atención médica domiciliaria pero también soporte personal”.

- Atención basada en la persona
- Dimensión territorial
- Centralidad de las profesionales de enfermería
- Activación de los recursos comunitarios
- Eficiencia en la gestión, auto-gestión y organización horizontal
- Utilización de las nuevas tecnologías, mediante el desarrollo de programas de gestión más ágiles, prácticos e intuitivos
- Estandarización de los procesos

Las superislas o “supermanzanas sociales” desarrolladas en Barcelona suponen una de las aplicaciones más decididas del modelo Buurtzorg en Cataluña y en el conjunto del Estado español. De acuerdo a sus responsables [12], “la superisla es la unidad territorial conceptualizada para desarrollar el SAD de proximidad. En cada superisla un equipo presta aproximadamente unas 1.400-1.800 horas /mensuales de servicio, y atiende a 60 - 80 personas usuarias. La variable fundamental para definir territorialmente estas superislas son las horas de SAD mensuales que se concentran en el territorio, y es en base a las horas de servicio de esa superisla que se dimensiona el equipo, integrado por profesionales de atención personal y también de ayuda al hogar (suelen ser 1 o 2)”. Según sus responsables, “la puesta en práctica de las superislas permite poner en marcha equipos de trabajadores de atención directa de SAD –de entre 10 y 15 profesionales– que sean responsables de la atención de las personas usuarias residentes en una superisla, garantizando su atención personalizada, compatibilizando la atención con jornadas laborables largas o completas y horarios laborables estables, y desarrollando capacidades de trabajo en equipo, de planificación, de seguimiento de personas usuarias, es decir desarrollando una profesión que incorpore más valor, y que permita reducir ciertas cargas intrínsecas al trabajo del cuidado como la soledad y las cargas físicas y emocionales”.

Los cambios más significativos en la atención que se producen en el SAD organizado en superislas son los siguientes:

- El referente del servicio de que disponen las personas usuarias es el equipo, en lugar de un único profesional. Así se reduce la dependencia de un único profesional, y se elimina “la substitución”. El equipo tiene que garantizar la personalización del servicio, la continuidad, y la proximidad en la atención. Ello supone que las profesionales comparten domicilios, sobre todo los domicilios más complejos o de mayor intensidad de servicio, y se distribuyen cargas de trabajo, físicas pero también emocionales.
- Las jornadas de trabajo de los miembros de los equipos son superiores a las 30 horas semanales, muy por encima de la media del sector. Esto necesariamente comporta reducción de las puntas horarias de los servicios, ya sea redistribuyendo el servicio a lo largo de la semana o del día. El reto de los equipos consiste en reducir las puntas horarias consiguiendo horarios de servicios más estables y compatibles con jornadas laborales más largas, y al mismo tiempo garantizar una atención personalizada. El reto comporta un conocimiento detallado y continuo de las necesidades de las personas usuarias, y capacidades de auto-organización y de comunicación dentro de los equipos.
- Los equipos asumen tareas de replanificación de servicios, de tratamiento de casos por parte del equipo, usan sistemas de información nuevos para ellos, resuelven diariamente incidencias en contacto con los usuarios. Las profesionales asumen nuevas funciones y pueden emprenderlas con éxito porque simultáneamente se genera un proceso de capacitación, asumen más responsabilidad y apoderamiento para ser proactivas. En algunos aspectos, y de forma progresiva, los equipos se autogestionan. El reconocimiento tanto dentro de su organización como por parte de la persona usuaria y de su entorno aparece como consecuencia de su nuevo papel y de la visibilidad que adquieren como grupo en un territorio.

8. SAD intensivo (24 horas)

Con la intención de diversificar el servicio que se presta a las personas con dependencia que residen en sus domicilios, y de promover el mantenimiento de las personas dependientes en su medio habitual, diferentes países han experimentado con modelos de SAD intensivo, que llegan a incluso a prestar atención durante las 24 horas del día. Se describen a continuación, brevemente, las experiencias de Irlanda y de Holanda.

- En 2014 el Servicio de Salud irlandés puso en marcha un programa piloto denominado Paquetes de Atención Domiciliaria Intensiva (Intensive Home Care Support Packages) dirigido a personas con demencia, con el que se pretendía no sólo aumentar la intensidad del servicio, sino también la diversidad de apoyos, mediante la intervención de un gestor/a de casos especializado que tenía a su disposición una amplia gama de servicios y prestaciones (asistencia domiciliaria, servicios de respiro, ayudas técnicas, intervenciones terapéuticas, etc.) [13]. La intensidad media del SAD asociado al programa era muy elevada (45 horas semanales), con un coste medio cercano a los mil euros semanales.

Las evaluaciones del programa ponen de manifiesto que las personas participantes no sufrieron deterioros en su calidad de vida –frente al deterioro habitual en las personas con demencia que no acceden a estos servicios–, así como niveles elevados de satisfacción por parte de las personas cuidadoras y una reducción en los niveles de carga percibidos por estas personas [14]. Las evaluaciones realizadas también indican un coste total que –si bien elevado– no es superior al correspondiente a la atención residencial convencional (siempre que no se tenga en cuenta la dedicación del apoyo informal, mayor en el caso de la atención domiciliaria que en el caso de la atención residencial) [14].

- Por otra parte, el SAD orientado a las personas con dependencia en Holanda prevé la posibilidad de prestar el servicio de forma intensiva, durante 24 horas, como alternativa a la institucionalización para las personas con necesidades de cuidados de alta intensidad, siempre que los costes de este tipo de atención no superen los de la atención residencial.

9. Visitas domiciliarias y programas de rehabilitación a domicilio en los países nórdicos

Las visitas domiciliarias de carácter preventivo a personas mayores en situación o riesgo de dependencia constituyen otro ejemplo en la línea de diversificar y enriquecer los apoyos que se prestan a las personas mayores que residen en la comunidad. El programa danés de visitas a domicilio es un buen ejemplo de este tipo de enfoques.

Desde 1996, una ley estatal obliga a los ayuntamientos daneses a ofrecer, a todas aquellas personas mayores de 75 años que no reciben servicios formales de atención personal, al menos dos visitas domiciliarias preventivas anuales por parte de trabajadores/as sociales o personal de enfermería. A diferencia del resto de servicios de atención a la dependencia, las personas mayores no deben presentar ninguna solicitud para ser beneficiarias del programa de visitas, únicamente tienen que aceptar, de manera voluntaria, la invitación del ayuntamiento para llevar a cabo la visita en su domicilio [15]. Si bien la norma no especifica el contenido de las visitas –lo que ha provocado diferencias entre municipios en materia de interpretación e implementación–, sí establece que su propósito es “fortalecer las actividades preventivas y de promoción de la salud dirigidas a las personas de edad. El objetivo del programa de visitas a domicilio es apoyar el autocuidado de las personas mayores y ayudarles a utilizar sus propios recursos de manera óptima”.

Aunque las visitas a domicilio se denominan “preventivas”, el objetivo general es llevar a cabo actividades de promoción de la salud, prevenir enfermedades y ayudar a las personas mayores a preservar o restaurar las funciones corporales. En 2020, de acuerdo al Instituto de Estadística de Dinamarca, se realizaron visitas domiciliarias a unas 82.000 personas, que equivalen al 7,0% de la población mayor de 65 años.

Otros países nórdicos –como Noruega– también vienen realizando desde hace décadas este tipo de visitas, si bien no tienen para la administración local carácter obligatorio, como ocurre en el caso de Dinamarca. Una reciente evaluación del programa noruego de visitas a domicilio pone de manifiesto que contribuyen a reducir en un 10% el uso de centros residenciales mientras incrementan el acceso a los servicios de atención domiciliaria. Reducen además en un 8% los ingresos hospitalarios de las personas mayores y en un 4% la mortalidad de las personas mayores de 80 años [16]. En USA, por otra parte, la reforma del sistema de acceso al sistema de salud también incluía la realización de visitas domiciliarias anuales a personas mayores.

Las distintas evaluaciones realizadas en relación a estos programas muestran un efecto positivo de la intervención en las personas mayores. En concreto, los resultados evidencian una disminución de los ingresos hospitalarios y la mejoría del estado físico de las personas mayores beneficiarias del servicio. En cuanto a su coste-efectividad, si bien las evaluaciones no arrojan conclusiones evidentes, sí sugieren que la intervención resulta neutral en lo referente al coste, de manera que no implica un mayor gasto para las arcas públicas danesas?

9. El programa “El Serveis Socials més a prop” desarrollado por la Diputación de Barcelona responde a esos mismos planteamientos. Se trata de un programa preventivo dirigido a personas mayores de 80 años, que no son usuarias de los servicios sociales básicos. La finalidad del recurso es permitir a los entes locales ampliar el conocimiento sobre la realidad de la población envejecida del municipio y favorecer la planificación de políticas sociales adaptadas a las necesidades de la población. El programa consiste en la realización de entrevistas a domicilio por parte de profesionales del ámbito social en las que se valora, de forma multidimensional, las necesidades personales (autonomía, percepción del estado de la salud, situación de la vivienda, etc.), se detectan situaciones de riesgo o vulnerabilidad y se informa sobre la oferta de prestaciones y servicios del territorio. La intervención incluye recomendaciones sobre el seguimiento que requiere cada persona entrevistada, donde se indican las necesidades de autonomía, percepción del estado de salud, situación de la vivienda, entre otros, y un informe final con datos globales de la situación de las personas mayores de 80 años entrevistadas a cada municipio.

Además, los ayuntamientos daneses están obligados a ofrecer un programa específico de actividades de rehabilitación a las personas usuarias de la atención domiciliaria. En la línea del paradigma del envejecimiento activo, los servicios de asistencia domiciliaria han ido orientándose en diversos países de nuestro entorno a la prestación de servicios, más o menos intensivos, de rehabilitación. Los servicios de capacitación o rehabilitación a domicilio constituyen una nueva modalidad de atención domiciliaria, particularmente desarrollada en países como Reino Unido, Holanda o Dinamarca. A diferencia de los servicios tradicionales de atención domiciliaria, la capacitación habitualmente es de tiempo limitado (por lo general, seis a doce semanas) y está orientada a maximizar la independencia mediante una intervención intensiva orientada, personalizada y multidisciplinaria.

Este tipo de programas se enmarcan en un modelo más amplio de intervención basado en la idea de las “Cuatro R-s” –recapitación, reactivación, rehabilitación y restauración– y se han ido extendiendo a lo largo de los últimos años en muy diversos países. Más allá de la adecuación de la terminología, el amplio corpus de evaluación desarrollado durante los últimos años en relación a este tipo de intervenciones parece apuntar a su utilidad en relación a la orientación de los servicios convencionales de asistencia domiciliaria, si bien la evidencia al respecto dista de ser concluyente. Por una parte, una reciente revisión realizada en relación a este tipo de programas [17] señala que, si bien pueden identificarse algunos efectos positivos, la calidad metodológica de los estudios realizados no permite asegurar la dimensión o la importancia de estos efectos. Se necesitan más estudios que incluyan más países y situaciones, concluye el informe, antes de poder precisar la efectividad y la seguridad de la capacitación.

Otras revisiones similares ofrecen sin embargo conclusiones más alentadoras: para Sims-Gould et al. [18], los estudios realizados ofrecen resultados prometedores tanto en términos de coste eficacia como de mejora de los resultados clínicos, si bien no está claro en qué medida esos resultados pueden ser generalizables. En el mismo sentido, Tessier et al. [18] identifican resultados mucho más prometedores: de acuerdo a su revisión, diez estudios con un total de 14.742 participantes (incluidos cuatro ensayos aleatorios, la mayoría de excelente o buena calidad) mostraron un impacto positivo, especialmente en lo que se refiere a la calidad de vida relacionada con la salud y la reducción en la utilización de otros servicios. Los autores destacan que el enfoque de la rehabilitación contribuye a las estrategias de mantenimiento en el domicilio, fomenta la implicación de los profesionales y de las familias, mejora la calidad de vida, reduce el uso de otros servicios e incrementa la satisfacción de los/as profesionales.

10. Integración de servicios y gestión intensiva de casos a domicilio

Una de las principales innovaciones para mejorar el apoyo a las personas mayores o dependientes que residen en sus domicilios es el diseño de modelos integrados de cuidados, que permiten integrar en un paquete conjunto diversos servicios y apoyos. Se trata en general de programas basados en modelos de gestión intensiva de casos que permiten articular de forma eficaz los diferentes servicios que precisan las personas dependientes en sus domicilios: servicios de asistencia domiciliaria propiamente dichos, ayudas técnicas, servicios sanitarios y/o de enfermería a domicilio, apoyo a las personas cuidadoras, prestaciones económicas, etc. El elemento común de estos programas es la articulación de toda la gama de programas y recursos de apoyo a las personas dependientes que residen en su domicilio, con una perspectiva integral y desde la óptica de la atención centrada en la persona.

Junto a la idea de la integración de los diferentes servicios y apoyos que cada persona precisa en un paquete más flexible y personalizado de apoyos en la comunidad, el segundo elemento básico de este tipo de programas se refiere a la gestión intensiva de casos, en la medida en que estos paquetes de cuidados son articulados, coordinados o supervisados por una persona especialista, que apoya a las personas con dependencia o a sus familias en la gestión de ese paquete de cuidados. Estas fórmulas de gestión de casos van más allá –tanto desde el punto de vista de la especialización como de la intensidad– de los modelos de gestión de casos que pueden realizarse desde los Servicios Sociales de Base o comunitarios, y se vinculan más claramente a los modelos de gestión de casos que se desarrollan, al menos en algunos territorios, en el ámbito de la salud.

Los programas de ese tipo desarrollados en nuestro entorno ofrecen resultados prometedores y permiten una mejor articulación de los diferentes servicios y apoyos que precisan las personas usuarias del SAD y, en general, las personas dependientes que residen en sus domicilios. En este marco, tienen un protagonismo especial los modelos de integración de servicios que permiten coordinar e incluso integrar, avanzando hacia modelos de “ventanilla única”, las actuaciones prestadas tanto por los servicios de asistencia domiciliaria de tipo social como los servicios de asistencia domiciliaria prestados desde el ámbito sanitario.

Dada su diversidad, es difícil encontrar evaluaciones generales de este tipo de enfoques, más allá de las evaluaciones realizadas con relación a experiencias concretas (ver punto siguiente). En todo caso, las revisiones de la literatura que se han realizado con relación a la gestión intensiva de casos orientada a las personas con demencia que residen en sus domicilios plantean resultados moderadamente prometedores. En esa línea, se puede afirmar que este tipo de programas pueden contribuir a retrasar la institucionalización de las personas con demencia, aunque la evidencia disponible al respecto no es suficientemente robusta. Las revisiones realizadas también ponen de manifiesto que estos programas mejoran los trastornos de comportamiento de las personas afectadas y la carga de las personas cuidadoras, que incrementan el uso de servicios comunitarios y que reducen el gasto en servicios hospitalarios. No parece por el contrario existir evidencia suficiente respecto a mejoras –en comparación con los modelos habituales de tratamiento– en cuanto la depresión o las capacidades funcionales o cognitivas de las personas usuarias [19].

- Uno de los principales exponentes de la atención integrada en el domicilio es el programa norteamericano PACE (Program of All Inclusive Care for the Elderly), que se desarrolla desde los años 90 en Estados Unidos. El programa ofrece un paquete de servicios integrados a domicilio a personas mayores potencialmente usuarias de servicios residenciales. El programa se basa en la prestación coordinada de diversos recursos domiciliarios y comunitarios, tanto de carácter social como sanitario.

Dada su amplia andadura y extensión, el programa PACE ha sido sometido a numerosas evaluaciones. Una revisión de todas ellas realizada en 2014 [20] señala que el programa no trae consigo un decremento de los costes de las agencias financiadoras ni tampoco una reducción en la tasa de institucionalización –las personas usuarias del programa acceden en mayor medida que quienes no lo son a centros residenciales–, aunque sí en lo que se refiere al número de hospitalizaciones. El programa obtiene, sin embargo, mejores resultados que los enfoques tradicionales en cuanto a la calidad de la atención y se asocia con una reducción de la mortalidad. En todo caso, de acuerdo a la evaluación, “aunque los participantes de PACE están satisfechos con su cuidado médico y personal, no hay pruebas suficientes sobre si su satisfacción y calidad de vida son mayores de lo que habrían experimentado en caso de no haber accedido al programa”.

- En un sentido parecido, otros países han desarrollado modelos para integrar de forma más adecuada el conjunto de los servicios que precisan las personas dependientes. En esa línea, Francia ha desarrollado a lo largo de los últimos diez años el modelo MAIA (Método de Acción para la Integración de Servicios de Ayuda y Cuidados para la Autonomía). Se trata de una red de “ventanillas únicas” de ámbito local que pretenden facilitar el itinerario asistencial de las personas dependientes que residen en su domicilio, especialmente en el caso de las personas con demencia. El modelo se basa en la concertación de diferentes agentes, en el desarrollo de una ventanilla única para las personas usuarias y en un modelo de gestión de casos que permite un acompañamiento intensivo para personas con necesidades complejas. En ese contexto, el gestor de casos es el contacto directo para la persona, el médico que la atiende y los profesionales que trabajan en el hogar. Es el referente de las situaciones complejas y, por tanto, contribuye a mejorar la organización del sistema asistencial identificando las posibles disfunciones [21].

El funcionamiento de esta red se basa en un modelo común de evaluación de necesidades, la elaboración de un plan individual y la articulación de reuniones regulares de caso, en las que participan todos los agentes involucrados en la atención de un caso concreto. Se calcula que existen en Francia en torno a 350 proyectos de este tipo, concertados con entidades públicas o privadas de diverso tipo y conformados por dos o tres gestores/as de caso y una persona encargada de la coordinación estratégica de la red.

11. Aseguramiento público en Alemania y Holanda

La necesidad de garantizar la sostenibilidad económica de los servicios de atención a la dependencia ha obligado a introducir ciertas innovaciones en lo que se refiere a la financiación de estos servicios.

Para financiar los servicios de atención a la dependencia, la mayor parte de los países recurren a la financiación general mediante impuestos, de la misma forma en la que se financian el resto de los servicios públicos. Algunos países, sin embargo, han apostado por fórmulas de aseguramiento público y/o tributación finalista, mediante la creación de impuestos o cotizaciones que se destinan de forma expresa y específica a la financiación de estos gastos. El recurso a los impuestos generales –locales o estatales– se da tanto en los modelos universales como en los modelos selectivos, y tanto en países con niveles elevados de presión fiscal como en los países con bajos niveles de presión fiscal. Se observa en cualquier caso una correlación clara entre el gasto destinado a los cuidados de larga duración y la capacidad de recaudación mediante impuestos generales de cada país, de forma que cuanto mayor es la presión fiscal mayor es el gasto en estas partidas (y viceversa) [2].

Frente a los impuestos generales, países como Alemania u Holanda han apostado por los seguros sociales, al igual que, fuera de Europa, Corea o Japón¹⁰. Estos modelos se basan en una lógica de aseguramiento público, en virtud de la cual toda la población abona unas cotizaciones determinadas, de forma que puede acceder a unos servicios previamente definidos en el caso de que el riesgo cubierto –en este caso, la dependencia– se materialice. Las cotizaciones se derivan, en general, de los ingresos laborales de las personas aseguradas y son abonadas por las personas trabajadoras y/o por las empresas. A diferencia de lo que ocurre en el caso de las pensiones o las prestaciones por desempleo, el montante o el nivel de las prestaciones y servicios que se reciben en el marco de este seguro no dependen de las cotizaciones previas, sino del nivel de necesidad (en este caso, del nivel de dependencia establecido a partir de una valoración objetiva). Por otra parte, toda la población queda cubierta por el sistema de aseguramiento público, independientemente de su estatus laboral. Por lo general, una vez cubierta una persona por un seguro de este tipo, la renta de la persona asegurada no incide en el tipo de servicio recibido.

Se describen a continuación tres aproximaciones diferentes –la alemana, la francesa y la holandesa– a estos sistemas de aseguramiento público y/o financiación finalista:

- En Europa, el modelo de aseguramiento público más conocido es el alemán. El modelo se basa en una cotización obligatoria de las empresas y los trabajadores que asciende normalmente al 3,05% del salario, que se abonan a partes iguales por la persona trabajadora y la empresa (1,525% por cada parte). En el caso de las personas sin hijos/as –en la medida en que se piensa que requerirán en el futuro mayor apoyo formal– la cotización de la persona trabajadora es del 1,775% del salario. El acceso a las prestaciones requiere de un periodo de cotización previa de dos años. El sistema es gestionado por las mutuas o cajas gestoras del seguro de dependencia (Pflegekassen), dependientes a su vez de las cajas gestoras del seguro de salud. En la actualidad, existen 161 seguros públicos y 43 seguros privados, y su alcance es generalmente regional.

¹⁰. Aunque en general se trata de sistemas establecidos a nivel estatal, hay también experiencias de seguros de dependencia establecidos a nivel regional, como el seguro de dependencia de Flandes (que se limita en cualquier caso a complementar el gasto que en ese ámbito realiza la administración estatal).

- Como en Alemania, la atención a la dependencia en Holanda se financia a través de un seguro obligatorio para todos los trabajadores y las empresas del país. La prima que se paga por el seguro de cuidados de larga duración es del 9,65% del impuesto sobre la renta, con un límite máximo de 33.589 euros en 2020. Esta prima se destina a financiar el Fondo de Atención a la Dependencia mediante el que se ofrece una cobertura universal a toda la población holandesa en materia de atención a la dependencia. Por el contrario, los servicios domiciliarios prestados en el marco de la Ley de Asistencia Social se financian mediante impuestos generales.

- En el caso de Francia, aunque no cabe hablar de un sistema de aseguramiento, también existe una tributación finalista que abonan las empresas y las personas trabajadoras y se destina a la financiación del sistema de dependencia. Mediante esta fórmula, las empresas abonan una cotización del 0,3% de los salarios abonados a sus trabajadores¹¹. Otra parte de la financiación del sistema de atención a la dependencia se realiza a través de una cotización adicional, también del 0,3%, que se aplica a las pensiones de jubilación e invalidez.

11. Esta cotización se introdujo en 2004, a cambio de la eliminación de un día festivo del calendario laboral, y representa una recaudación de unos 2.000 millones de euros. Se calcula que el coste total de la APA asciende a 5.000 millones de euros, de los que un 35% es financiado por la Caja de Dependencia nacional, mediante esta cotización, y el 65% por los departamentos.

12. Triple tarificación de los servicios residenciales en Francia

Al objeto de mejorar los mecanismos de financiación de los cuidados de larga duración, muchos países han optado por diversificar y racionalizar la financiación de los servicios residenciales, diferenciando los diferentes elementos del coste residencial total. El modelo francés resulta en ese sentido muy ilustrativo, puesto que el coste relativo al funcionamiento de los centros se divide en tres categorías diferentes, con fuentes de financiación y formas de determinación de las tarifas también diferentes:¹²

- La tarifa dependencia cubre el coste de la atención a las necesidades derivadas de las situaciones de dependencia y de los apoyos necesarios para la realización de las actividades de la vida diaria. Se establece en función del grado de dependencia de las personas usuarias y en el marco de una negociación entre el Departamento y cada centro residencial. Cada centro aplica tarifas diferentes, a partir de una negociación con el Departamento y tomando en consideración las características y servicios del centro, aunque las variaciones entre los centros son en general pequeñas¹³. Esta tarifa se financia en gran medida mediante la APA, si bien la APA no cubre esa tarifa en su integridad, ya que se modula en función de la renta y el grado de dependencia.

- La tarifa alojamiento cubre los costes hoteleros y de manutención, así como otros costes relacionados con la limpieza y la lavandería, las actividades recreativas y de animación, la administración general del centro, etc.¹⁴. Esta tarifa es íntegramente abonada por la persona usuaria, salvo que carezca de recursos económicos suficientes, en cuyo caso se accede a las prestaciones de asistencia social correspondiente. A diferencia de lo que ocurre en el caso de la tarifa de dependencia, la tarifa de alojamiento se fija libremente por los propios centros, salvo en el caso de que el centro esté habilitado para que los usuarios puedan percibir una prestación económica específica para el pago de esta tarifa desde el sistema de asistencia social.

- La tarifa sanitaria cubre los costes derivados de la atención sanitaria y es financiada por el Seguro de Salud.

13. La participación de otros sistemas en la financiación de los cuidados de larga duración

En algunos países participan en la financiación de los servicios de atención a la dependencia otros sistemas del estado de bienestar, como el sistema de salud, la Seguridad Social o el sistema de asistencia social / garantía de ingresos.

12. Aunque el artículo 33 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, establece que "para fijar la participación del beneficiario, se tendrá en cuenta la distinción entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros", ninguna Comunidad Autónoma ha avanzado en esa línea, al menos de forma explícita.

13. A título de ejemplo, en el caso del Departamento de Pirineos Atlánticos, la tarifa para el grado más reducido de dependencia se sitúa en torno a los 6 euros/día (180 euros/mes), la tarifa para los grados 3 y 4 en torno a los 13 euros día o 375 euros mes y la tarifa para el grado más elevado de dependencia en torno a los 22 euros día (650 euros mes)

14. En el caso de los Pirineos Atlánticos, la tarifa por alojamiento ronda los 50 euros/día en habitación individual y los 45 en habitación doble, aunque el precio puede variar en función del establecimiento y de si se trata de la tarifa aplicable a los beneficiarios de las prestaciones por alojamiento. El importe de esta tarifa ronda, por término medio, los 1.500 euros mensuales, que como antes se ha señalado son en principio financiados por la persona usuaria

En el caso francés, por ejemplo, los seguros de salud financian íntegramente la atención sanitaria que se presta a las personas usuarias de los centros residenciales, quedando la financiación de estos servicios fuera del copago que abonan las personas usuarias. Además, las personas usuarias de los centros residenciales y que carecen de recursos suficientes para financiar la tarifa de alojamiento y manutención establecida por el centro residencial pueden solicitar diversas prestaciones económicas para el pago de esta tarifa. Así, los usuarios que no tienen recursos económicos suficientes para el pago de esa tarifa pueden recurrir a prestaciones de garantía de ingresos para su pago (Aide Sociale a l'Hebergement, Allocation de Logement Sociale o Aide Personnalisée de Logement).

14. Atención personal gratuita en Escocia

Aunque todos los países establecen sistemas de copago de los servicios de atención a la dependencia, en algunos casos el copago se limita a los servicios de alojamiento, manutención o atención doméstica, y no se aplica sobre los costes sanitarios o de atención a la dependencia. El ejemplo más claro es el escocés.

Escocia establece desde 2002 un sistema de atención personal gratuita (free personal care) mediante el cual las personas que cumplen los criterios de acceso determinados por cada ayuntamiento acceden de forma gratuita a los servicios de cuidado, tanto en el ámbito domiciliario como en el ámbito residencial. En el caso de la atención domiciliaria, el componente de cuidados personales es gratuito en los servicios de asistencia domiciliaria para toda la población mayor de 65 años con necesidades de atención, independientemente de su renta. Por el contrario, la atención doméstica está sujeta a copago, con criterios y normas diferentes en función del municipio, al igual que el uso de los servicios de atención diurna. En todo caso, la atención doméstica es también gratuita para las personas mayores con ingresos inferiores a un umbral determinado. En el caso de la atención residencial, la administración local abona directamente los gastos relativos a la atención sanitaria y personal a los centros residenciales, mientras que las personas usuarias abonon los gastos de manutención y alojamiento en función de su renta y patrimonio.

15. Nuevos modelos de evaluación de la atención en Alemania y Escocia

La irrupción de proveedores privados y el renovado énfasis en la libre elección de las personas usuarias al que antes se ha hecho referencia ha puesto sobre la mesa la necesidad de establecer –tanto en lo que se refiere a la atención residencial como a la atención domiciliaria– nuevos marcos de regulación, autorización, acreditación e inspección de los servicios sociales y/o de atención a la dependencia. Estos nuevos marcos de regulación, autorización, inspección y evaluación prestan una especial atención, frente a la regulación ex ante de los elementos relacionados con las estructuras y los procesos de intervención, a la evaluación ex post de los resultados, desde la óptica de la calidad de vida de las personas usuarias.

Como se ha señalado en otros trabajos [22], pueden distinguirse a escala internacional dos orientaciones claras y en cierto modo antitéticas en lo que se refiere a la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración:

- De una parte, los modelos básicamente orientados a la regulación ex ante, en los que la normativa detalla de forma exhaustiva los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los servicios y centros. Esta normativa tiende a centrarse en los aspectos estructurales y de personal (inputs) más fácilmente comprobables y en determinados indicadores de proceso (outputs), pero presta poca atención a los indicadores de resultados (outcomes) relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias.

- De otra parte, los modelos básicamente orientados a la evaluación ex post de los procesos de atención y, crecientemente, de sus resultados. Si bien, lógicamente, todos los países establecen una regulación básica sobre el acceso al mercado de los cuidados y permite una mínima garantía de la calidad en el servicio, los países que aplican esta orientación han desarrollado una normativa inicial relativamente laxa, definiendo los criterios de atención de forma genérica (tanto en lo que se refiere a los requisitos funcionales, como a los materiales o de personal). En estos países, el núcleo de los sistemas de gestión de la calidad está puesto en los procedimientos de inspección y/o evaluación, a través de los cuales se establecen los requisitos que los centros y servicios han de cumplir.

Se recoge a continuación las experiencias, herramientas o estructuras de mayor interés:

- En Escocia, los procesos de autorización, acreditación y evaluación de los servicios sociales son competencia del Care Inspectorate, un organismo autónomo responsable de registrar e inspeccionar las más de 14.000 entidades de servicios sociales registradas en el país. El marco de autorización, acreditación y evaluación de los servicios que establece esta entidad se articula a través de cuatro elementos básicos: a) el registro de las entidades y de las personas profesionales; b) las inspecciones o evaluaciones de servicios; c) la publicación de los resultados de esas evaluaciones; y d) los estándares de calidad sobre las que se basan estas evaluaciones.

En primer lugar, todas las entidades que prestan servicios sociales y sanitarios deben registrarse en el Care Inspectorate de cara a poder prestar sus servicios, ya sea como proveedores de la administración ya sea como proveedores de servicios privados¹⁵. Una vez registrado el servicio, debe someterse a una inspección anual, diseñada a partir de uno estándares de calidad que se sustentan en cinco principios –dignidad y respeto, compasión, inclusión, atención y apoyo sensibles, y bienestar– y en cinco resultados principales.¹⁶ La inspección realizada da pie a una calificación general de seis puntos que va del nivel “insatisfactorio” al nivel “excelente”. La puntuación y el informe de las evaluaciones de cada centro se publica en la web del Care Inspectorate, de forma que todas las personas interesadas pueden acceder a la información relativa a cada servicio. Para ello, el Care Inspectorate ofrece un buscador de centros y servicios en el que, además de ofrecer la información básica del servicio, se indica su calificación general y los informes de evaluación realizados a lo largo de los años, así como las quejas recibidas y, en su caso, las suspensiones o intervenciones realizadas en el servicio¹⁷.

15. Además del registro de los centros, los profesionales de la atención que tienen la cualificación necesaria también deben acreditarse ante el Scotland Social Services Council. Se trata de un registro público, consultable on line, en el que actualmente están registrados más de 100.000 profesionales. La inscripción en el registro puede ser revocada en caso de que se detecten y acrediten casos de mala práctica en el ejercicio de las tareas profesionales. Las suspensiones se publican con carácter cauteloso en la propia página del Council, indicándose el nombre de la persona suspendida y la duración de la suspensión.

16. Planteados en primera persona del singular, los resultados son los siguientes: a) recibo una atención y un apoyo de alta calidad que es adecuada para mí; b) participo plenamente en todas las decisiones relativas a mi atención y apoyo; c) tengo confianza en las personas que me apoyan y cuidan; d) tengo confianza en la organización que me proporciona los cuidados y el apoyo; e) el servicio se presta en un entorno de alta calidad (en el caso de que el servicio se preste en instalaciones propias de la entidad proveedora).

17. Además de las inspecciones, el Care Inspectorate es responsable de gestionar y dar respuesta a las quejas o reclamaciones planteadas por parte de las personas usuarias o sus familiares. Estas quejas pueden ser planteadas –si se desea de forma anónima– por escrito, por teléfono o de forma virtual. Por otro lado, el Care Inspectorate es competente para adoptar medidas sancionadoras y/o para requerir la adopción de cambios en las condiciones en las que se presta el servicio, en el caso en los que se detectan incumplimientos de la normativa o prácticas inadecuadas, siempre a partir de la constatación de una atención de escasa calidad.

- Con funciones similares al Care Inspectorate escocés, la Comisión de Calidad de la Atención (CQC) inglesa es un organismo público ejecutivo no departamental, independiente, encargado de regular los servicios de salud y sociales de Inglaterra, así como de autorizar la prestación de un servicio por parte de un proveedor mediante su registro, para lo cual deben respetarse una serie de estándares de calidad. Su función es la de registrar la provisión de atención social y sanitaria, y, atendiendo a la Ley, su principal función es “proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de las personas usuarias de los servicios sociales y de salud”. Las actividades del CQC consisten en registrar a los agentes proveedores de servicios, monitorizar, inspeccionar y evaluar los servicios, proteger a las personas usuarias de los servicios, mediante las medidas necesarias en cada caso, publicar guías y estándares para la correcta interpretación y aplicación de la normativa vigente, contribuir al debate y a la reflexión, desde una posición independiente, sobre las principales cuestiones relativas a la calidad en la atención social y sanitaria mediante publicaciones.

- El sistema alemán de atención a la dependencia se basa en buena medida en la competencia entre los diversos proveedores, y en la libertad de elección de las personas usuarias. En ese contexto, establece escasas barreras de entrada para los proveedores de servicios –es decir, unos mecanismos laxos de acreditación o habilitación–, pero impone por el contrario un sistema de evaluación muy exhaustivo, que se define de forma pactada entre las cajas gestoras de los seguros de dependencia y las entidades proveedoras de los servicios. En ese marco, todos los servicios y centros de atención deben ser inspeccionados al menos una vez al año, a través de visitas que no son previamente anunciadas, realizada por un equipo de profesionales especializados adscrito a cada consejo médico del Seguro de Salud regional (MDK). Las inspecciones se basan en unos estándares de calidad acordados entre las cajas de los seguros y las entidades proveedoras¹⁸.

Como en Escocia, los informes de evaluación y las calificaciones de cada centro se publican regularmente, de forma que las personas interesadas en la elección de un centro –además de cualquier otra persona o entidad, incluyendo las empresas de la competencia, las entidades contratantes, etc.– pueden acceder a los informes de evaluación realizados a cada centro.

18. El análisis del cumplimiento de los criterios de calidad se basa en el análisis de la situación de una muestra (entre 5 y 15 personas) de las personas usuarias del centro o servicio, así como en una encuesta específica realizada a las personas usuarias o a sus familiares. Los criterios que se toman en cuenta no recogen en general las cuestiones estructurales o de personal (ratios, calificaciones, etc.) sino que se centran en los procesos y resultados de las tareas de atención. El procedimiento de inspección se traduce en una puntuación específica para cada área o indicador analizado, que da lugar a una calificación o nota global, y en un informe de resultados interno en el que se recogen una serie de recomendaciones de mejora y los elementos que, en su caso, deben ser modificados de cara a la posterior visita de inspección.

16. Bibliografía

- [1] SIIS. «Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia». Valladolid: Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2021.
- [2] SIIS. «Gasto, financiación y sostenibilidad de los Servicios Sociales en Euskadi». Donostia: Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, 2021.
- [3] SIIS. «Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional». Donostia: Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa, 2011.
- [4] V. Davey y J. Zalakain. «Revisión de experiencias internacionales y estatales de innovación en la atención domiciliaria». Barcelona: Diputación de Barcelona, 2022.
- [5] V. Davey, «Influences of service characteristics and older people's attributes on outcomes from direct payments.», *BMC Geriatr*, vol. 21, no 1, p. 1, 2021.
- [6] G. O'Rourke, «Older people, personalisation and self: an alternative to the consumerist paradigm in social care», *Ageing and Society*, 2016.
- [7] M. FitzGerald Murphy y C. Kelly, «Questioning "choice": A multinational metasynthesis of research on directly funded home-care programs for older people», *Health Soc Care Community*, vol. 27, n.o 3, 2019.
- [8] M. Sancho y T. Martínez. «Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos. Residencias para personas mayores, ¡no más de lo mismo!» Valladolid: Gerencia de Servicios Sociales, 2020.
- [9] M. Montero, «Alternativas de viviendas para personas mayores en Alemania», 2018.
- [10] F. Fantova, «Líneas de innovación para nuestros servicios sociales», *Revista de Tre-ball Social*, 2020.
- [11] V. M. Drennan, M. Calestani, F. Ross, M. Saunders, y P. West, «Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study», *BMJ Open*, vol. 8, n.o 6, 2018.
- [12] M. Juan, «Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona», *Servicios Sociales y Política Social*, 2019.
- [13] F. Keogh, M. Pierce, K. Neylon, y P. Fleming, «Intensive home care packages for people with dementia: a realist evaluation protocol», *BMC Health Services Research*, vol. 18, nov. 2018.
- [14] F. Keogh, M. Pierce, y K. Neylon, «Supporting Older People with Complex Needs at Home: Report 1: Evaluation of the HSE Intensive Home Care Package Initiative». Health Service Executiva, 2018.
- [15] SIIS. «El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa». Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2012.

- [16] N. Bannenberg, O. Førland, T. Iversen, M. Karlsson, y H. Øien, «Preventive Home Visits», Universitaet Duisburg-Essen, Competent in Competition and Health, 2019.
- [17] A. Cochrane, M. Furlong, S. McGilloway, D. Molloy, M. Stevenson, y M. Donnelly, «Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults», The Cochrane database of systematic reviews, vol. 10, 2016.
- [18] A. Tessier, M.-D. Beaulieu, C. A. McGinn, y R. Latulippe, «Effectiveness of Reablement: A Systematic Review», Health Policy, vol. 11, n.o 4, 2016.
- [19] Reilly S, Miranda Castillo, C, Malouf, R, Hoe, J, Toot, S, Challis, D. y M. Orrell, «Case management approaches to home support for people with dementia», Cochrane Data-base of Systematic Reviews, no 1, 2015.
- [20] A. Ghosh, C. Orfield, y R. Schmitz, «Evaluating PACE: A Review of the Literature». U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, 2014.
- [21] «Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en oeuvre des recommandations. Rapport final d'évaluation». Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2017.
- [22] M. Leturia, J. Zalakain, A. Mendieta, y A. Carcavilla. «Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia». Revisión Internacional. Montevideo: Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 2019.

ANEXO 5

MEMORIA EJECUTIVA PROPUESTA DE CREACIÓN DE EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES DE INTERVENCIÓN EN HOGARES CON PERSONAS DEPENDIENTES (EMIHD)

**EQUIPOS DE INTERVENCIÓN INTRAFAMILIAR
Y COMUNITARIA EN SITUACIONES DE DIVERSA DEPENDENCIA**

Dra. María Cristina Lopes Dos Santos

cris.lopesds@gmail.com

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	223
1. OBJETIVOS	223
1.1. Objetivo general	223
1.2. Objetivos específicos	223
2. NAVARRA Y LA DEPENDENCIA	224
3. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN	225
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	226
4.1. Principios socio-educativos de intervención	226
4.2. Objetivos socio-educativos de intervención	226
4.3. Aspectos socio-educativos e individuales de intervención	226
4.4. Equipo de Trabajo	228
4.5. Programas Específicos Familiares (PEF)	229
4.6. Intervención, contexto y dependencia de los EMIHD	230
4.7. Promoción comunitaria	231
4.8. Trabajo en RED	232
4.9. Área propuesta como experiencia piloto	232
4.10. Herramientas de seguimiento y evaluación	235
4.11. Registros	236
CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS	237

INTRODUCCIÓN

La propuesta de intervención sociosanitaria que se presenta en este proyecto está sustentada en la investigación y la prospección realizada a profesionales y familiares cuidadores de personas con dependencia en domicilios a través de una tesis doctoral y una investigación pos-doctoral. Fruto de los resultados obtenidos y de la prevalencia que las distintas situaciones de dependencia presentan en la sociedad actual y futura, se plantea una alternativa viable a la propuesta actual de cuidados y atención profesional.

A raíz de los resultados obtenidos y la experiencia acumulada, se expone la elaboración detallada de una propuesta práctica de intervención sociosanitaria intrafamiliar a través del desarrollo de equipos multidisciplinares de actuación en hogares de personas con dependencia, que sean capaces de responder a las necesidades detectadas. Orientada a la mejora de la calidad de vida y adaptación psicosocial tanto de la persona cuidadora, como de la persona cuidada. En definitiva, la mejora sustancial en la calidad de vida de la Unidad Referencial Intrafamiliar (URI) que es el elemento básico e indivisible sustentador del cuidado (Anaut y Méndez, 2011).

Por ende, aborda aspectos preventivos y comunitarios que favorecen el mantenimiento de la persona en su entorno natural y el acompañamiento a las personas convivientes. El hecho de utilizar la demencia como soporte no invalida la posibilidad de abstraer y utilizar estos parámetros para el abordaje de cualquier tipo de dependencia en cualquier grado o nivel, así como su prevención. Como se observará a lo largo del proyecto, los planteamientos realizados son extrapolables y suficientemente flexibles para poder abordar diferentes situaciones y contextos, siendo útiles en todos ellos y transferibles.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo general

Elaborar una propuesta práctica aplicable de intervención sociosanitaria intrafamiliar en contexto comunitario de equipos multidisciplinares en hogares en los que reside algún miembro con dependencia.

1.2. Objetivos específicos

- Establecer las diferentes figuras profesionales y su área de incidencia e intervención profesional.
- Potenciar aquellos aspectos que facilitan la sostenibilidad familiar, la autonomía y la prevención, así como el fortalecimiento comunitario.
- Realizar propuestas metodológicas como equipo sociosanitario que trabajen desde el acompañamiento y proceso socio-personal-familiar, y que afronten las distintas circunstancias sobrevenidas, desde la flexibilidad, en un marco riguroso, eficiente y eficaz.
- Proponer una experiencia piloto a desarrollar a través de la creación del presente equipo en un área geográfica concreta.

2. NAVARRA Y LA DEPENDENCIA

En lo que respecta a Navarra, el Documento marco de Atención Primaria, señala:

“a principios de 2019 había en Navarra 15.351 personas con dependencia reconocida y derecho a prestaciones del SAAD, 13.482 de las cuales tenían prestaciones reconocidas y otras 899 no tenían prestaciones por renuncia u otras razones; 3.477 se hallaban en residencias, por lo que se puede estimar que 10.904 eran dependientes atendidos que residían en su domicilio. De ellas, en febrero de 2019 estaban atendidas por el SAD municipal 963 personas, y 606 en centros de día. Podemos estimar, por tanto, que alrededor de 9.000 personas dependientes residían en sus domicilios sin recibir servicios de cuidado profesional como tales, aunque sí percibían en la mayor parte de los casos la prestación por cuidados en el entorno familiar (8.300-8.400, sin contar los que además recibían servicios). Se estima que casi un 45% de ellas utilizaban dicha prestación para contratar cuidados profesionales (Observatorio de la Realidad Social 2018), una práctica no irregular pero sí contraria a la lógica de la prestación” (p. 22).

Por lo tanto, la dependencia es una realidad de gran incidencia a nivel social que supone una intervención urgente y multifactorial.

3. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

Tabla 1: Áreas afectadas, carencias, dificultades y mejoras planteadas por personas cuidadoras de familiares con dependencia y por profesionales

Áreas afectadas	Carencias o dificultades detectadas	Mejoras propuestas
Proyección personal	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de proyecto vital • Pérdida de elementos de desarrollo (tiempo, espacio, dedicación) • Ausencia de espacios personales de auto cuidado y descanso 	Atención integral y contextualizada
Situación emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de alerta continuado en la atención • Tareas de atención cada vez más continuas, específicas e integrales • Asunción paulatina de más cargas • Dificultades en: aceptación del diagnóstico, gestión del impacto emocional y reajuste vital 	Calidad de vida y adaptación psicosocial de las personas con dependencia y de sus familiares cuidadores
Entorno y atención cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • Readaptación del entorno para facilitar la movilidad y el manejo • Ausencia de acompañamiento en la evolución de la enfermedad y el cuidado • Falta de apoyo en la resolución de dificultades en la cotidianidad del cuidado. 	Atención a personas con dependencia y familiares convivientes
Relaciones Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado se asume en solitario, con escaso o nulo apoyo familiar • Pérdida o debilidad de relaciones intrafamiliares 	Sostenimiento familiar y atención integral en contexto
Relaciones Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de relación e interacción social 	Aportación de elementos de apoyo en la autonomía, detección y acompañamiento
Recursos y Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Buena valoración del Servicio de Atención a Domicilio (SAD) • Necesidad de otros recursos de apoyo de mayor intensidad y flexibilidad 	Reducción de problemas derivados de la centralización de recursos

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta las carencias y dificultades no resueltas y la imprescindible intervención directa y contextual, se plantea la creación de: Equipos Multidisciplinares de Intervención en Hogares con Dependencia (EMIHD).

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A tenor de todos los elementos analizados y los resultados obtenidos, así como en respuesta a los objetivos inicialmente planteados, se expone la propuesta de intervención sustentada en la creación de Equipos Multidisciplinares de Intervención en Hogares con Dependencia (EMIHD).

4.1. Principios socio-educativos de intervención

Los principios socio-educativos que guían esta propuesta de intervención están basados en la concepción de las personas como protagonistas de su propio proceso y en la estimulación y acompañamiento de su progreso (Brooker, 2013; Canga y Esandi, 2016). Este planteamiento se encuentra desarrollado por la Fundación Pilares (2013), relativo al modelo de atención integral centrado en la persona en el que profesionales se convierten en agentes activos de construcción a medida para cada necesidad y persona, siendo agente activo de su propio proceso vital de desarrollo.

Este modelo promueve la planificación, servicios, programas y recursos entendidos como un conjunto diversificado de apoyos orientados en su totalidad y desde cada uno de ellos, a incrementar el bienestar de las personas, minimizar su dependencia de otras personas y favorecer la continuidad de sus proyectos vitales. Esto conlleva que su implicación y extensión práctica trascienda a distintos niveles, proyectando su alcance más allá de la persona.

4.2. Objetivos socio-educativos de intervención

De acuerdo a los resultados obtenidos, se establecen los objetivos que promueven:

- Mejorar la calidad de vida y adaptación psicosocial de la URI.
- Mejorar el cuidado de la salud de la URI.
- Mejorar la convivencia de la URI.
- Mejorar las relaciones con el entorno de la URI.
- Mejorar las relaciones familiares con otros miembros de la familia.
- Mejorar la influencia y promoción comunitaria en relación a la dependencia.

Se trata, en suma, de dinamizar a las personas implicadas para que puedan desarrollar sus potencialidades intrínsecas, tomando conciencia de las mismas y aplicándolas hacia los objetivos planteados que redundan, directamente, en cada una de ellas y en la unidad y familia al completo. Asimismo, se trata de entender la comunidad como un agente proactivo que incide en los distintos aspectos relacionados con la dependencia.

4.3. Aspectos socio-educativos e individuales de intervención

Los núcleos temáticos del presente proyecto se desarrollan en respuesta a las carencias de las áreas detectadas y expuestas anteriormente, y su relación con los aspectos socio-educativos y de desarrollo individual que se abordan en la intervención para dar respuesta a estas dificultades (tabla 2).

Tabla 2. Aspectos socioeducativos e individuales de intervención en respuesta a las carencias detectadas en las distintas áreas afectadas en familiares cuidadores

Áreas	Aspectos socio-educativos
Proyección personal	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de conciencia de las potencialidades individuales • Desarrollo de su proyecto personal • Análisis de las posibilidades de proyección personal
Atención emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de estados emocionales • Validación del estado emocional (legitimización) • Gestión emocional
Entorno y atención cotidiana	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de manejo y pautas • Análisis situacional, planteamiento de alternativas y elección • Flexibilidad y adaptación a circunstancia y momento • Acompañamiento, orientación y asesoramiento
Relaciones Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de la otra persona, • Compartir circunstancias y problemáticas similares • Apoyo mutuo (red social) • Mantener relaciones sociales positivas • Potenciar aspectos lúdicos hacia el bienestar • Búsqueda de satisfacción personal y convivencial
Relaciones Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo e intermediación en la resolución de conflictos • Búsqueda de cauces de comunicación • Sistemas pactados de implicación en el cuidado
Recursos y Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar recursos comunitarios y servicios de apoyo • Optimizar los servicios existentes • Promover otros • Descentralización (zona de residencia)

Fuente: Elaboración propia.

Además, dichos equipos trabajarán de acuerdo a otros elementos añadidos desde la perspectiva profesional que cooperan en la promoción de los aspectos socio-educativos descritos. Estos elementos implican flexibilidad en la intervención a partir de la planificación inicial, inclusión de la perspectiva de género y orientación al desarrollo sostenible de la URI.

4.4. Equipo de Trabajo

Para desarrollar todos estos aspectos, se contará con Equipos Multidisciplinares de Intervención en Hogares con Dependencia (EMIHD), conformados por cinco profesionales cada uno (tabla 3). Equipos que se implementarán de acuerdo a la zonificación sociosanitaria actual, trabajando en áreas, y que desde diferentes atribuciones cooperarán desde una perspectiva integral orientada a la promoción de la autonomía personal, al desarrollo de los proyectos personales, a fomentar la identidad personal y a potenciar las competencias individuales y grupales, y fundamentalmente la convivencia de la URI, teniendo en cuenta aspectos personales, contextuales y comunitarios.

Es la función de dicho equipo favorecer y estimular al máximo la autonomía y desarrollo personal, la participación comunitaria, y sobre todo la convivencia, optimizando los recursos existentes y co-generando redes de actuación profesional que contribuyan a la promoción integral de la persona y de la URI.

Tabla 3: Perfiles profesionales y funciones de los Equipos Multidisciplinares de Intervención en Hogares con Dependencia (EMIHD)

Perfil profesional	Funciones
Psicología	Análisis diagnóstico de la situación URI, determinación de pautas de intervención, abordaje terapéutico, acompañamiento, seguimiento y evaluación
Trabajo Social	Coordinación del equipo, primer contacto y acogida, relaciones de coordinación externas, abordaje de aspectos sociales (trámites y gestiones, apoyos específicos)
Educación Social	Acciones socioeducativas en contexto intrafamiliar y con el entorno, promoción de actividades individuales y potenciación de la URI en cuestiones de interacción cotidiana
Enfermería	Atención específica del proceso de la enfermedad, cuidados, comprensión de las dificultades y procesos degenerativos, y su impacto en el organismo
Terapia ocupacional	Rehabilitación y mantenimiento. Apoyo en relación a dificultades psicomotrices y cognitivas de personas con dependencia, ateniendo también a la prevención postural en cuidadores

Fuente: Elaboración propia.

El equipo actuará coordinadamente, para lo cual se establecerán reuniones periódicas semanales de abordaje integral de casos, situaciones y contextos. Para ello se plantea una metodología de intervención específica.

4.5. Programas Específicos Familiares (PEF)

Los PEF son la definición concreta de la propia planificación para, partiendo del diagnóstico, llegar a conseguir los objetivos prefijados de antemano. Estos programas son definidos en relación a cuatro grandes líneas de intervención (potencialidades, promoción y prevención, entorno, ocio y tiempo libre) y determinadas por los objetivos planteados anteriormente. Cada línea de intervención es uno de los pilares desarrollados, que confluirá con los demás, hacia la consecución de objetivos específicos (tabla 4) que, a su vez, conformarán el objetivo general del proyecto. Todo ello se plasmará en las acciones a desarrollar en cada intervención.

Tabla 4: Líneas de intervención y objetivos en cada PEF

Líneas de intervención	Objetivos
Desarrollo de las potencialidades intrínsecas de cada persona y cada URI	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer dinámicas participativas. • Promover el aprendizaje e implicación.
Desarrollo de acciones prácticas de mejora en la URI desde una perspectiva integral	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar propuestas y acciones. • Potenciar la unidad convivencial. • Promover el sostenimiento y la autonomía personal. • Fomentar la participación e implicación. • Apoyar un modelo de intervención centrado en la persona y en la familia.
Establecimiento de relaciones productivas y efectivas con el entorno y su contexto	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la expresión de circunstancias. • Establecer objetivos de intervención. • Atender a las personas, URI y familia. • Perspectiva integral. • Uso de elementos del contexto.
Información, formación, orientación, asesoramiento, acompañamiento e intervención socio-educativa	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el desarrollo del proyecto vital. • Atender las demandas específicas. • Acompañar el proceso. • Responder a las necesidades in situ.

Fuente: Elaboración propia.

Poner en práctica estos PEF conlleva una intervención específica que permita el desarrollo de los conceptos y objetivos aquí planteados. Por lo tanto, es preciso contextualizar el marco y dependencia de estos equipos, así como sus relaciones con otros recursos. Y las figuras que los integran con su ámbito de intervención especializado.

4.6. Intervención, contexto y dependencia de los EMIHD

Para abordar esta realidad y desde la perspectiva desarrollada, se plantea una intervención en el entorno intrafamiliar, accediendo directamente a las personas y URIs implicadas a través de los Servicios Sociales de Base y los Centros de Salud, desde una operatividad de RED de casos, siendo EMIHD un equipo especializado y complementario de apoyo. Asimismo, también tendrán interactividad con los Equipos Sociosanitarios establecidos en cada área, dentro del marco de atención de proximidad y en contexto.

Se propone la instauración de estos equipos de modo similar a otros equipos especializados que existen actualmente y que se desarrollan en la Comunidad Foral de Navarra, tales como EISOL (Equipo de Incorporación Sociolaboral), EAIA (Equipo de Atención a la Infancia y Adolescencia) y EAIV (Equipo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género). Estos equipos se rigen, en relación a su ámbito de intervención, por la Ley Foral de Zonificación de Servicios Sociales, actuando en áreas geográficas específicas de acuerdo a dicha zonificación y coincidiendo así el ámbito sanitario y social en un mismo espacio territorial.

Así, los EMIHD dependerán del Departamento de Derechos Sociales, en concreto de la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas (Dependencia), instaurándose como un equipo especializado de intervención (en el marco de atención primaria) en ámbitos geográficos concretos, en las propias familias y en interrelación continua con los Servicios Sociales de Base (especialmente con el Programa de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, descrito en el artículo 31, 1.b) de la Ley Foral 15/2006) y como apoyo a estos, además de la cooperación con los Centros de Salud de cada zona. Tendrán su sede en la localidad principal del área de incidencia, en concreto en los Centros de Servicios Sociales, y trabajarán en dicha área, desplazándose a las diferentes localidades dependientes de cada área e interviniendo en contextos intrafamiliares, estableciendo un ratio de casos por cada profesional de intervención de acuerdo a sus funciones e interacción con cada URI. Inicialmente se plantea un ratio de 20 casos por profesional, reduciéndose a 12 en el caso de la figura de Coordinación. Ratio que dependerá de diferentes variables y que deberá ser revisado en la práctica para valorar su posibilidad de incremento, mantenimiento o reducción.

La intervención estará inmersa en el acompañamiento de la URI, teniendo en cuenta otros familiares y el contexto y comunidad. Esto permitirá establecer planes de acción individualizados, itinerarios familiares de sostenibilidad que, atendiendo a las características de cada unidad de convivencia, comportarán unos u otros elementos como los ya citados en el punto anterior. Un aspecto primordial será el desarrollo de las potencialidades comunitarias en entornos de proximidad y de acuerdo a las circunstancias de cada zona.

4.7. Promoción comunitaria

Un aspecto primordial e identitario de estos equipos es el desarrollo de la promoción comunitaria, dado que una situación de dependencia no es sólo una cuestión individual y familiar, sino una cuestión social. Así, el entorno de residencia y los aspectos comunitarios deben emerger como elementos protectores y facilitadores de un proceso de dependencia. La visión de la comunidad como agente social no es un aspecto novedoso, aunque ha reclamado interés recientemente (Ramos-Feijóo, 2000; Pastor, 2001; Pastor, 2004; Hernández, 2009; Herranz y Roselló, 2010; Rodríguez, 2016), si bien ha sido relegado a un segundo plano en el avance de la intervención individual y la especialización profesional. De acuerdo al desarrollo complejo de las sociedades modernas y sus procesos de interacción y producción, las dificultades y problemáticas han emergido y evolucionado, implicando variables multicausales y diversidad de personas y perfiles. En este sentido, el ámbito comunitario, en sociedades individualistas, ha perdido vigor en la intervención. No obstante, esta premisa no es una suposición baldía, puesto que si bien no se han producido actuaciones prioritarias en este campo, esta área de incidencia no ha sido abandonada y en la actualidad cobra especial interés. Los autores mencionados promueven espacios de cooperación comunitaria e inciden en los beneficios de esta actuación.

En el ámbito de los EMIHD, las figuras de Educación Social, prioritariamente, serán las encargadas de promover un desarrollo de activación social en el área de residencia de estas personas y familias, a través de la interacción con agentes sociales e incidiendo en la dimensión comunitaria. Gimeno-Monterde y Alamo-Candelaria (2018) plantean el trabajo social comunitario como un factor esencial para las políticas públicas sostenibles. Propuesta similar, engarzando con el factor socioeducativo, es la que plantea Caride (2005) en el ámbito de la Educación Social. Similar enfoque, en el ámbito de la Psicología es el de autores como Buelga (2007) o Velázquez, Rivera y Custodio (2015). Lo mismo ocurre en Enfermería Ferrer (2009) y finalmente en Terapia Ocupacional (Pino y Ceballos, 2015).

En definitiva, todas las figuras integrantes de los EMIHD tienen una base de actuación comunitaria en sus respectivas disciplinas. Esto lo cual, permite orientar el enfoque de la intervención a una dimensión pos familiar y más amplia. Sin embargo, el desarrollo de estos elementos recaerá en las figuras de TS y ES, y fundamentalmente en esta última, al ser la encargada de desarrollar el ámbito comunitario en la actuación profesional y atención a la dependencia.

Para ello, realizará actuaciones del tipo:

- Detección de diversos agentes sociocomunitarios de actuación.
- Promoción de actuaciones conjuntas y en red sobre elementos detectados en la intervención familiar como posibles de apoyo comunitario (p.e. red de comercios de apoyo en la detección y notificación de situaciones de desorientación de personas con inicios de deterioro cognitivo leve).
- Diseño y ejecución de actuaciones específicas de concienciación y sensibilización sobre la dependencia.
- Asesoramiento y formación de diversos agentes en cuestiones relativas a la dependencia.
- Promoción de servicios de respiro comunitarios para familiares cuidadores/as.

Estas actuaciones se desarrollarán en conjunto con la figura de Trabajo Social, si bien el peso de las mismas recaerá en la figura de Educación Social.

4.8. Trabajo en RED

Es uno de los aspectos fundamentales el trabajo en red, dado que los EMIHD están interviniendo en contextos naturales concretos, a través de una actuación holística e integral, en áreas geográficas concretas y en familias específicas. Este hecho comporta entender, tal y como se ha indicado, que la acción profesional debe orientarse no sólo al entramado intrafamiliar, sino también a la actuación comunitaria.

Bajo este prisma, será necesario articular una red de atención a la dependencia (RADE) que genere cambios en la conciencia y sensibilización de los distintos agentes de cada zona. Entendiendo como tales, no sólo profesionales especializados, sino aglutinando otros elementos (asociaciones, comercios, farmacias...) que conforman el conjunto convivencial y que pueden ejercer como factores protectores y de apoyo.

La operatividad de esta red vendrá definida por la interacción periódica de sus miembros y el diagnóstico de necesidades a abordar, así como acciones a implementar. Dicha red será promovida por las figuras de ES y TS y se orientará a las comunidades de residencia de las personas y familias atendidas, favoreciendo tanto la conciencia y sensibilización general acerca de la dependencia, como el planteamiento de acciones específicas de acuerdo a las necesidades detectadas.

4.9. Área propuesta como experiencia piloto

Se propone como experiencia piloto el área de Tafalla, que se corresponde con parte de la Navarra Media Oriental y de la Ribera Alta, tal y como se definieron en la Zonificación "Navarra 2000". Supone el 13,7% del territorio foral y delimita el norte con las zonas de Pamplona y Pirineo, al este con la zona de Sangüesa y la provincia de Zaragoza, al oeste con Tierra Estella y al sur con el área de Tudela.

Tabla 22: Población por municipios según sexo, edad y nacionalidad. Datos del Padrón a 1/1/2021

MUNICIPIO	TOTAL POBLACIÓN	TASA CREC. % VA- RIACIÓN 2020-2021	SEXO		EDAD				NACIONALIDAD EXTRANJERA						
			% HOMBRES	% MUJERES	EDAD MEDIA	TASA DE DEPENDENCIA	% POB. 0-14 AÑOS	% POB. 80 Y + AÑOS	% POB EX-TRANJERA	% POB. EUROPA	% POB. ÁFRICA	% POB. AMÉRICA	% POB. ASIA	% POB. OCEANÍA	% SIN CLASIFICAR
Navarra	661.537	0,1	49,5	50,5	43,5	53,9	15,1	6,2	10,8	33,5	31,0	30,8	4,6	0,0	0,2
38 Artajona	1.741	3,0	51,3	48,7	45,9	58,4	13,6	7,8	6,4	20,7	43,2	36,0	0,0	0,0	0,0
45 Barásoain	613	0,0	52,9	47,1	45,1	47,0	13,1	5,9	3,9	20,8	4,2	66,7	8,3	0,0	0,0
51 Beire	301	4,9	51,2	48,8	51,2	84,7	12,6	11,0	5,6	11,8	70,6	17,6	0,0	0,0	0,0
52 Belascoáin	117	-1,7	53,0	47,0	50,7	34,5	2,6	7,7	2,6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
53 Berbinzana	677	1,7	51,0	49,0	46,9	71,0	14,6	10,0	10,3	4,3	82,9	12,9	0,0	0,0	0,0
65 Caparroso	2.784	-0,6	52,7	47,3	43,1	55,4	15,8	7,3	20,0	45,8	36,8	16,7	0,7	0,0	0,0
67 Carcastillo	2.487	-0,6	50,9	49,1	45,2	56,5	13,7	7,9	12,0	16,4	56,4	23,5	3,7	0,0	0,0
104 Falces	2.316	-0,9	51,4	48,6	47,8	65,2	12,9	9,8	14,1	1,5	91,4	6,7	0,0	0,0	0,3
107 Funes	2.455	0,5	53,1	46,9	43,5	56,4	16,0	5,9	19,2	4,9	90,9	4,0	0,2	0,0	0,0
114 Garinoain	503	1,0	53,1	46,9	41,2	41,3	14,9	6,0	5,8	44,8	27,6	27,6	0,0	0,0	0,0
150 Leoz / Leotz	226	0,9	64,6	35,4	53,4	75,2	5,8	10,6	1,8	75,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0
163 Marcilla	2.866	0,1	50,1	49,9	43,6	56,3	15,5	7,6	15,7	9,3	75,6	13,1	2,0	0,0	0,0
164 Mélida	733	0,3	51,2	48,8	49,3	75,4	12,0	11,9	14,7	6,5	79,6	13,9	0,0	0,0	0,0
171 Miranda de Arga	852	-1,3	52,8	47,2	48,6	67,4	11,9	9,5	8,1	15,9	47,8	34,8	0,0	0,0	1,4
178 Murillo el Cuende	673	0,0	52,2	47,8	43,5	55,4	15,8	3,4	14,9	25,0	65,0	10,0	0,0	0,0	0,0
179 Murillo el Fruto	665	0,5	53,8	46,2	46,4	59,1	12,0	8,7	14,6	12,4	7,2	80,4	0,0	0,0	0,0
191 Olite / Erriberri	3.998	0,4	50,6	49,4	44,5	52,4	14,0	7,2	9,8	41,9	30,2	24,3	3,6	0,0	0,0
202 Peralta / Azkoien	5.965	0,2	50,5	49,5	42,0	51,9	15,9	5,3	10,2	21,1	45,0	32,6	1,0	0,0	0,3
205 Pitillas	532	6,0	48,9	51,1	50,2	68,4	10,7	12,2	8,8	10,6	59,6	29,8	0,0	0,0	0,0
207 Pueyo	345	-4,4	55,1	44,9	46,2	59,7	13,9	7,0	2,3	75,0	12,5	12,5	0,0	0,0	0,0
217 San Martín de Unx	393	1,0	52,7	47,3	53,9	68,7	7,6	16,5	13,2	25,0	51,9	9,6	13,5	0,0	0,0
220 Santacara	865	-0,6	51,8	48,2	49,5	59,6	9,7	9,8	4,3	13,5	73,0	13,5	0,0	0,0	0,0
227 Tafalla	10.582	-0,4	49,7	50,3	45,6	55,0	12,6	7,2	11,3	40,9	28,4	28,0	2,7	0,0	0,0
235 Ujué / Uxue	175	0,0	54,9	45,1	53,4	76,8	8,6	13,7	1,7	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0

En junio de 2018, el área de Tafalla presentaba una situación de dependencia por grado definida en la tabla 23.

Tabla 23: Grados de dependencia y número de personas en el área de Tafalla

Grado de Dependencia	Nº Personas Área de Tafalla
Gran dependencia	283
Dependencia Severa	454
Dependencia Moderada	554
No dependiente	361
Total	1652

Fuente: Elaboración propia a partir del informe del Observatorio.

Estos datos indican una mayor prevalencia, que en la zona noreste, similar a la zona noroeste e inferior a zonas como Estella, Tudela y Pamplona y Comarca. Cuestión lógica por la confluencia de habitantes. En el informe del observatorio se indica en la página 41:

“Tafalla es la única zona que aumenta población en todos los grados de dependencia, el aumento más significativo son los dependientes moderados en un 15,1%. Los dependientes severos crecen un 3,7% y los grandes casi un 5%, siendo la única zona donde aumenta la población con este tipo de dependencia”.

Por otro lado, este mismo informe señala cómo Navarra es la comunidad con mayor atención de las personas con dependencia (25,9%) de todo el Estado Español, lo que remarca el interés y promoción de la atención de esta situación por parte del Gobierno Foral (p. 62).

Unos datos que, sin embargo, en el estudio realizado y descrito anteriormente, reflejan ser insuficientes para abordar la realidad de la dependencia y el incremento de esta. Estas cuestiones señalan que Navarra se encuentra sumida en el afrontamiento de la dependencia y que, dentro de sus áreas geográficas delimitadas, Tafalla se muestra como una zona idónea para una experiencia piloto por su demarcación, incidencia, representatividad, ajuste geográfico y gestación de los equipos sociosanitarios.

4.10. Herramientas de seguimiento y evaluación

Para alcanzar los objetivos propuestos y de acuerdo a los planteamientos realizados, es preciso articular distintas herramientas de seguimiento y evaluación que permitan visibilizar el proceso y generar valores de medición cuantitativos y cualitativos que plasmen los resultados alcanzados. Se consideran cinco herramientas fundamentales y reconocibles por cada profesional:

· *Informe de apertura/activación*

Elaborado por el Servicio Social de Base y/o Centro de Salud (referentes profesionales), o servicio sociosanitario. Es transmitido al EMIHD correspondiente. En dicho informe se recogen datos básicos de atención y circunstancia familiar y personal. Este informe establece el marco básico de partida en la intervención (anexo I).

· *Informe PEF*

Elaborados por el EMIHD. Estará configurado por distintos apartados específicos de cada profesional de intervención, siendo función de Trabajo Social la emisión del mismo desde una perspectiva global, integrando varios elementos y planteando las distintas acciones a seguir de acuerdo a las valoraciones conjuntas en las reuniones semanales del equipo. Partirá de las valoraciones obtenidas por el agente activador y ahondará en distintos elementos (psicológicos, sociales, educativos, sanitarios y terapéuticos) para elaborar una propuesta de intervención que aúne los aspectos que la URI y su entorno precisa. Se realizará en un plazo de 3 meses recepción del informe de derivación y la presentación de la familia (anexo II).

· *Informes de seguimiento*

Elaborados por el EMIHD. Estará configurado por distintos apartados específicos de cada profesional de intervención, siendo función de Trabajador/a Social la emisión del mismo desde una perspectiva global, integrando varios elementos y planteando las distintas acciones a seguir de acuerdo a las valoraciones conjuntas en las reuniones semanales del equipo. Se realizarán cada 4 meses a partir del informe PEF y hasta la finalización de la intervención (anexo III).

· *Informe de finalización*

Elaborado por el EMIHD. Estará configurado por distintos apartados específicos de cada profesional de intervención, siendo función de Trabajo Social la emisión del mismo desde una perspectiva global, integrando varios elementos y planteando los resultados obtenidos y el progreso realizado, de acuerdo a las valoraciones conjuntas en las reuniones semanales del equipo (anexo IV).

· *Memoria anual*

Elaborada por la figura de Trabajo Social, donde se recojan los datos anuales de intervención en términos cuantitativos y cualitativos (anexo V).

4.11. Registros

Realizados por los distintos profesionales de acuerdo a su intervención. Contarán con indicadores específicos sobre los que se trabaja, elaborados por cada profesional dentro de su área de actuación y centrados en la actuación que realizan con cada URI. Entre ellos destacan:

- Trabajador/a Social: número de gestiones, número de acompañamientos, número de intervenciones específicas intrafamiliares y objeto de las mismas. Número de coordinaciones con otros servicios.
- Educador/a Social: número de interacciones con el entorno, número de acciones de promoción e inclusión en elementos comunitarios, número de actuaciones de sensibilización e implicación comunitaria, número de actuaciones intrafamiliares.
- Psicólogo/a: número de sesiones terapéuticas, número de asesoramientos, número de charlas informativas.
- Terapeuta ocupacional: número de sesiones, número de asesoramientos, número de charlas informativas.
- Enfermero/a: número de actuaciones específicas, número de asesoramientos, número de charlas informativas.

Cada actividad registrada cuantitativamente conllevará una valoración cualitativa del avance o no en el programa específico familiar (PEF) que se generará en cada intervención con la URI y su contexto, midiendo también la perspectiva familiar y personal. Las escalas y herramientas se han señalado en cada perfil profesional, no invalidando, sino reforzando la comunicación e interacción continua por medio de las coordinaciones o a través de profesionales directos de intervención, puesto que la fluidez de la comunicación y las necesidades cambiantes y evolutivas de las familias y situaciones marcarán la interrelación profesional. Por otro lado, los informes de seguimiento y finalización, así como la memoria anual, serán remitidos tanto a los Servicios Sociales de Base de referencia y Centros de Salud, equipo sociosanitario, como al Departamento de Derechos Sociales, en concreto a la Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas, de la cual dependerán estos equipos.

Se utilizará un espacio protegido (Share Point) que permitirá la movilidad de datos de acuerdo a las directrices de la LOPD de 2018 anteriormente citada, con todas las garantías legales y procesos.

CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS

Los datos actuales y las previsiones futuras conllevan la necesaria conclusión de afrontar la sostenibilidad familiar como medio indiscutible de cuidado e intervención. Así pues, teniendo en cuenta estos hechos, se hace necesaria la creación de herramientas y servicios de soporte que contribuyan a la permanencia en el medio y al apoyo de la URI y de los demás miembros integrantes de la familia.

No atender esta realidad implicará un aumento progresivo de dificultades en el cuidado, una mayor sobrecarga de las personas cuidadoras con su consiguiente problemática de salud, y una ruptura de la familia como eje vertebrador del sistema social al no ser capaz de afrontar en solitario y de modo equilibrado un cuidado tan prolongado y arduo. Asimismo es previsible el aumento de los ingresos hospitalarios y las atenciones externas a personas con dependencia.

Por lo tanto, es imprescindible articular nuevos modelos de intervención que permitan adentrarse en la realidad cotidiana de cada persona y familia. Acciones contextualizadas de acuerdo a su circunstancia y vivencia. Acompañar el proceso de dedicación al cuidado que permita: fomentar la unidad familiar y su progreso individual y grupal en el tiempo, reducir costes y propiciar el mantenimiento en el entorno. En suma, favorecer una convivencia saludable y sostenible.

Los EMIHD son una propuesta de intervención orientada a responder a todas las necesidades detectadas. Trabajan desde y con la URI, en el propio contexto, acompañando el proceso y respondiendo a las necesidades de cada persona. Son equipos que parten del conocimiento multidisciplinar y la cooperación de agentes sociales centrados en la persona y en la familia. Esta interdisciplinaridad y visión común aporta elementos de cohesión y apoyo. Por lo tanto, ofrece alternativas y espacios de coexistencia saludables y específicos.

La puesta en práctica de estos equipos permitirá:

- Reducir costes al establecer un perímetro de intervención geográfico con un único equipo y un ratio de acción, manteniendo a la persona y familia en su entorno y minimizando el impacto que generan ingresos hospitalarios y cargas en el sistema de salud al carecer de información y recursos propios para hacer frente al progreso de la enfermedad.
- Adecuar la intervención a cada persona y familia, optimizando los recursos y resultados, e incidiendo activamente y en tiempo real sobre las necesidades detectadas.
- Generar redes de acción más eficientes al mantener cada servicio su singularidad, al tiempo que se nutre de cooperación mutua, información más amplia y actualizada e intervención efectiva y complementaria.
- Concienciar a la población y recursos locales de la necesidad de adaptar el contexto y comprender la enfermedad, a la par que propiciar la activación comunitaria en el reconocimiento y apoyo de las familias y personas con dependencia.
- Fomentar la sostenibilidad familiar y los proyectos individuales, la cohesión y cooperación intrafamiliar y los beneficios y compromisos del cuidado.
- Apoyar la figura familiar cuidadora como sustento del cuidado desde el concepto de la URI, estableciendo canales de colaboración familiar, comprensión de la enfermedad y atención a las y los distintos miembros de la unidad familiar

Además de otros elementos añadidos como:

- Establecer un marco de intervención sociosanitario en esencia, relacionada con las necesidades emergidas de la dependencia, trabajando al unísono en un equipo interdisciplinar y multidisciplinar con objetivos comunes.
- Aportar valor añadido a la intervención desde la perspectiva holística y visión integradora del ámbito sociosanitario en la acción conjunta profesional.
- Validar y desarrollar una propuesta de intervención efectiva como resultado de un proceso de investigación y diagnóstico previo científico que permita abordar aquellos aspectos prioritarios y esenciales en las cuestiones de dependencia.
- Permitir la transferibilidad, dado que el planteamiento y metodología propuestos se adaptan a distintos entornos y escenarios, siendo un aspecto esencial de estos equipos y este procedimiento de intervención.
- Desarrollar recursos de proximidad a bajo coste (dado que un equipo atiende diversas familias y zonas) y locales, promoviendo la actuación in situ y descentralizando servicios para una atención más directa, eficiente y eficaz.

En definitiva, los EMIHD suponen una apuesta contextualizada, individual y familiar, de incidencia en un entorno y circunstancias concretas que permiten abordar cada realidad y comunidad desde su propia singularidad, obteniendo mayores cotas de aplicación práctica efectiva de recursos, acompañando el proceso y estableciendo formas de interacción novedosas en este ámbito orientadas a la eficiencia y la calidad de vida de las personas que componen la URI y sus familiares allegados.



Gobierno de Navarra
Nafarroako Gobernua

Departamento de Derechos Sociales
Eskubide Sozialetako Departamentua



Observatorio de la Realidad Social
Errealitate Sozialaren Behatokia