



LOS CENTROS  
DE DÍA.

*Aproximación  
a la experiencia  
internacional  
y española*



ÁREA DE GOBIERNO  
DE EMPLEO Y SERVICIOS A LA CIUDADANÍA  
Dirección General de Mayores



**Edita:**  
Fundación Pfizer.  
Avda. de Europa, 20 B. Parque empresarial, 28108 Alcobendas. Madrid

**Diseño y Maquetación:**  
DNA health

**Fotomecánica, Impresión y Encuadernación:**

**Depósito Legal:**xxxxxxxxx  
**ISBN:** xxxxxxxxxxxx

No se permite la reproducción total o parcial de este libro ni el almacenamiento en un sistema informático, ni la transmisión de cualquier forma o cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia, registro u otros medios sin el permiso previo y por escrito de los titulares



## **LOS CENTROS DE DÍA.**

### ***Aproximación a la experiencia internacional y española***

**Gregorio Rodríguez Cabrero (coordinador)**  
**Pilar Rodríguez Rodríguez**  
**Vicente Marbán Gallego**

#### **PRESENTACIÓN**

Durante los dos últimos lustros el Centro de Día para personas mayores que sufren algún tipo de dependencia ha ganado en importancia como recurso asistencial y como medio de apoyo a la familia cuidadora. Se trata de un recurso comunitario fronterizo entre la atención domiciliaria y la residencial y que desarrolla variadas funciones de prevención, rehabilitación, terapia, entretenimiento y cuidados personales a cargo de equipos



multidisciplinares. También permite la innovación organizativa y la experimentación asistencial y se demuestra que tiene una eficacia terapéutica nada desdeñable en la atención de las demencias y la enfermedad del Alzheimer.

La función social del Centro de Día en los grandes espacios urbanos ha ido ganando importancia de forma progresiva actuando a modo de nodo dentro de la red de servicios sociales y estructurando el espacio asistencial existente entre el domicilio de la persona mayor y el ámbito residencial; también ha facilitado el desarrollo y adaptación de los centros sociales y residenciales ya existentes a las nuevas necesidades sociales ampliando la oferta asistencial; y de manera creciente está ganando visibilidad social y apoyo familiar, sobre todo por parte de la mujer trabajadora-cuidadora que, por ahora, ocupa de manera preeminente, casi en exclusiva, el espacio-carga del cuidado informal.

## LOS CENTROS DE DÍA.

### *Aproximación a la experiencia internacional y española*

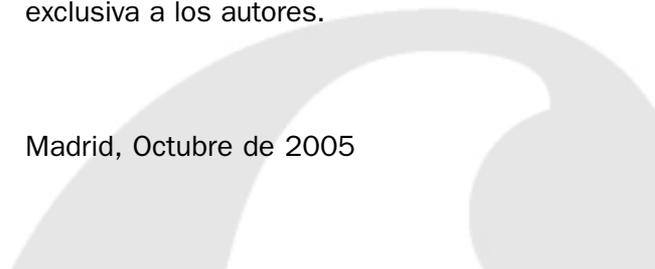
Gregorio Rodríguez Cabrero (coordinador) ■ Vicente Marbán Gallego ■ Pilar Rodríguez Rodríguez

Esta investigación es una aproximación al conocimiento de la práctica asistencial del Centro de Día en España a través del trabajo de campo realizado en una muestra de centros públicos y privados, entrevistas a expertos y un análisis específico de la experiencia de los Centros de Día en una gran ciudad como Madrid.

Este análisis empírico va precedido de un análisis tentativo de la experiencia internacional, ciertamente no muy abundante en cuanto a publicaciones, con la pretensión de conocer la importancia que el Centro de Día ocupa en el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores en situación de dependencia. Con todo este material hemos definido el marco teórico global desde el que analizar y debatir los objetivos y funciones sociales y asistenciales del Centro de Día destacando, sobre todo, su importancia en los grandes núcleos urbanos envejecidos.

Finalmente, hay que destacar que esta investigación no hubiera sido posible sin el apoyo entusiasta de **José Luis Puerta** y **Amaya Iturralde** (de la Función Pzifer) y de **Florencio Martín Tejedor** (Director General de Mayores del Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía del Ayuntamiento de Madrid) y su competente equipo compuesto por **Soledad Frías Martín, Consuelo Mirones Fernández, Elena Prado Rosa, Francisca Pastor Manzano, Juan de la Torre Vidal y Pilar Serrano Garijo**. La colaboración profesional de las Directoras y Directores de los Centros de Día de las seis CCAA en las que hemos desarrollado el trabajo de campo, así como de los expertos consultados, ha hecho posible este trabajo. A todos ellos nuestro agradecimiento. La responsabilidad del contenido de este texto pertenece en exclusiva a los autores.

Madrid, Octubre de 2005





# ÍNDICE

<b>1. LOS CENTROS DE DÍA COMO ESPACIO DE ATENCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA</b> .....	8
1.1. Los Centros de Día como recurso social para personas mayores en situación de dependencia.....	8
1.2. Aproximación al conocimiento de los Centros de Día en el ámbito europeo y español .....	11
Anexo Metodológico .....	14
<b>2. LOS CENTROS DE DÍA: CONCEPTUALIZACIÓN BÁSICA</b> .....	16
2.1. El lugar de los Centros de Día dentro de la red de recursos de atención a las personas mayores en situación de dependencia.....	16
2.2. Diferencias entre el Centro de Día y otros programas de Atención Diurna .....	18
2.3. Definición y objetivos del Centro de Día .....	19
2.4. Destinatarios/as, criterios de inclusión y modalidades asistenciales .....	22
2.5. El Plan General de Intervención (PGI): Servicios y Programas de Intervención .....	24
2.6. Recursos que se proponen para un Centro de Día.....	25
2.7. Criterios de calidad .....	28
2.8. Los programas de intervención con familias desde los Centros de Día.....	33
<b>3. LOS CENTROS DE DÍA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL</b> .....	42
3.1. Contexto sociodemográfico e institucional de la protección social de la dependencia.....	42
3.2. Modelos generales de Centros de Día.....	48
3.3. La experiencia europea de Centros de Día. Potencialidades y límites de un recurso intermedio.....	50
<b>4. APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA DE LOS CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA</b> .....	60
4.1 Contexto general del desarrollo del Centro de Día .....	60
4.2 Características fundamentales de los Centros de Día en diferentes CCAA. Una visión .....	62
4.3 Los Centros de Día en seis CCAA a través de una experiencia significativa de experiencias .....	70
ANEXO I Cuestionario sobre Centros de Día.....	89
ANEXO II SÍNTESIS DE RESULTADOS OBTENIDOS.....	92

<b>5. EL DESARROLLO DE LOS CENTROS DE DÍA EN LA GRAN CIUDAD: MADRID</b> .....	116
5.1 Antecedentes históricos y marco orientativo del desarrollo de los Centros de Día .....	116
5.2 Los Centros de Día como recurso del Plan de Atención a las Personas Mayores .....	119
5.3 Perfil de usuarios de los Centros de Día en Madrid. Valoración y ratios de atención .....	121
5.4 Conclusiones.....	127
Anexo 1 Ratios de atención profesional de los Centros de Día de Madrid.....	128
<b>6. TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE LOS CENTROS DE DÍA EN ESPAÑA. REFLEXIONES PARA EL DEBATE TEÓRICO Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL</b> .....	130
6.1 El análisis de los Centros de Día en el contexto del Espacio Europeo de Atención a la Personas Mayores en situación de dependencia.....	130
6.2 Conclusiones tentativas sobre teoría y práctica de los Centros de Día en España.....	132
6.3. Valoración general de los Centros de Día y propuestas de mejora .....	134
6.4. El desarrollo futuro de los Centros de Día en las grandes ciudades .....	137
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	140



# CAPÍTULO 1

## LOS CENTROS DE DÍA COMO ESPACIO DE ATENCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



### 1.1 LOS CENTROS DE DÍA COMO RECURSO SOCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El Centro de Día es un recurso social dirigido al mantenimiento de la autonomía de las personas mayores en situación de dependencia que viven en su domicilio así como al apoyo a los cuidadores/as informales de dichas personas.

En 1996, hace casi diez años, el entonces INSERSO, publicó un Documento Técnico de cierto impacto, por ser el primero y por su calidad, bajo el título de “Centro de Día para personas mayores dependientes. Guía práctica”. Se trata de un trabajo colectivo de diferentes profesionales y expertos en el que además de sintetizar una práctica asistencial que por entonces era escasa a nivel nacional, aunque en proceso de crecimiento, y desigual entre CCAA, se pretendía destacar, pensando en los años venideros, la importancia social y asistencial de este tipo de recurso “intermedio” y llamar la atención de los responsables institucionales sobre la urgencia de potenciar este dispositivo para favorecer la autonomía de las personas mayores dependientes que viven en su domicilio (sobre todo en el ámbito urbano) y apoyar y dar respiro a los cuidadores informales, en su

inmensa mayoría mujeres.

El Centro de Día empezaba, por entonces, a destacar como un dispositivo más de atención diurna si bien ni está orientado solamente a la relación social y convivencial (caso del tradicional Hogar o Club de personas mayores), ni al tratamiento sanitario (caso del Hospital de Día), sino que se trata de un recurso con especiales características, de naturaleza social fundamentalmente, aunque incluye una amplia atención sanitaria y algunas funciones convivenciales. Tal como lo define Mayte Sancho en el mencionado documento, el Centro de Día es **“un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual”**. En dicha definición destacan claramente dos objetivos y un tipo de estructura asistencial. Los objetivos fundamentales son el cuidado de la persona dependiente y desarrollo de su autonomía y, al mismo tiempo, el apoyo a la familia cuidadora a la que se libera parcialmente de la carga de cuidados dada la especial naturaleza profesional de los mismos. Es decir, el objetivo del Centro de Día es lograr el bienestar y calidad de vida de las personas mayores dependientes y de sus cuidadores informales. El tipo de estructura de cuidados es mixto tanto por la intervención del ámbito social como del sanitario, ya que se trata de cuidados integrales, así como por las funciones amplias que desarrolla: preventiva, rehabilitadora y asistencial.

Esta concepción de los Centros de Día es ampliamente compartida por los expertos, como Martínez y otros (2000), o Leturia, Uriarte y Yanguas (2003). Estos últimos destacan que el núcleo de usuarios de un Centro de Día son los discapacitados, físicos o psíquicos, con insuficiente apoyo por parte de la unidad de convivencia o que ocasionan grave quebranto de la vida familiar o que precisan de una atención especializada. Resaltando también los elementos de apoyo a la vida familiar y la atención especializada, Arriola e Inza (2000) lo plantean como un “servicio multidisciplinar dirigido a usuarios que presentan una problemática socio-asistencial configurado como una estructura que proporciona asistencia continuada durante tiempo indefinido y posibilita la vida laboral del resto de los miembros de la familia”. El Centro de Día da respuesta a una pluralidad de necesidades, tal como observaba Moragas (1994), que varían en función del tipo de dependencia de forma que, por ejemplo, en el caso de la enfermedad de Alzheimer, el apoyo a los cuidadores ocupa un lugar central en comparación con otro tipo de dependencias, como pueden ser las de tipo físico.

Las políticas sociales de las CCAA y de la propia Administración Central han desarrollado de manera creciente y a partir de 1985 el Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD) favoreciendo la idea del envejecimiento en el propio domicilio. Se trataba, en sus inicios, de un tipo de SAD más de tipo instrumental que asistencial y dirigido a un colectivo en el que el grado de dependencia en general no es excesivamente grave, más bien moderado. Sin embargo, en un plazo de diez años, aproximadamente entre 1985 y 1995 cambia la composición de la población mayor (con un crecimiento importante de la población mayor de 80 años y con problemas de tipo cognitivo), también cambia progresivamente la estructura de la población cuidadora tradicional (ya que la mujer cuidadora se incorpora al mercado de trabajo y parte de los cuidados informales tienen que ser realizados por las propias personas mayores) y, finalmente, cambia la propia visión y práctica de los geriatras y gerontólogos sociales sobre cómo hay que abordar el cuidado de la persona en situación de dependencia.

Dicho de otra manera, ha aumentado la población mayor que envejece en el domicilio asumiendo en muchos casos una creciente dependencia que la familia no siempre puede asumir desde los cuidados informales, máxime en un sistema social complejo como es el urbano. Cambia en ese período la visión social del cuidador informal, mujer sobre todo, que asume en solitario y de manera inexorable el compromiso moral y la carga física y psicológica de la función de cuidados personales sin soporte de la comunidad, abriéndose paso la idea de respiro del cuidador



y el reparto de la carga de cuidados por género y en el seno de la propia sociedad. Finalmente, los profesionales del envejecimiento, sociales y sanitarios, llaman la atención sobre la necesidad de potenciar servicios a favor de las personas mayores en situación de dependencia, tanto en el nivel residencial como, sobre todo, en el nivel comunitario.

Desde este punto de vista, los Centros de Día son un recurso puente, intermedio, entre la asistencia domiciliaria y la residencia, entre la persona dependiente y el cuidador, entre la autonomía deseable y la dependencia inevitable de la mayoría de las personas dependientes mayores.

La importancia de los Centros de Día como recurso de apoyo a la persona dependiente y sus cuidadores no se agota en el plano microasistencial. Es un recurso específico dentro de un modelo comunitario orientado a la atención psico-físico-social de la persona mayor dependiente que, al mismo tiempo, trata de dar respuesta a tres realidades sociales que el proceso de envejecimiento de la población en las sociedades de la Unión Europea (UE) ha puesto de manifiesto de manera progresiva:

- a) El crecimiento de las dependencias de tipo cognitivo (Alzheimer y demencias en general), cuyo peso sobrepasa con mucho a las de tipo físico, como veremos en la aproximación al caso de España.
- b) La especial incidencia de las dependencias en el medio urbano ya que en él no sólo se encuentra el mayor número de personas muy mayores en situación de dependencia, sino que su situación se ve agravada en muchos casos por las barreras sociales y físicas, es decir, el aislamiento de muchos mayores y las dificultades de acceso a los recursos sociales y asistenciales. Tampoco podemos olvidar que en los entornos rurales más aislados se encuentran personas mayores dependientes sin apenas cuidadores familiares y alejados de las redes de servicios sociales.
- c) Los cambios en las redes de apoyo familiar como consecuencia no sólo de una creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo en el mundo urbano sino, también, de los nuevos modos de convivencia y solidaridad familiar emergentes. La estructura familiar tradicional de cuidados informales de naturaleza femenina ya no es viable a largo plazo, menos aún en el espacio urbano, cuando se han ampliado las demencias y el número de años con cronicidad (que ocupan un amplio espacio asistencial en los Centros de Día). De hecho, el crecimiento de la oferta de plazas de Centros de Día en España es, sobre todo, fruto de la presión de las demencias y problemas cognitivos de las personas mayores sobre la familia cuidadora. Con ello avanzamos lo que hemos constatado en el caso español de que efectivamente las personas con demencias son el colectivo ampliamente mayoritario de los Centros de Día.

En definitiva, el Centro de Día se ha convertido en España en dos décadas (entre 1985 y 2005) en una alternativa asistencial en auge dentro de una red de recursos articulados entre sí, ciertamente aún escasos, que puede cubrir con carácter integral la atención del mayor dependiente y de su familia. De ahí, y en línea con la primera definición, que en este estudio hayamos definido el Centro de Día como un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que presta atención integral a la persona mayor en situación de dependencia en régimen ambulatorio y de manera especializada. Y cuyo sustrato teórico supone un enfoque global de la atención asistencial a la persona dependiente tanto por su multidimensionalidad (pluralidad de actores, variedad de necesidades y multiplicidad de objetivos), como por la necesaria interdisciplinariedad que conlleva la intervención profesional (social, sanitaria, psicológica) y la exigible flexibilidad organizativa (adaptación a las necesidades individuales).

Pero no se trata solamente de que el Centro de Día se esté consolidando como recurso intermedio de atención integral sino que, al mismo tiempo e idealmente, el objetivo de calidad total se ha abierto paso en este tipo de recurso, no sólo en la normativa autonómica de acreditación de Centros de Día (como veremos en el caso de las CCAA en las que hemos realizado las entrevistas), sino en la propia práctica profesional y en la doctrina

gerontológica y geriátrica. La exigencia de estándares de recursos materiales y humanos, de protocolos de intervención, de equipos multidisciplinares y de sistemas de evaluación de recursos, procesos y resultados de asistencia y satisfacción de usuarios, cuidadores y profesionales se ha abierto paso, si bien su grado de implantación y madurez es desigual en el caso español.

## 1.2

### APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LOS CENTROS DE DÍA EN EL ÁMBITO EUROPEO Y ESPAÑOL

El crecimiento del volumen de personas mayores dependientes, con problemas cognitivos sobre todo, aunque no exclusivamente, que viven en su domicilio y precisan de una intervención múltiple a favor de su autonomía y de la calidad de vida de sus cuidadores, obligan a una reflexión en profundidad sobre diferentes aspectos concretos que abordamos en este trabajo: se define primero la naturaleza asistencial del Centro de Día y sus funciones terapéuticas y de apoyo a la familia tratando de clarificar la confusión terminológica existente en la actualidad debido a los distintos desarrollos del recurso en las CCAA (Capítulo 2); a continuación, realizamos una aproximación a la experiencia europea de las funciones del Centro de Día en base a la información existente que aquí sintetizamos (Capítulo 3); después, y mediante el análisis de una muestra significativa de Centros de Día, públicos y privados, además de entrevistas a expertos, nos aproximamos a la situación de los Centros de Día como recurso asistencial en seis CCAA (Capítulo 4); a partir del contexto de los Centros de Día en la Comunidad de Madrid profundizamos en la experiencia concreta del desarrollo de los Centros de Día en Madrid capital como respuesta al intenso proceso de envejecimiento de su población en el entorno de la gran ciudad (Capítulo 5); el trabajo finaliza con unas conclusiones y propuestas para el debate profesional cuyo objetivo final es contribuir a clarificar conceptos y precisar las prácticas asistenciales del Centro de Día de forma que, más allá de la diversidad de experiencias, sea posible crear un cuerpo compartido de conocimientos (Capítulo 6).

Desarrollando con mayor detalle estos objetivos:

- a) El trabajo se inicia con una aproximación a los principios teóricos y práctica terapéutica y asistencial del Centro de Día desde los cuales enfocar el conjunto del trabajo. Se aborda aquí el concepto de Centro de Día como institución socio-terapéutica al servicio de la autonomía de la persona dependiente y de apoyo a los cuidadores informales. El análisis del concepto de Centro de Día supone abordar su denominación (ya que es un concepto que suele generar alguna confusión con los centros sociales, por ejemplo, u otras formas de atención diurna como los llamados programas o servicios de estancia diurna), objetivos (por ejemplo, no todos los modelos dan la misma importancia al rol de la familia cuidadora), tipologías de centros (ya sea en función del tipo de persona en situación de dependencia o por el modo en que se concibe el recurso, de manera autónoma o como parte de un complejo asistencial), los modelos asistenciales (con mayor o menor énfasis en la prevención o rehabilitación, en los factores de tipo social o en los de naturaleza psicológica o sanitaria) y, finalmente, y sin pretender agotar la lista de problemas, la evaluación de la calidad asistencial y del bienestar de la familia y del usuario enfatizando en la evaluación de procesos o en la de los resultados. Este es, a modo de síntesis, el contenido del capítulo 2: una reflexión sobre el Centro de Día como sistema asistencial puente al servicio de la persona mayor dependiente y sus cuidadores. Tal como se ha planteado aquí se trata de una propuesta o concepción global de los Centros de Día que, en parte, resumen tentativamente la realidad española (a través de la muestra significativa de centros) y que, en todo caso, pretende ser una propuesta teórica para el debate y para la creación de un cuerpo de conocimiento común.



- b) El conocimiento de la experiencia internacional del rol de los Centros de Día, dentro del sistema asistencial para las personas mayores en situación de dependencia, es una exigencia ineludible estando integrado nuestro Estado de Bienestar en el espacio europeo de protección social o “modelo social europeo”. Un espacio constituido por experiencias ancladas en sólidas tradiciones nacionales pero progresivamente abierto al aprendizaje y convergencia relativa en materia de políticas sociales.

Los trabajos de evaluación de residencias y del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) son relativamente abundantes ya que se trata de dispositivos asistenciales de cierta tradición. No sucede lo mismo con los Centros de Día o atención diurna terapéutica para la autonomía y el respiro. En este trabajo pretendemos sintetizar los aspectos más relevantes de la literatura internacional sobre el impacto de los Centros de Día como recurso social intermedio anticipando que de la revisión realizada destacan más los aspectos descriptivos sobre objetivos, tipologías y servicios que sobre evaluación de procesos y resultados. Buena parte de la experiencia procede del mundo anglosajón (sobre todo del Reino Unido donde el centro de día terapéutico tiene su raíz en los hospitales de día) mientras que en el resto de Europa, como señala Mayte Sancho, el proceso de implantación ha sido “lento y conceptualmente confuso” hasta muy recientemente.

La variedad de usuarios, con diferentes necesidades sociosanitarias, junto a las tradiciones asistenciales y las influencias de las profesiones médicas y sociales, han dado lugar a una amplia variedad de servicios diurnos para personas mayores dependientes bien en el ámbito hospitalario, en el ámbito residencial o en el ámbito social. Es justamente la variedad de servicios de día, junto a las distintas profesiones que participan, lo que ha producido una cierta confusión en la conceptualización del Centro de Día.

Hasta casi recientemente el Centro de Día se ha definido más por lo que no es – ni servicio domiciliario ni residencia - que por lo que es: servicio diurno integral y terapéutico de apoyo personal y familiar; también se lo ha definido más por sus características espaciales que por su naturaleza de nexo entre recursos. Esta confusión también aparece en buena medida en la literatura internacional. Si bien en esta última el concepto de Centro de Día ha cristalizado como servicio de apoyo a la persona mayor dependiente que vive en domicilio y, en buena medida, se ha generalizado en nuestro país entre los profesionales y entre los propios familiares de personas dependientes y, por tanto, forma parte del lenguaje cotidiano y técnico, lo cierto es que en puridad el Centro de Día forma parte y es la estructura central de lo que es un servicio de apoyo diurno o servicios de estancias (atención) diurnos que incluye variados servicios de apoyo diario flexible al mayor dependiente independientemente de su ubicación espacial. Dicho esto, no cabe duda que el concepto o idea de Centro de Día se ha impuesto en la vida social y profesional aunque es preciso diferenciar, como luego haremos, entre los distintos tipos de apoyo diurno: los centros sociales, los servicios o programas de estancias diurnas, el hospital de día y el Centro Día.

- c) Como contraste con la experiencia internacional nos hemos aproximado al conocimiento de la experiencia de los Centros de Día en España mediante el análisis y comprensión de una muestra significativa de experiencias en seis CCAA a modo de estudio-piloto: Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid y País Vasco. En dichas CCAA hemos analizado con cierta profundidad dos centros: uno público y otro privado, así como la realización de una entrevista a un experto en este tipo de recursos, en la mayoría de los casos responsable de servicios sociales a nivel autonómico o local.

Dicho análisis no sólo se ha basado en cumplimentar cuestionarios detallados sino también en la recogida y análisis de documentación aportada sobre cada experiencia que nos ayudara a comprender la estructura y dinámica de cada centro, el desarrollo de sus actividades y evaluación de las mismas, tales como Memorias, Protocolos de actuación y Guías de evaluación.

A este análisis se añade el caso de Madrid capital como experiencia específica en el desarrollo de Centros de Día en grandes ciudades en las que el sobrevejecimiento y los cambios en la estructura familiar han hecho de este recurso una pieza estratégica del sistema de cuidados personales de las personas mayores en situación de dependencia.

Este análisis constituye, insistimos en ello, una aproximación tentativa buscando más la comprensión de algunas experiencias y modelos que la representatividad de los mismos, tratando de dar respuesta a preguntas como las siguientes: qué tipo de usuarios predominan en los Centros de Día, la tipología de servicios que se utilizan, cómo se relacionan los centros con los cuidadores informales, cómo participan los usuarios en el mantenimiento de su autonomía, la existencia y papel de los equipos multidisciplinares, cuál es el modelo de gestión del centro y sus coste, así como la posible existencia de sistemas de evaluación de la calidad del centro.

- d) Finalmente, este análisis pretende ser, sobre todo, un documento para la reflexión sobre el papel actual del Centro de Día y, en parte, de su importancia en el devenir de la atención a las dependencias en el entorno urbano; tiene como objetivo ser a modo de guía conceptual para el planificador y el profesional sabiendo de antemano que la realidad social desborda continuamente el encorsetamiento conceptual, máxime en este campo del envejecimiento en el que nuestras sociedades están aprendiendo a conocer el fenómeno y sus implicaciones sociales. Al final, todo responsable institucional y todo equipo profesional tiene que responder a algunas preguntas básicas: a quiénes atender, con qué recursos, a qué coste y con base a qué objetivos de bienestar personal, familiar y social que sean asumibles y evaluables.



## ANEXO METODOLÓGICO

### Anexo 1

**Revistas científicas revisadas en el período 1998-2004 a través de la Base de Datos del Centro de Documentación y Estudios SIIIS**

Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar social	Journal of Social Welfare
Age and Ageing	Journal of Aging & Social Policy
Ageing and Society	Journal of Aging and Health
Boletín sobre el Envejecimiento	Journal of Applied Gerontology
Brithish Journal of Social Work	Journal of d'Ergotherapie
Cahiers de la FNADEPA	Journal of Dementia Care
Consumer	Journal of Gerontology
Cuadernos de Trabajo Social	La Cristalera, revista de asuntos sociales
Disability & Society	Le lettre de l'Odas
Documentación Social	Mapfre Medicina
Documentos Cleirpa	Research on Aging
Educación Social	Residencial
Geriatrika	Revista de Intervención Psicosocial
Geronkomos	Revista Española de Geriatría y Gerontología
Gerontolist	Revista Multidisciplinar de Gerontología
Gerontologie et Societé	Revue de Geriatrie
Goze	Salud entre todos
Health and Social Care in the Community	Social Welfare
Journal of Gerontological Social Work	

## Anexo 2

### Entrevistas realizadas con expertos y responsables de Centros de Día:

CC.AA.	CENTRO DE DÍA PRIVADO	CENTRO DE DÍA PÚBLICO	EXPERTO
ANDALUCÍA	Centro Geriátrico Especializado (CGE) (Nuria Ortega Pulido)	Centro Día Buenos Aires (Ana Rey)	Juan Francisco Delgado (Diputación de Granada)
ASTURIAS	Centro de Día Campo de los Patos (Dra. Luisa M <sup>a</sup> Morate Martín)	Centro Social de Personas Mayores de Pumarín (Isabel Salinas)	Teresa Martínez Rodríguez (Consejería Vivienda y Bienestar Social)
CASTILLA-LA MANCHA	Instituto Avanzado de Ciencias Gerontológicas (Dr. Manuel Medina Gómez)	Centro de Día de Valdepeñas (Dolores Lucas)	M <sup>a</sup> Carmen Valdivieso (Inspección de Centros de la Consejería de Bienestar Social)
CATALUÑA	Residencia y Centro de Día la Torrassa de L'Hospitalet de Llobregat (Montserrat Muñoz)	Residencia y Centro de Día Fort Pienc de Barcelona (Jordi Vilana)	Frances Patricio Domínguez (Director de Bienestar Social del Ayuntamiento de Barcelona)
MADRID	Centro de Día Nueva Edad (ASISPA)	Centro de Día Moncloa (Rosario González)	Primitivo Ramos Cordero (Gerontólogo)
PAIS VASCO (1)		Centro de Día Asistido Arana Centro de Día Psicogeriátrico Txagorritxu	José Antonio Marín León (Diputación Foral de Álava)

(1) En el País Vasco, dada su especificidad, se han realizado las entrevistas en dos tipos de Centro de Día públicos: uno para personas con dependencias físicas y otro para dependencias cognitivas



## CAPÍTULO 2

### LOS CENTROS DE DÍA. CONCEPTUALIZACIÓN BÁSICA



#### **2.1 EL LUGAR DE LOS CENTROS DE DÍA DENTRO DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

Como es bien conocido, tradicionalmente ha predominado en la oferta de recursos dirigidos a las personas mayores justamente el que más desarraigo provoca: las residencias. Los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD), que comenzaron su extensión en España sólo a finales de los años 80 no han alcanzado aún la dimensión necesaria, ni en cantidad ni en calidad, al contrario de lo que ocurre en los países más avanzados en políticas sociales, y a pesar del énfasis que se hizo en el Plan Gerontológico para los años 90 sobre la necesidad de impulsar su desarrollo hasta llegar en el año 2000 a una ratio del 8% de la población mayor (INSERSO, 1999; Rodríguez, P. y Valdivieso, C, 2001; IMSERSO, 2005).

Precisamente fue también en el mencionado Plan Gerontológico donde se recogía por primera vez en España la necesidad de proveer recursos de apoyo a las familias cuidadoras mediante la implantación de servicios intermedios, entre ellos, los Centros de Día. Sin embargo, el desarrollo de esta variedad de recursos (SAD, Teleasistencia, Centros de Día, estancias

## LOS CENTROS DE DÍA. *Aproximación a la experiencia internacional y española*

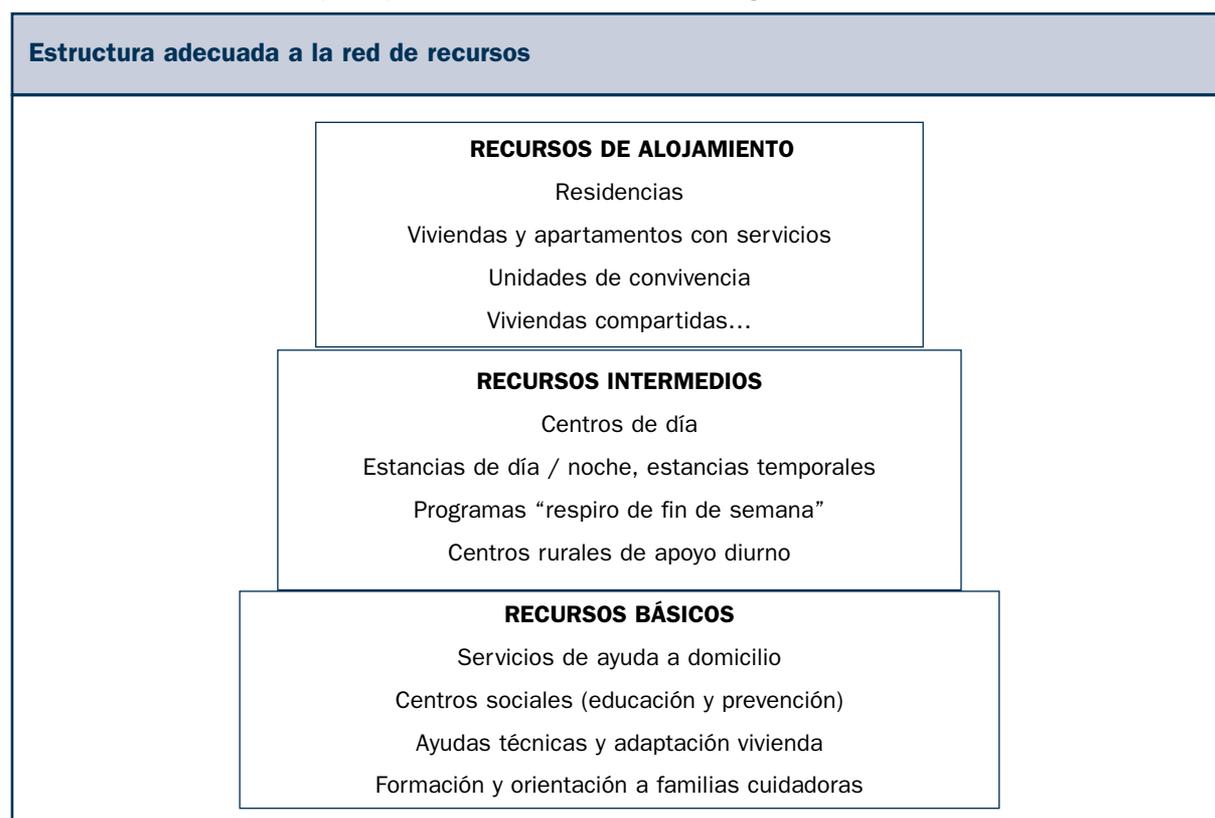
temporales en residencias, adecuación de la vivienda, utilización de ayudas técnicas, programas de intervención con familias...), que son los que posibilitan que el lema “envejecer en casa” sea viable, no ha tenido el impulso necesario tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos a lo largo de la última década. Más bien al contrario, los datos disponibles (IMSERSO, 2005a y b) indican que se ha realizado la opción (por más que resulte paradójico) de continuar apoyando la generalización del servicio que resulta más caro, además de ser el menos apreciado por la población. Ello origina que se produzca una demanda impropia e inadecuada hacia las residencias, porque en bastantes ocasiones, al no existir otros servicios que apoyen realmente el mantenimiento en el domicilio (que es, por otra parte, lo que prefieren las personas mayores), se ven obligadas éstas o sus familias a recurrir a la institución.

Los centros de día constituyen, como hemos señalado arriba, un recurso relativamente nuevo que, aunque con las limitaciones señalados en cuanto a su impulso, sí puede decirse que ha logrado una rápida aceptación, debido a la doble función que cumplen: atender de manera adecuada (es decir, por profesionales formados) a la persona mayor con problemas de dependencia y ofrecer también soporte y atención a las familias cuidadoras.

Los Centros de Día, forman parte, pues, del grupo de recursos llamados servicios intermedios. Tienen esa denominación por tratarse de un nivel que se sitúa, dentro de la cadena asistencial, como eslabón necesario entre el domicilio y los alojamientos y residencias para estancias prolongadas.

Dar satisfacción a la complejidad de atención que precisa buena parte de las personas mayores con dependencias y hacer posible la continuidad de cuidados recomendada por la literatura gerontológica, requiere abordar una reestructuración de toda la red de recursos para hacerla acorde a las necesidades reales que están suficientemente detectadas y diagnosticadas.

En la figura siguiente se presenta, gráficamente, la estructura que debieran tener los servicios dirigidos a la atención de las personas mayores y a sus familias cuidadoras (Rodríguez P, 2004, 2005):





La forma piramidal de la figura indica el grado de desarrollo con que deben realizarse cada uno de los recursos. Los más amplios, los que están en la base de la atención, son los recursos de primer nivel: los denominados básicos en la figura. A continuación, deben desarrollarse el conjunto de programas que se recogen con la denominación de “recursos intermedios”, entre los que se encuentra y de manera destacada, el Centro de Día.

Para aquellos casos cuyas necesidades no puedan resolverse mediante la utilización de cualquiera de estos recursos o con la combinación de varios de ellos, debe planificarse una red variada de recursos de alojamiento, desechando el modelo único (la residencia tradicional) y buscando fórmulas más innovadoras y acordes con los deseos y las necesidades de las personas a las que se dirigen.

A los Centros de Día, como al resto de los que se han identificado como recursos sociales intermedios, también se les denomina de “respiro” familiar. Pero según la conceptualización que proponemos de este servicio es preciso enfatizar su característica de globalidad en las intervenciones en situaciones de dependencia. Por una parte, ha de ofrecer una atención especializada integral a personas mayores mediante las terapias individualizadas que corresponda llevar a cabo según el tipo y grado de dependencia que haya sido evaluada. Además, y como se verá a continuación, también el equipo multidisciplinar debe desarrollar programas de intervención con las personas cuidadoras de la red informal de atención.

## 2.2

### DIFERENCIAS ENTRE EL CENTRO DE DÍA Y OTROS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DIURNA.

Teniendo en cuenta la variabilidad nominal y semántica que existe en torno a los Centros de Día, como se verá a lo largo de este estudio, comenzamos por aclarar que, en nuestra conceptualización, este recurso guarda diferencias importantes con otros servicios que ofrecen atención ambulatoria a las personas mayores, tales como los siguientes:

- **Los centros sociales**, clubes, hogares, casales (existen diferencias taxonómicas según los diversos territorios, entre las que también se encuentra, para mayor confusión, la expresión “centro de día”) se dirigen fundamentalmente a las personas mayores que no tienen una situación de dependencia. Sus objetivos se dirigen a la integración social, a la participación y a la promoción del envejecimiento activo y suelen ofrecer un variado abanico de actividades de ocio recreativo, de formación, talleres artesanales, actividad física, etc. En este trabajo, cuando invocamos este tipo de recurso, lo denominaremos “centros sociales”.
- **Los programas o servicios de estancias diurnas** en centros gerontológicos (residencias, centros sociales...) fundamentalmente se dirigen a personas frágiles o en situación ligera-media de dependencia. Su diferencia con los centros de día estriba en que no suelen ofrecerse en ellos atenciones especializadas y adaptadas a las diferentes situaciones de dependencia, tanto las derivadas de discapacidades físicas, como las que producen trastornos y deterioros cognitivos. Por tanto, normalmente este tipo de programas no cuenta con la adscripción de una amplia dotación de equipos profesionales de diferentes disciplinas (tanto del ámbito psicosocial como sanitario), ni tampoco suelen disponer de espacios separados. El objetivo fundamental de las estancias diurnas en la mayoría de los lugares consiste en dar apoyo a las familias, tal como se expondrá más abajo, al tiempo de ofrecer a la persona mayor un espacio relacional y de apoyo ligero en las dificultades que presente. Con todo, existe en nuestra realidad un confusión conceptual entre el centro de día y las estancias diurnas, como lo demuestra que, en la recogida de datos que realiza el Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, no se distingue entre ambos recursos (porque no lo hacen las diversas CC.AA.), tal como ha sido señalado en el Libro Blanco (IMSERSO, 2005a).

- 18 ■ **Los hospitales de día** constituyen un nivel asistencial del sistema sanitario, que suelen estar ubicados como

unidades incluidas en determinados hospitales. La atención que se presta en ellos es fundamentalmente rehabilitadora y de valoración geriátrica, por lo que la duración del tratamiento es siempre temporal. Los profesionales que forman el equipo de atención del hospital de día son predominantemente sanitarios. En España, suelen integrar el equipo de atención en este nivel asistencial: médico/a geriatra, enfermero/a, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. Los perfiles más comunes de atención son: enfermedad neurológica, reumatismos, traumatismos, inmovilismo, controles clínicos complejos..., si bien las patologías más frecuentes son el accidente cerebro-vascular y las enfermedades o accidentes osteoarticulares.

Se considera que el Centro de Día, conceptualizado según mostramos en el apartado siguiente, se está configurando como un recurso social intermedio que resultará imprescindible en la cadena asistencial porque permite la continuidad de cuidados que precisan las personas dependientes, al actuar como eslabón necesario entre los servicios sociales prestados en el domicilio y los residenciales.

La permanencia de los tratamientos en los Centros de Día suele prolongarse en el tiempo porque atienden al mantenimiento y control de los déficits evaluados, a prevenir agravamientos por atención inadecuada, y a fomentar con las intervenciones profesionales que se desarrollan la autonomía de las personas mayores dependientes.

En definitiva, los Centros de Día son, dentro de la red de servicios sociales, una alternativa idónea para el aumento de la calidad de vida tanto de las personas mayores que tienen una situación de dependencia y que precisen de los programas de atención que se prestan en ellos, como de los allegados que se ocupan de su atención. Para lograr esta idoneidad del centro de día como recurso no ha de olvidarse esta doble dimensión, es decir, que desde ellos debe abordarse globalmente el problema y, por tanto, al tiempo de desarrollar los programas terapéuticos de intervención, ofrezcan también programas dirigidos a la familia cuidadora.

## 2.3 DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DEL CENTRO DE DÍA

### A) Definición

El Centro de Día para personas mayores dependientes se define, como se ha hecho en otro lugar (Rodríguez, P, 2005) y ha sido recogido en el Libro Blanco de la Dependencia en España (IMSERSO, 2005) de la siguiente manera: *“Centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia.”*

De esta definición, pueden extraerse las siguientes Notas, que aclaran los términos que conforman aquella:

- a) Se trata de un **centro gerontológico terapéutico** dirigido a la atención especializada de las personas mayores. Por tanto, la intervención debe estar a cargo de un equipo multidisciplinar, formado por profesionales del ámbito psicosocial y sanitario con titulaciones adecuadas a las terapias que se apliquen, que actuará aplicando técnicas de trabajo en equipo y practicará la interdisciplinariedad.
- b) **De apoyo a la familia.** Los Centros de Día cumplen una función esencial de apoyo a las familias, pues, mientras la persona mayor se encuentra en este recurso, la familia puede descansar de su atención y cuidados. Pero, para reforzar este apoyo a las familias de manera adecuada, sobre todo teniendo en cuenta que se dispone de un equipo cualificado de profesionales, desde el centro de día debe ofrecerse también un conjunto de programas de intervención dirigidos directamente a las familias cuidadoras (información, orientación y asesoramiento; formación, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda).
- c) **La atención se presta de manera ambulatoria.** Es decir, las personas que son atendidas en este recurso viven



en su casa y acuden cada día que esté indicado al centro (ya sea durante las horas diurnas o, pese a su nombre, incluso en horario nocturno), para después regresar a su domicilio. En eso consiste su especificidad y por eso se conoce como “recurso intermedio”.

- d) **La atención que se presta a las personas en situación de dependencia es integral.** El equipo de profesionales referido, y que más abajo se especifica, debe elaborar y dirigir un programa de intervención de carácter integral e individualizado para cada persona mayor, que se corresponda con las evaluaciones previas efectuadas. Por lo tanto, han de contemplarse las **necesidades funcionales básicas** (higiene, alimentación, apoyo en las AVDs.), **terapéuticas** (programas y cuidados sanitarios, rehabilitación, terapias cognitivas, psicoafectivas y socializadoras), y **socioculturales** de las personas mayores.

Sin perjuicio de estas notas, que se deducen de la definición planteada, hay que tener en cuenta que, además de los programas de intervención mencionados, dirigidos a las personas mayores, deben realizarse otros para garantizar la calidad de la atención: Intervenciones ambientales, Formación permanente de los profesionales y cuidadores/as del centro, Programa de colaboradores externos (familias, voluntariado, alumnos en prácticas).

El conjunto de programas mencionados y los servicios que ofrezca el Centro de Día han de quedar enmarcados dentro de un Plan General de Intervención, y tanto éste como cada uno de los programas que se realicen se elaborarán y desarrollarán por el equipo multidisciplinar del centro, mediante la aplicación, como se ha dicho, de las técnicas de trabajo en equipo y de la interdisciplinariedad.

Además, los Centros de Día, por su situación estratégica dentro de la cadena asistencial, deben estar relacionados y practicar la coordinación con los distintos niveles asistenciales de los servicios sociales de su área de influencia. En cuanto a los del sistema sanitario, sobre todo si el centro no cuenta con profesionales sanitarios propios o de otro recurso de los servicios sociales, resultará esencial su implicación y coordinación pues la atención que precisan los perfiles de personas mayores destinatarias exige que se lleven a cabo programas sanitarios.

Para finalizar, es preceptivo no olvidar el importante capítulo de la evaluación, que ha de realizarse permanentemente mediante las reuniones interdisciplinares del equipo de profesionales para el estudio continuado de los casos. Además, una vez al año debe llevarse a cabo desde el propio centro una evaluación sistemática tanto del Plan General de Intervención como de cada uno de los programas que lo integren, sin perjuicio de las evaluaciones externas que es muy recomendable que se realicen periódicamente.

## **B) Objetivos**

Como se deduce de todo lo anterior, el **objetivo general** del centro de día es mejorar la calidad de vida tanto de la persona mayor como de su familia cuidadora para posibilitar que pueda darse la permanencia en su entorno habitual recibiendo la atención profesional que requieren tanto la persona mayor como su cuidador/a de la red informal.

Los **objetivos específicos** sobre los que debe girar la intervención a realizar en un Centro de Día pueden ser agrupados en torno a los tres protagonistas básicos de la intervención: la persona mayor en situación de dependencia, la persona cuidadora de la red informal (familia u otros allegados) y los cuidadores y cuidadoras profesionales.

### **a) Objetivos dirigidos a la persona mayor en situación de dependencia:**

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

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

**b) Objetivos dirigidos a la persona cuidadora de la red informal:**

**b.1. Objetivos generales:**

- Proporcionar tiempo libre y descanso para mejorar su calidad de vida.
- Mejorar la calidad de los cuidados que presta a la persona mayor.
- Facilitar la conciliación entre trabajo y vida personal y afectiva.
- Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados.

**b.2. Objetivos específicos:**

- Ofrecer orientación y asesoramiento.
- Dotar de conocimientos, habilidades y estrategias de afrontamiento ante los diferentes síntomas y comportamientos de las personas mayores, según el tipo y grado de su dependencia.
- Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés así como mejorar el estado psicofísico de los cuidadores.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- Favorecer la colaboración de la familia con el centro.

**c) Objetivos dirigidos a los cuidadores y cuidadoras profesionales:**

- Mantener un sistema de formación continua, mediante el que se actualicen permanentemente conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren la dispensación de una atención integral cualificada y adaptada al desarrollo científico que se vaya produciendo.
- Reducir el estrés mediante la capacitación en el desarrollo de estrategias para su prevención y de habilidades para su manejo.
- Favorecer un clima social propicio para las interacciones positivas que posibilite sentimientos de satisfacción laboral.



## 2.4

### DESTINATARIOS/AS, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y MODALIDADES ASISTENCIALES.

#### A) Destinatarios/as

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

Esta salvaguarda se convierte en requisito cuando la persona mayor presenta un grado tan importante de dependencia (sobre todo si se deriva de deterioros cognitivos), que determine contar con la ayuda de otra persona para que pueda seguir viviendo en su casa. Sin embargo, este apoyo puede hacerse tanto por quienes convivan con la persona mayor (si están en condiciones de salud y de capacidad funcional aceptable), como por otros familiares, allegados o cuidadores/as retribuidos que acudan a prestar la atención desde su propio domicilio.

Los Centros de Día para personas mayores con dependencias debieran, desde nuestro punto de vista, ser capaces de acoger a usuarios de diferente tipo de dependencia y grado de severidad del deterioro, lo cual quiere decir que habrían de evitarse prácticas que realizan una selección negativa hacia quienes tienen niveles importantes de dependencia, pues estas personas, aunque no puedan aprovechar algunos de los programas terapéuticos del Centro de Día, pueden beneficiarse de otros. Por otra parte, hay que pensar en la importante vertiente de apoyo familiar que tiene el Centro de Día, y las personas con grados importantes de dependencia pueden ser las que más carga de trabajo y fuente de estrés signifiquen para las personas cuidadoras.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando las características de la zona y la dotación de este tipo de equipamientos son suficientes (lo que ocurre en ciudades medianas o grandes) resulta preferible diferenciar centros monográficos para atender a personas con deterioros cognitivos o demencias. Si ello no fuera posible (sólo hay un Centro de Día en la localidad o barrio, por ejemplo), cuando menos se estima necesario prever que las salas de terapia estén separadas, para agrupar a personas con dependencias físicas, por un lado y a quienes presentan deterioros cognitivos, por otro lado.

Estas indicaciones en cuanto a la atención de las personas con deterioros cognitivos hay que entenderlas dentro de la característica de flexibilidad que debe presidir cualquier recurso gerontológico. Por ejemplo, cuando se trata de personas que presentan deterioros cognitivos leves no es necesario ni conveniente efectuar segregación alguna.

#### B) Criterios de inclusión y exclusión.

Aunque el centro de día se dirige a personas mayores, consideramos preciso que se introduzca flexibilidad en el requisito de la edad, pues pueden ocurrir a edades tempranas enfermedades y trastornos que originan situaciones de dependencia que pueden beneficiarse de los programas del centro de día (Alzheimer, Parkinson...). Por tanto, las personas destinatarias de los centros de día debieran cumplir los tres criterios siguientes:

- Ser una persona mayor de 50 años o estar afectada por enfermedades neurodegenerativas asociadas al envejecimiento.
- Presentar una situación de dependencia (derivada de discapacidad física y/o psíquica)
- Disponer, sobre todo en situaciones de deterioro cognitivo, de un apoyo social suficiente que garantice la adecuada permanencia en el entorno (no debe ser excluyente el hecho de vivir solos).

En cuanto a los criterios de exclusión, no debieran ser susceptibles de utilizar este recurso las personas que cumplan cualquiera de estos dos criterios:

- Una asistencia sanitaria intensiva (encamados u otras situaciones derivadas de patologías que imposibiliten el uso de este recurso).
- Suponer un riesgo claro, avalado por criterio facultativo, para la salud o integridad física del resto de usuario/as

### **C) Modalidades temporales de asistencia**

Deben existir varias modalidades posibles de asistencia, las cuales se establecerán en cada centro teniendo en cuenta tanto los motivos fundamentales como los objetivos prioritarios que persiga el uso del recurso -el del apoyo familiar o la intervención terapéutica al usuario-, así como las propias posibilidades organizativas del centro.

Las personas mayores acudirán al centro, según valoración del caso y consenso con ella y con su familia, bien durante un periodo de tiempo establecido previamente al ingreso o bien sin determinación del mismo. Las modalidades asistenciales recomendables son las tres siguientes:

**1) Asistencia permanente y continúa.** Esta modalidad (asistencia al centro diaria y durante la totalidad del horario de atención), que es la mayoritaria en nuestra realidad, debiera quedar reservada a aquellas personas mayores cuyo motivo de ingreso es prioritariamente el del apoyo a los cuidadores/as, cuando la valoración social haya detectado una situación de sobrecarga familiar muy importante o la necesidad de hacer posible la conciliación con los horarios de trabajo de la persona cuidadora.

No obstante, es importante que en la indicación de este recurso se tengan muy en cuenta cuestiones relacionadas con la eficacia y la eficiencia de los diferentes recursos de la red de servicios sociales. A este respecto, debe verificarse si, cuando el apoyo a los cuidadores/as informales es el elemento que más peso tiene en la evaluación, es el centro de día el recurso adecuado. Porque, como se ha indicado, este servicio es altamente especializado y debiera reservarse para quienes, además de ofrecer apoyos a la familia, van a beneficiarse de los programas terapéuticos que se prestan en él.

Existen, por otra parte y como se verá más abajo, otros programas de “respiro” o apoyo familiar, como es el de las estancias de día en centros gerontológicos, que pueden ser más indicados que el Centro de Día si la necesidad fundamental valorada es la de sobrecarga de los cuidadores/as.

También desde la perspectiva de reforzar la eficacia y la eficiencia de los programas, debe intentar restringirse la asistencia diaria y durante toda la jornada a casos en que verdaderamente sea necesario, con lo que, además de ampliar las posibilidades del centro de atender a más casos, también puede resultar preferible tanto para las personas mayores que se benefician de los programas como de sus familias acudir, por ejemplo, en días alternos en lugar de todos los días.

**2) Asistencia parcial.** Las personas mayores acuden al centro con flexibilidad tanto en la frecuencia de la asistencia como en el horario de permanencia. En cada caso, se establecerán las condiciones de la asistencia de acuerdo con la persona mayor y con su familias, y en función de la valoración efectuada por el equipo multidisciplinar encargado de la misma, que debe considerar tanto la situación familiar como las necesidades terapéuticas de la persona mayor, así como las posibilidades organizativas de cada centro.



**3) Asistencia temporal.** Esta modalidad, que en pocos lugares se utiliza, permite ampliar la oferta asistencial a personas mayores de la comunidad con diferentes necesidades. Consiste en abrir la posibilidad de realizar programas durante cortos períodos de tiempo y/o en jornadas o con horarios reducidos destinados a:

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

## 2.5

### EL PLAN GENERAL DE INTERVENCIÓN (PGI): SERVICIOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Los Centros de Día deben contar necesariamente, como ya se ha mencionado, con un Plan General de Intervención (PGI) en el que enmarcarse tanto los diferentes servicios como los programas específicos de intervención. Este PGI debe contemplar tres áreas básicas: la persona mayor en situación de dependencia, la familia cuidadora y el propio centro.

#### A) Servicios del Centro

Con el enfoque de atención integral que se ha insistido deben mantener los Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia, los servicios que se ofrezcan en él han de ir dirigidos a cubrir sus necesidades personales básicas, terapéuticas y sociales. Como servicios básicos, deben incluirse los siguientes:

- Transporte accesible, absolutamente imprescindible, con independencia de que pueda haber personas que no lo utilicen.
- Manutención
- Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVD)

En cuanto a los servicios terapéuticos debieran comprenderse:

- Atención social
- Atención psicológica
- Terapia Ocupacional
- Cuidados de salud
- Participación e integración social

Además, en función de sus características de ubicación y organizativas, los centros podrán disponer de otros servicios complementarios, tales como:

- Peluquería
- Podología
- Cafetería

- Servicio de atención de fin de semana, atención nocturna o ampliación de horarios.

## B) Programas de intervención

Es imprescindible que en los Centros de Día se desarrollen programas de intervención psicosocial y sanitaria mediante los que se garantice una atención especializada que dé respuesta a las necesidades tanto de las personas mayores como de allegados y familias cuidadoras. Asimismo, deben contemplarse otros aspectos de gran relevancia en la intervención, como son sus características ambientales, tanto en su dimensión física como social.

En los centros se desarrollarán como mínimo los siguientes programas de intervención (Martínez, T. et al, 2000, Leturia Arrazola, F.J. et al, 2003):

- **Programas de intervención dirigidos a la persona mayor.**
  - Terapias funcionales relacionadas con la salud física (prevención y promoción de la salud, actividad física y gerontogimnasia, rehabilitación funcional, entrenamiento de las AVDs, psicomotricidad).
  - Terapias cognitivas relacionadas con la salud psíquica (entrenamiento de la memoria, orientación a la realidad, lecto-escritura, psicoestimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva específica).
  - Terapias psicoafectivas (relajación, trastornos depresivos, grupos terapéuticos, terapias de reminiscencia, musicoterapia, trastornos de la conducta).
  - Terapias socializadoras (ergoterapia, ludoterapia, habilidades sociales y de comunicación, grupos de conversación o tertulias, apoyo social, programas intergeneracionales, integración comunitaria)
  - Programas sanitarios (alimentación y nutrición, aseo e higiene, control de esfínteres, prevención de caídas, atención básica de enfermería).
- **Programas de intervención dirigidos a las familias u otros allegados cuidadores de la red informal:** Información, formación, asesoramiento, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda y apoyo mutuo, ..)
- **Programa de intervención ambiental**
- **Programa de colaboradores**
- **Programa de formación continua de cuidadores profesionales**

## 2.6

### RECURSOS QUE SE PROPONEN PARA UN CENTRO DE DÍA

#### A) Recursos humanos

El equipo multidisciplinar del centro debe ser capaz de desarrollar el conjunto de intervenciones que precisan las personas en situación de dependencia, según la especialización que se propone en la conceptualización y teniendo en cuenta el criterio irrenunciable de calidad que debe presidir la oferta de programas. Para dar respuesta a los que se han enumerado en el apartado anterior, cada equipo debiera estar compuesto de los siguientes profesionales: Auxiliares de enfermería o gerocultores/as, Enfermero/a, Médico/a, Psicólogo/a, Fisioterapeuta (si se incluye la rehabilitación física entre los programas de intervención), Terapeuta Ocupacional y Trabajador/a social.

Sin embargo, muchos de estos profesionales no tienen por qué estar adscritos al Centro de Día, sino que pueden valorar casos, orientar, formar, planificar, realizar el seguimiento y evaluar los programas, así como participar en



las reuniones del equipo, desde cualquier otro recurso asistencial del que dependan (centro de salud, centro de servicios sociales, residencia de personas mayores).

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

La adscripción y el tiempo de dedicación variarán de unos profesionales a otros, según sugerencias que se contienen en el cuadro siguiente.

Este equipo multidisciplinar dependerá de un director/a, que puede serlo del Centro de Día en exclusividad, salvo que éste forme parte de otro recurso (centro social de personas mayores o residencia). Su función será la dirección general del centro así como la gestión y coordinación de los programas desarrollados. El o la profesional que tenga encomendada la dirección del centro, puede, según su titulación, ejercer además las funciones propias de la misma en el Equipo.

#### **Equipo multidisciplinar de los Centros de Día: Dedicación y Adscripción**

<b>Profesionales</b>	<b>Total</b>	<b>Tiempo dedicación diaria</b>	<b>Adscripción</b>
<b>Aux. enfermería/gerocultores</b>	1 cada 6 usuarios con deterioros cognitivos o 1 cada 10 para discapacidades físicas.	Jornada completa	Centro de Día
<b>Enfermero/a</b>	1	Según demanda o programación	Desplazado Centro Salud Compartido con Residencia
<b>Trabajador/a social</b>	1	4 horas/día	Compartido con otro Centro de Mayores Compartido con Residencia
<b>Psicólogo/a</b>	1	1 /3 /horas día, según tipología usuarios/as	Compartido con otro Recurso Compartido con Residencia
<b>Terapeuta ocupacional</b>	1	4/horas día	Centro de Día Compartido con Residencia
<b>Fisioterapeuta</b>	1	De 2 horas a media jornada, en función del perfil de usuarios	Centro de Día
<b>Médico/a</b>	1	Según demanda o programación	Desplazado Centro Salud Compartido con Residencia

**Competencias Profesionales y Distribución de Responsabilidades con relación al PLAN GENERAL DE INTERVENCIÓN**

**Médico/a**

- Valoración inicial de los usuarios/as
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizados de intervención
- Seguimiento de los casos
- Responsable de los programas de promoción de la salud
- Colaboración en los programas de formación y asesoramiento familiar
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores y cuidadoras profesionales

**Enfermero/a**

- Valoración inicial de los usuarios/as
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizados de intervención
- Seguimiento de los casos
- Colaboración en los programas de promoción de la salud
- Colaboración en los programas de formación y asesoramiento familiar
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores y cuidadoras profesionales

**Psicólogo/a**

- Valoración inicial y semestral de los usuarios/as
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizados de intervención
- Responsable de las terapias cognitivas y psicoafectivas
- Colaboración en los programas de formación y asesoramiento familiar
- Responsable de los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores profesionales
- Colaboración en la supervisión de equipos de trabajo
- Colaboración en el programa de colaboradores sociales (formación y supervisión de alumnos/as de prácticas)

**Terapeuta ocupacional**

- Valoración inicial y semestral de los usuarios/as
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizados de intervención
- Responsable de las terapias funcionales (excepto las propias de fisioterapia) y gran parte de las socializadoras
- Responsable del desarrollo de las medidas de intervención ambiental para la adecuación del ambiente físico
- Colaboración en los programas de formación y asesoramiento familiar
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores profesionales
- Colaboración en el programa de colaboradores sociales (formación y supervisión de alumnos/as de prácticas)

**Fisioterapeuta**

- Valoración inicial y quincenal, mensual o semestral de los usuarios/as, según exija el caso.
- Responsable de las terapias y programas dirigidos al mantenimiento o recuperación de la movilidad.
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizadas de intervención
- Colaboración en el servicio de asesoramiento familiar
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Colaboración en el programa de formación de cuidadores profesionales

**Trabajador/a social**

- Valoración social inicial y semestral de los usuarios
- Participación en el diseño y desarrollo de los planes individualizados de intervención
- Responsable del servicio de orientación a las familias
- Derivación de casos al servicio de asesoramiento
- Responsable de la supervisión de los grupos familiares de autoayuda
- Colaboración en los grupos psicoeducativos para familias
- Coordinación del sistema de tutorías
- Colaboración en la supervisión de los equipos de trabajo
- Responsable del programa de colaboradores sociales



Por lo que se refiere a las funciones de los diferentes profesionales, naturalmente serán las que les corresponden según su categoría. Pero al objeto de orientar la distribución de tareas y responsabilidades relacionadas con determinados aspectos, y sin perjuicio de que en cada centro puedan adaptarse a sus peculiaridades, se consideran de interés las propuestas siguientes, elaboradas a partir de uno de los documentos técnicos sobre centros de día publicados (Martínez, T. et al, 2000):

Para finalizar este apartado de recursos humanos, es recomendable que para el desarrollo de los programas relacionados con el área de socialización (integración comunitaria, relaciones intergeneracionales, apoyo social, etc. ), desde los centros de día se busque el apoyo de colaboradores sociales, tales como alumnos/as en prácticas, voluntariado, familiares, etc.

## **B) Recursos materiales**

Según la conceptualización que estamos desarrollando, es indispensable que el centro disponga de espacios propios, pues ésta (y la dotación del equipo de profesionales referida) es lo que le distingue de otro tipo de programas, como las estancias de día en centros. Aunque cada centro debe especificar sus dotaciones según los programas ofrecidos y recursos disponibles, al menos hay que contar con tres tipos de dotación:

- El espacio propio del Centro de Día debe ser adecuado en sus aspectos arquitectónicos y físicos (criterios de accesibilidad, seguridad, protección, adecuación ambiental...), y cumplir escrupulosamente la normativa existente en cada lugar. Debe existir una correcta distribución de espacios (al menos dos salas separadas para el desarrollo de los programas de intervención, otra sala de reposo, comedor y despacho de uso profesional, guardarropa, baños...). Las dos salas para programas han de ser específicas para el Centro de Día, mientras que el resto de espacios pueden ser compartidos con otro recurso (si el Centro de Día se ubica en él), siempre y cuando se produzca compatibilidad de horarios y no se perturbe el correcto funcionamiento de los diferentes servicios.
- Por lo que se refiere al equipamiento, cada una de las salas referenciales dispondrán del mobiliario necesario para el correcto desarrollo de los servicios y de los programas de intervención y poseer las características ergonómicas que garanticen la seguridad del mismo.
- El material terapéutico de cada centro debe ser el que corresponda a los programas a desarrollar siendo competencia del equipo multiprofesional elaborarlo y/o adaptarlo. Las instituciones han de velar por la actualización permanente de los materiales que va aportando la investigación.

Tanto los elementos decorativos del centro como el material terapéutico que se utilice se corresponderán con la condición de personas adultas a las que se dirige, eliminándose cualquier aspecto que infantilice a la persona mayor.

## **2.7 CRITERIOS DE CALIDAD**

### **A) Participación y derechos**

La participación de todos los agentes relacionados con el centro (profesionales, personas mayores, cuidadores informales) debe ser uno de los principios que rijan la filosofía de la atención, tanto a la hora de elaborar los programas como en su desarrollo y en la propia gestión del centro. Por ello, en cada uno se promoverán sistemas que garanticen esta participación, tales como comisiones de participación, grupos estables para evaluar la marcha del centro y proponer cambios y mejoras, buzón de sugerencias con garantía de anonimato, etc.

Por lo que se refiere a la salvaguarda del ejercicio de los derechos de las personas mayores, debe existir un listado de los derechos básicos integrado en el reglamento de régimen interior del centro. Asimismo, es aconsejable tener, además de un catálogo de servicios y programas a disposición de las personas interesadas, una “Carta de derechos y deberes” que debe exhibirse en un lugar visible para general conocimiento. En ella se especificarán algunos derechos como los siguientes:

1. Derecho a la igualdad en el acceso al centro y a recibir la atención que precise sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
2. Derecho a participar en el diseño de su Plan individualizado de intervención.
3. Derecho a ser informadas y consultadas sobre cualquier asunto que pueda afectarles o interesarles.
4. Derecho a recibir la necesaria atención, con corrección, respeto y comprensión, de forma individual y personalizada.
5. Derecho a Al tratamiento confidencial de los datos personales que afecten a su intimidad.
6. Derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, garantizando un tratamiento adecuado a los problemas de incontinencia, preservando su intimidad durante el aseo o baño y respetando su libertad para mantener relaciones interpersonales.
7. Derecho a elevar a la dirección del centro propuestas o reclamaciones concernientes al funcionamiento o a la mejora de los servicios, así como a recibir respuesta sobre las mismas.
8. Derecho a cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el centro por voluntad propia.
9. Derecho a ser debidamente informadas y consultadas sobre cualquier asunto que pueda afectarles o interesarles y, de manera especial, sobre los servicios, programas y funcionamiento del centro así como del propio contenido de sus derechos y de las vías existentes para hacer efectivo su ejercicio. La información se facilitará, tanto verbalmente como por escrito, en lenguaje fácilmente inteligible.
10. Derecho a ser advertidas (y, en su caso, a pedir autorización) si sus tratamientos y resultados de las terapias van a ser incluidos en proyectos docentes o de investigación.
11. Derecho a que su historial y evolución quede reflejado, de manera confidencial, en su expediente personal y a recibir un informe cuando lo solicite.

Naturalmente, además de derechos, las personas usuarias de los centros de día tendrán también obligaciones que, del mismo modo, han de ser conocidos por todos los participantes en los mismos. En la carta aludida, y en cuenta atañe a los deberes, se reflejarán algunos como los siguientes:

1. Deber de conocer y cumplir las normas de utilización del Centro establecidas en el correspondiente Reglamento de Régimen Interior.
2. Deber de ejercitar una conducta adecuada, basada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, orientada a la consecución de una adecuada convivencia.
3. Deber de utilizar, cuidar y disfrutar las instalaciones y materiales del centro, colaborando a su correcto mantenimiento.
4. Deber de colaboración en el cumplimiento del programa de intervención acordado.



5. Deber de abonar el precio que haya sido acordado por la utilización de los servicios del centro.

## **B) Formación permanente, buenas prácticas, investigación y sistemas de evaluación**

### **1. Formación, buenas prácticas e investigación**

Cuando se habla de criterios de calidad, es indispensable referirse a la idoneidad y preparación del equipo de profesionales responsable del desarrollo de los programas y de la propia gestión del centro. Como se dijo al plantear los objetivos de atención, un grupo de ellos han de estar referidos a los profesionales, pues la organización ha de velar por que los mismos se mantengan permanentemente actualizados en cuanto a sus conocimientos, para lo cual debe existir un plan de formación continua, en el que no debe faltar la prevención o tratamiento de situaciones de estrés.

Por otra parte, la política de recursos humanos de la entidad de la que el centro dependa ha de garantizar la adecuación de las plantillas, el cumplimiento de los derechos sindicales y de la normativa de prevención de riesgos laborales, el mantenimiento de los niveles retributivos y su actualización según normativa, así como la estabilidad de los puestos de trabajo.

Además de las reuniones del equipo multiprofesional para el desarrollo de los programas de intervención y estudio de casos, periódicamente deben existir reuniones con la dirección del centro para conocer y discutir directrices relacionadas con la gestión y mejora de objetivos, levantándose acta de las mismas.

Debe estar a disposición de todos los agentes implicados en la vida del centro de día (personas mayores, equipo de profesionales, cuidadores informales, instituciones y entidades de las que el centro dependa, etc.) el correspondiente PGI escrito, así como un catálogo de los servicios y programas que ofrece el centro, los precios de cada uno y la carta de derechos de las personas mayores.

Los expedientes de las personas a las que se atiende, que contendrán toda la documentación relativa a su valoración integral, su programa individualizado de intervención y cuanta información resulte relevante para una correcta atención, se custodiará de manera que se garantice la confidencialidad de la información y el secreto profesional.

Por otra parte, es conveniente que exista para estudio y consulta del personal, un **Manual o Guía** de buenas prácticas, el cual puede ser tanto de propia elaboración como de otra institución, una vez adaptado a las peculiaridades de cada centro.

Asimismo, también resulta obligado que anualmente se elabore una Memoria en la que se contenga la actividad desarrollada en el centro, y en la cual deberá incluirse:

- Un resumen del PGI del centro y los programas de intervención desarrollados en el año.
- Protocolos de evaluación del centro cumplimentados.
- Datos sobre la gestión económica del centro.
- Valoración global realizada sobre la revisión del PGI.
- Sugerencias o propuestas de modificación para el próximo periodo incluyendo la valoración de su viabilidad.

En el ámbito de la investigación, además de existir un déficit importante de conocimiento acerca de los resultados de las intervenciones que desarrollan los Centros de Día y otros servicios intermedios, incluso se han detectado contradicciones en cuanto a sus efectos. Por este motivo, debiera impulsarse que en los Centros de Día se lleven a cabo investigaciones relacionadas con los resultados sobre la incidencia que los diferentes programas y servicios tienen en la calidad de vida tanto en las personas mayores, según tipo y grado de dependencia, como en las familias u otras personas allegadas que son cuidadoras informales.

## 2) Sistemas de Evaluación

Por lo que atañe a la evaluación en los Centros de Día, como la de cualquier otro servicio, se debe dirigir, fundamentalmente, a determinar en qué medida han sido alcanzados los objetivos propuestos inicialmente, así como a analizar la relación entre los efectos obtenidos, la actividad desarrollada y los recursos empleados. Se recogen a continuación algunos de los aspectos sugeridos para realizar evaluaciones “constructivas” en Centros de Día (Martínez T et al, 2000), por haber resultado de utilidad durante los últimos años de experiencia en la C.A. del Principado de Asturias:

- Que el personal y los usuario/as participen en el proceso de evaluación comprendiendo sus objetivos.
- Que la evaluación no sea excesivamente complicada ni difícilmente asumible.
- Que existan procedimientos de evaluación unificados e instrumentos de recogida de la información homogéneos para los diferentes centros, si el recurso forma parte de una red de ellos.
- Que se tengan en cuenta diferentes niveles de análisis: la gestión del centro, los programas de intervención y los agentes del proceso (las personas usuarias, las familias y los profesionales).
- Que se contemplen las diferentes fases o componentes de la intervención: la entrada, el proceso y los resultados.
- Que la responsabilidad de la evaluación debe ser complementaria recayendo tanto en evaluaciones internas de los participantes en la intervención de cada centro como en agentes externos de evaluación.

Combinando estos aspectos, se ofrece un modelo de evaluación para los Centros de Día en el que se recogen diferentes apartados complementarios: la evaluación de la cobertura, la evaluación del esfuerzo, la evaluación del proceso, la evaluación de los resultados y la evaluación de la calidad de la atención.

El proceso de evaluación de cada centro será continuo, a través de la pertinente recogida de información y se concretará anualmente cumplimentando el protocolo de evaluación que se diseñe al efecto, el cual se incluirá en la Memoria anual de actividades que se ha recomendado.

A continuación aparecen resumidamente definidos los diferentes apartados de la evaluación propuesta, así como una indicación general sobre el tipo de datos que pueden ser interpretados con relación a los objetivos definidos respecto a cada aspecto de evaluación.

### A) Evaluación de la cobertura

Este aspecto de la evaluación se centra en el análisis de la población objeto de la intervención y la situación asociada a la misma. Con ello se pretende responder a las siguientes preguntas: ¿llega el centro a la población objeto de la misma?, ¿llega al grupo de población prioritario?, ¿cuál es el grado de utilización del centro?



Para contestar a estas preguntas deben recogerse diferentes datos que hagan referencia a:

- Situación demográfica de la zona de influencia en la que se ubica el centro.
- Demanda de los servicios que se ofrecen en el centro.
- Estadística sobre el movimiento del centro.
- Datos sobre el perfil de las personas usuarias que han accedido al recurso y sobre sus familias

### **B) Evaluación del esfuerzo**

Este apartado trata de analizar los inputs del servicio necesarios para desarrollar la atención prevista en la planificación de las intervenciones. Concretamente se dirige a responder la siguiente pregunta ¿existe adecuación entre las actividades realizadas y los recursos humanos y materiales disponibles?.

Para responder a la misma deberemos incluir en la evaluación datos relacionados con:

- Recursos humanos relacionados con las diferentes actuaciones incluidas en el PGI: profesionales y colaboradores.
- Recursos materiales adscritos al desarrollo de las actividades específicas del PGI: instalaciones, equipamiento y recursos financieros.

### **C) Evaluación del proceso**

Se refiere al análisis del funcionamiento del centro en cuanto al desarrollo y la ejecución de las tareas. Se trata de dar respuesta a preguntas como ¿el sistema de organización es acorde al desarrollo de los programas y la gestión?, ¿el sistema de participación y la metodología de trabajo se adaptan a las necesidades de gestión del mismo?, ¿se desarrolla el PGI y los programas de intervención según el modo previsto?.

Para contestar a estas preguntas deberán recogerse diferentes datos que hagan referencia a:

- Actuaciones desarrolladas dentro de los diferentes programas de intervención contemplados en el PGI.
- Actuaciones desarrolladas dentro de la metodología de trabajo profesional propuesta.
- Actuaciones relacionadas con los sistemas de participación.

### **D) Evaluación de los resultados**

El servicio se evalúa en este apartado teniendo como referencia la situación de partida de los agentes implicados en el proceso de intervención para comprobar en qué grado los resultados confirman el haber conseguido los objetivos previamente establecidos. También deben ser evaluados aquellos resultados no queridos o esperados.

Esta parte de la evaluación se centra en responder a preguntas como las siguientes: ¿es efectivo el PGI del centro y sus programas en lo referente a la consecución de los objetivos previstos?; ¿cómo se ha visto modificada la situación de las personas usuarias y sus familias?; ¿se han logrado los objetivos establecidos respecto a los profesionales?; ¿existen factores externos que pueden explicar las modificaciones halladas?; ¿aparecen resultados no previstos tras la intervención?; ¿cuál es la opinión y el nivel de satisfacción de las personas usuarias y sus familias respecto al centro y sus programas?; ¿cuál es la opinión y satisfacción laboral de los profesionales que han participado en la intervención?

- Evaluación periódica del nivel funcional, cognitivo, psicoafectivo afectivo y relacional de los usuario/as.
- Valoración periódica de la situación sociofamiliar.
- Opinión y grado de satisfacción de las personas usuarias y sus familias.
- Opinión y grado de satisfacción de los profesionales.
- Prevención de institucionalizaciones definitivas desaconsejables o no deseadas.
- Resultados no deseados o no previstos.

#### E) Evaluación de la calidad de la atención

Por último, y complementariamente a los aspectos referidos que son propios de la evaluación interna de los Centros de Día, anualmente debe realizarse una valoración externa sobre la calidad de los servicios del centro, en función de estándares de calidad previamente establecidos para este tipo de recursos.

Todo este proceso de evaluación se realizará de un modo continuado mediante la recogida de información pertinente.

## 2.8

### LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS DESDE LOS CENTROS DE DÍA

#### A) Necesidades y objetivos de intervención con familias cuidadoras de personas mayores dependientes

Según es bien conocido (Colectivo Ioé/CIS/IMSERSO, 1995; Rodríguez P, 2004; IMSERSO, 2005c), la inmensa mayoría de los cuidados y atenciones que precisan las personas mayores frágiles o que ya tienen instaurada alguna dependencia son prestados por su familia, y de manera especial por las mujeres.

Por la importancia que tienen las redes sociales más próximas para la calidad de vida de las personas mayores, no basta con hacer un justo reconocimiento de la labor que está a cargo de las familias. También es necesario incorporarlas como destinatarias de los programas que se ofrecen para atender las situaciones de dependencia e incluirlas en el plan de cuidados.

Téngase en cuenta que la mejor garantía para la conservación de los cuidados familiares y evitar su claudicación, es ofrecer apoyos desde los servicios sociales que vengán a complementar el trabajo altruista que desarrollan los cuidadores/as familiares. Es lo que se conoce con la expresión “cuidar a los que cuidan”.

Con este fin, es necesario que en la evaluación inicial de los casos, además de valorar a la persona mayor, se incluya la que mide la denominada “carga” de la persona que es identificada como cuidadora principal, tal como se recomienda insistentemente por la doctrina de la intervención gerontológica (Pearlin, 1994; Zarit, 1998; Rodríguez, 1996). En función de los resultados de esta evaluación, procederá determinar qué programas o servicios pueden ponerse a disposición de cada familia.

Los llamados programas de **respiro** familiar los constituyen diversos recursos o servicios formales de atención cuyo objetivo fundamental es influir positivamente sobre algunas de las dimensiones que originan el estrés del cuidador/a con el fin de modular o eliminar los efectos negativos del cuidado (Montorio, Díaz e Izal, 1995).

A este respecto, se produce coincidencia en la literatura, tanto la elaborada por Organizaciones Internacionales como por los expertos a la hora de señalar la enorme importancia de que en las planificaciones se tenga en cuenta



la necesidad de proveer recursos de respiro destinados a los cuidadores/as informales (OCDE, 1996; Twigg, 1992, 1993, 1996; Jani-Le Bris, 1993, Naciones Unidas, 2002; Rodríguez, P, 1996, 2002), puesto que existe evidencia de que "los familiares toleran mejor el estrés derivado de los cuidados de larga duración a personas mayores dependientes si tienen la posibilidad de beneficiarse de servicios de respiro".(European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1995)

En España, como ya se ha mencionado, se ha desarrollado en los últimos años una gran variedad de recursos de este tipo (estancias temporales en residencias, Centros de Día, estancias de día o de noche en centros gerontológicos, vacaciones para personas dependientes, períodos de atención y evaluación sociosanitaria, etc.), aunque su extensión y perfeccionamiento no ha alcanzado todavía la dimensión que se precisaría para atender la creciente demanda de apoyos existente.

Por otra parte, también los servicios sociales clásicos (Servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias), deben reorientarse hacia la complementariedad con el apoyo informal y no hacia su sustitución, porque así pueden también cumplir perfectamente esta función de respiro y apoyo a las personas que cuidan a personas mayores con problemas de dependencia.

Uno de los efectos clave que tienen estos programas es el favorecer la compatibilidad con el trabajo remunerado de sus cuidadores/as. Se trata de una de las vías más adecuadas para poder dar cumplimiento a las recomendaciones efectuadas por la literatura internacional sobre la conveniencia de impulsar políticas que posibiliten la conciliación de la vida profesional y responsabilidades familiares.

Ciñéndonos a los servicios intermedios y, de manera especial, a los constituidos por los centros de día, se ha venido produciendo conocimiento científico acerca de su idoneidad en el cumplimiento de los objetivos que han sido propuestos, cuyos resultados arrojan conclusiones contradictorias, como se verá más adelante. No obstante, desde hace tiempo contamos con algunas aportaciones que señalan aspectos positivos de los CD, tales como las siguientes:

- Su utilidad para ofrecer un descanso a los cuidadores/as y su influencia para evitar su claudicación y en la disminución de probabilidades de institucionalización o, al menos, en el retraso de ingreso en residencias (Kosloski y Montgomery, 1995). Es conocido que la decisión final de optar por la solución institucional se produce sobre todo en situaciones de crisis, cuando la persona o familias cuidadoras se encuentran bloqueadas por la sobrecarga de tensión acumulada debido, bien a la carga de los cuidados, bien a la sensación de no estar atendiendo adecuadamente.
- El incremento de la sensación de bienestar tanto de los cuidadores/as como de las personas mayores atendidas (Deimling, 1991), cuando se comienzan a utilizar los servicios de respiro, así como que éstos reducen la sensación subjetiva de carga por el cuidado (Kosloski y Montgomery, 1993).
- Según las evaluaciones efectuadas hace años por Friss y nelly (1995), se concluyó que los servicios del Centro de Día mejoran la calidad de vida tanto de las personas cuidadoras como la de los ancianos/asdependientes, siempre y cuando los mismos reunieran algunas características que consideraron esenciales, tales como: la flexibilidad de los programas y servicios ofrecidos, la posibilidad de elección (servicios y horarios a la carta) y la participación en la vida del centro por parte de los usuarios.

roles habituales. Sin embargo, hay que partir también de la diferenciación interindividual que se produce según el conjunto de circunstancias que rodean a cada caso.

Como se recomienda por algunos autores (Yanguas et al, 1998), es preciso detectar, en el paso previo de la evaluación, algunas necesidades que, en su caso, habrá que incluir después en los programas que se realicen. Entre ellas se destacan las siguientes:

- Necesidades de información y de formación. Para abordar una situación de cuidados es preciso saber cómo hacerlo y qué estrategias utilizar.
- La motivación en la labor de cuidados es importante para mantener la calidad de los mismos a lo largo del tiempo. A veces, las personas cuidadoras pueden estar desmotivadas, sobre todo cuando no ven resultados positivos con su labor o cuando esa tarea les origina demasiados efectos negativos.
- Los sentimientos de culpa ante determinadas situaciones negativas que pueden producirse a lo largo de la relación de ayuda suelen aparecer entre los/as cuidadores/as familiares. Lo mismo ocurre cuando hay que tomar algunas decisiones (por ejemplo, acudir a los servicios sociales para solicitar una residencia o un centro de día). Hacer ver, desde la intervención profesional, que tener esas emociones es algo normal y, por tanto, trabajar la desculpabilización será muchas veces necesario.

Pasando ya a las áreas posibles de intervención con familias, se ofrece a continuación un cuadro donde se contienen las más importantes:

<b>Áreas y acciones para intervenir con familias</b>	
<b>Áreas</b>	<b>Acciones</b>
<b>Cognitiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificar ideas, creencias y atribuciones sobre el cuidado o la enfermedad</li> <li>• Informar, formar y capacitar en habilidades de comunicación y resolución de problemas</li> </ul>
<b>Psicoafectiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenar en habilidades de manejo y reducción de estrés</li> <li>• Interpretación y expresión de emociones</li> <li>• Entrenamiento para manejo de problemas</li> <li>• Aumento de la autoestima y sentimientos de control</li> <li>• Tratamientos en depresión y ansiedad.</li> </ul>
<b>Relacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potenciar las redes y el apoyo social</li> <li>• Programas de estancias temporales (respiro)</li> <li>• Favorecer la calidad y la cantidad de las relaciones</li> </ul>
<b>Apoyo instrumental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo en las actividades y tareas relacionadas con el cuidado</li> <li>• Programas de atención domiciliaria, Centros de Día para complementar los cuidados</li> </ul>
<b>Tiempo libre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de actividades que aporten sensaciones positivas y gratificantes</li> <li>• Favorecer climas lúdicos</li> </ul>
<b>Organizacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrenamiento en planificación de actividades y realización de tareas cotidianas</li> </ul>
<b>Fuente:</b> Yanguas, J. et al. (1998).	



En cuanto se refiere a los objetivos cuyo logro debe pretenderse en los programas que se realicen con las familias, deben ser, al menos, los siguientes:

■ **Objetivo general:** Reducir o modular la “carga” detectada en la evaluación ofreciendo los apoyos adecuados para mejorar la calidad de vida de las cuidadoras y cuidadores y evitar su claudicación.

■ **Objetivos específicos:**

- Ofrecer información, orientación y asesoramiento relevante sobre cada caso individualizado, especialmente sobre recursos formales de apoyo para compartir los cuidados.
- Proporcionar conocimientos y habilidades para afrontar el cuidado en las mejores condiciones posibles.
- Dotar de estrategias para el autocuidado, en especial para reducir el estrés (técnicas de relajación, organización del tiempo, relaciones sociales, aficiones...).
- Proporcionar estrategias para compartir el cuidado con otros miembros de la familia y evitar posibles conflictos.

**B) Los programas de intervención.**

Los programas a que se va a hacer referencia a continuación son de carácter general, es decir, están pensados para actuar con familias que cuidan a una persona mayor en situación de dependencia, sin entrar en la consideración del tipo de afección que ha originado dicha situación. Por tanto, al ser generalistas, pueden aprovecharse mejor las indicaciones que se ofrecen.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que algunas enfermedades y trastornos provocan una serie de consecuencias que origina en los/as cuidadores/as un mayor nivel de estrés. Es el caso, por ejemplo, de las demencias y, entre ellas, la enfermedad de Alzheimer. Conviene tener esto presente para focalizar a sus cuidadores/as a la hora de planificar las intervenciones. En ocasiones, si el número de casos lo permite, puede ser conveniente realizar programas específicos para intervenir con estos cuidadores/as.

**B.1 Programas de información, formación, orientación y asesoramiento**

Estos programas, que pueden ser realizados por el/la trabajador/a social relacionado con el Centro de Día, se dirigen a informar, orientar y asesorar a las familias sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados que precisan las personas mayores, según tipo de afecciones y grados de dependencia.

Cuando se trata de intervenciones individuales, previamente a la decisión sobre el nivel de intervención que es pertinente en cada caso, es necesario hacer la acogida del familiar cuidador y practicar la escucha activa.

Seguidamente, se dará una información inicial y se decidirá si es conveniente realizar una evaluación y valoración pormenorizada.

Conviene ofrecer a las familias también un servicio de asesoramiento, que puede desarrollarse por un profesional en concreto o por el equipo de manera interdisciplinar, según el asunto de la consulta. En este caso, se sugiere tener previsto que la familia o el cuidador/a que desee acudir a este servicio haga una solicitud previamente para poder determinar qué profesional es el más indicado para realizar la sesión. Este servicio de asesoramiento es muy útil para las familias que, en muchas ocasiones, “se pierden” a la hora de buscar los apoyos (desconocen muchos de ellos, no saben cómo solicitarlo...) y organizar el plan de cuidados.

El asesoramiento es siempre ocasional y, por tanto, no hay que confundirlo con necesidades que también pueden presentarse y que exige tratamientos terapéuticos largos e intensos.

Cuando se estime conveniente, también es de mucha utilidad programar alguna sesión en grupo para informar / formar sobre cualquier enfermedad o trastorno en particular (demencias, Párkinson, pérdida de memoria, depresión) y sobre los síntomas que presentan y las formas de abordarlo. En estos casos, los profesionales indicados de llevar a cabo la actividad serán los sanitarios o los psicólogos/as, según tema a desarrollar.

Son muy convenientes también las actuaciones de información / formación para dar a conocer los diferentes servicios y programas, tanto sociales como sanitarios, que existan en la zona de intervención porque la correcta utilización de los mismos puede ayudar a los/as cuidadores/as a compartir el cuidado.

Este grupo de programas se organizan en sesiones únicas y sin periodicidad determinada y, aunque los mismos suelen hacerse en grupos, también es absolutamente necesario informar periódicamente a cada una de las familias sobre la evolución de la persona mayor, así como realizar un seguimiento del estado del cuidador/a.

## **B.2 Los grupos psicoeducativos**

Se trata de programas que hay que planificar de forma más elaborada. Consisten en sesiones temáticas organizadas que suelen desarrollarse con una periodicidad semanal o quincenal. El número de sesiones en que se distribuye el temario suele ser de diez a quince.

Los grupos psicoeducativos se dirigen a grupos de familiares o de cuidadores/as principales de personas mayores dependientes. Su objetivo general es dotarles de los conocimientos necesarios para cuidar mejor y también para saber autocuidarse.

En cuanto a los objetivos específicos se plantearán algunos como los siguientes:

- Desarrollar habilidades para poder manejar situaciones difíciles
- Proveer de apoyo emocional a las personas cuidadoras
- Desarrollar estrategias y habilidades para practicar el autocuidado

La metodología de este tipo de grupos para la formación ha de ser interdisciplinar y eminentemente participativa, dando pie a los cuidadores/as a que expresen sus dudas y opiniones.

En el contenido de los programas debe contemplarse el desarrollo de todas las áreas de intervención que se han señalado anteriormente e incidir especialmente en la triple vertiente que tienen esas áreas, es decir, el conocimiento, el entrenamiento en habilidades y el desarrollo de actitudes adecuados.

Los programas para realizar este tipo de grupos deben ser realizados por el equipo multidisciplinar del Centro de Día. No obstante, el responsable de la conducción de estos grupos debe ser el psicólogo/a teniendo en cuenta que los mismos tienen una doble dimensión: educativa y terapéutica.

Otra cuestión de interés que cabe señalar, relacionada con los destinatarios de los grupos, tiene que ver con la flexibilidad, cualidad que ya se ha reiterado como característica esencial de los programas de los servicios sociales. Se recomienda que la oferta para beneficiarse de la participación en estos programas sea abierta a familias que vivan en la comunidad, tengan o no recursos de apoyo y con independencia del recurso desde el que se organicen. Es decir, el hecho de organizarlos desde el centro de día no debe significar que los programas con familias se restrinjan en su acceso a las que tienen usuarios/as en el mismo.



A modo de ejemplo, se ofrece en el cuadro siguiente un cuadro con contenidos para la realización de grupos psicoeducativos:

Entre los contenidos sugeridos para realizar las programaciones de los grupos son muy importantes los dirigidos a favorecer el autocuidado del familiar responsable de los cuidados de la persona mayor: compartir los cuidados, buscar recursos de apoyo, reservarse un tiempo diario para salir, ver a las amistades, estrategias de afrontamiento de estrés, etc.

En el cuadro siguiente se incluyen sugerencias para trasladar a las familias cuidadoras:

<b>Contenidos para un programa de Grupo Psicoeducativo</b>
• El envejecimiento en su doble dimensión individual y social
• Las situaciones de dependencia: repercusiones en las personas mayores y en el/la cuidador/a
• Técnicas para mejorar la comunicación con la persona mayor con deterioro cognitivo
• Técnicas para efectuar movilizaciones sin riesgo para el/la cuidador/a
• Apoyo adecuado en las actividades de la vida diaria de las personas mayores con dependencias
• Programas de salud: incontinencias, prevención de caídas, nutrición, ejercicio físico
• Cuidados básicos de enfermería
• Manejo y afrontamiento de conductas difíciles
• Aspectos éticos del cuidado a tener en cuenta (la preservación de la autonomía de la persona mayor)
• Asuntos legales de interés
• Los recursos sociales y sanitarios (cuáles son, qué ofrecen, cómo solicitarlos...)
• El cuidado del cuidador/a: reducción de estrés y técnicas de relajación
• La conservación de la salud de los/as cuidadores/as
• Detección y prevención de las depresiones
• Habilidades para la negociación familiar en el reparto de tareas de cuidados

Fuente: Izal, M. et al (1997)

### **B.3 Los grupos de autoayuda o de ayuda mutua**

Consisten en reuniones de un grupo de familiares con el objetivo de ofrecer apoyo social de tipo emocional e informativo mediante la dotación de un espacio para compartir experiencias y problemas derivadas del cuidado e intercambiar estrategias de afrontamiento que utiliza cada uno de sus miembros. Estos grupos actúan de proveedores y receptores de apoyo emocional, al permitir expresar sentimientos y opiniones y reconocerse en el grupo de iguales.

**Guía de indicaciones para cuidarse**

- Pida ayuda a la familia, amigos, asociaciones y/o profesionales: no intente hacerlo todo usted solo/a
- Acepte la ayuda que le ofrezcan
- Mantenga la calma ante situaciones difíciles. Tómese un respiro antes de reaccionar
- Procure dormir bien y descansar lo suficiente
- Mantenga sus amistades y relaciones sociales
- Organice su tiempo y reserve siempre una parte para su ocio y esparcimiento
- Valore la conveniencia de participar en un grupo de autoayuda o psicoeducativo
- Mantenga hábitos saludables: alimentación y ejercicio
- Haga una lista de aficiones favoritas e intente hacer al menos una a la semana
- Fórmese; aprenda estrategias sobre los cuidados
- Aprenda técnicas de relajación

Aunque el funcionamiento del grupo es autónomo, la fase de creación del grupo debe dirigirse por un profesional (normalmente trabajador/a social) para explicar sus objetivos, ofrecer pautas de trabajo en grupos, etc. Una vez el grupo esté constituido y sus componentes se conozcan y compartan el sentido del grupo, el profesional debe limitarse a realizar un seguimiento periódico y ofrecer apoyos informativos o encauzar y orientar aspectos actitudinales.

Una característica importante de estos grupos es que no tienen limitación de tiempo, sino que el grupo se mantiene mientras lo deseen sus componentes.

Finalmente, se recomienda tener en cuenta que, muchas veces, el desarrollo de los programas mencionados en los apartados anteriores (formación, grupos psicoeducativos) dan origen a la constitución de los grupos de autoayuda o de ayuda mutua. Por eso, hay que aprovechar la realización de los primeros, para ofrecer la posibilidad de crear éstos.

**C) Las estancias de día en centros gerontológicos**

Como se ha mencionado ya, a raíz de la difusión del programa de estancias diurnas que se recomendaba en el Plan Gerontológico, en muchas residencias y centros sociales se puso en marcha este servicio con características muy desiguales, según los territorios. En algunos el programa de estancias diurnas se concibe como un tipo de recurso idéntico a los Centros de Día en la conceptualización que se ha presentado. Sin embargo, en otros se ofrece un tipo de apoyo más ligero, centrando la atención en el apoyo a las familias cuidadoras.

Desde nuestro punto de vista, y coincidiendo con algunas propuestas efectuadas (Rodríguez, P 2005, IMSERSO, 2005), teniendo en cuenta que ante la diversidad de situaciones y necesidades de atención que se presentan hay que responder con un amplio repertorio de recursos, habría que ofrecer en la cartera de servicios los dos (centros de día y estancias de día), si bien diferenciándolos conceptualmente y clarificando el contenido de cada uno.

Una vez conceptualizado el centro de día, se define el servicio de estancias de día de la siguiente manera:



*Es un servicio gerontológico intermedio dirigido a personas en situación de fragilidad o de dependencia que no precisan atención especializada en el que se ofrece acogimiento y apoyo a la persona mayor y descanso a la familia cuidadora.*

Se trata, pues, de un servicio que también tiene un doble objetivo. Por una parte, se ofrece a las personas mayores que viven en su casa la oportunidad de que puedan acudir durante el día a centros sociales, alojamientos o residencias y beneficiarse de los servicios que ofrezca el centro (cafetería, peluquería, gimnasio, baño, actividades ocupacionales, socioculturales, etc.). Además de poder disfrutar de los servicios del centro, no menos importante es conseguir que las personas en situación de fragilidad o leve dependencia puedan mantener una red de relaciones personales que le ayuden a mantener su autonomía personal y en definitiva a envejecer más satisfactoriamente.

Por otra parte, este servicio de estancias de día ha de plantearse un claro objetivo de apoyo a las personas cuidadoras (familiares u otros allegados), ofreciéndoles descanso y la oportunidad de conciliar su vida personal y laboral.

De acuerdo con esta conceptualización, el servicio de estancias de día no exige contar con un equipo de profesionales específico, salvo el correspondiente refuerzo de auxiliares de clínica o gerocultores/as, sino que se aprovechan y optimizan los del centro que acoge a este tipo de personas. Pero sí debe exigirse como requisito para el desarrollo de este programa que el espacio físico disponible en el centro (residencia, centro social...) sea suficiente para albergar a las personas destinatarias en condiciones adecuadas sin perjudicar tampoco el bienestar y el correcto uso de las instalaciones a las personas que residen o son socias habituales de estos recursos.

Por lo que se refiere al servicio de transporte, que es indispensable en el centro de día, en el de estancias de día podría restringirse a aquellos casos en que la situación evaluada así lo aconseje.

Se proponen tres tipos de destinatarios para este programa:

- a) Personas sin deterioro cognitivo que tengan disminuida su capacidad funcional por problemas de movilidad reducida, fundamentalmente discapacidades físicas.
- b) Personas que sufren de gran aislamiento y/o con dificultades relacionales.
- c) Personas con deterioro cognitivo leve con o sin disminución de su capacidad funcional.

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

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





## CAPÍTULO 3

### LOS CENTROS DE DÍA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL



#### 3.1 CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO E INSTITUCIONAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

El contexto actual del desarrollo de los servicios sociales en los grandes núcleos urbanos y, en general, en las sociedades urbanas europeas, es el del envejecimiento de la población y de manera particular el impacto específico que éste tiene en la creciente población en situación de dependencia. Baste considerar que la población europea afectada por situaciones de dependencia que condicionan con cierta severidad la autonomía de las personas mayores en su vida cotidiana viene a suponer en torno al 15% de la población mayor entre 65 y 79 años de edad y alrededor de un tercio de la población de 80 años de edad y más.

En sociedades crecientemente envejecidas como las europeas se ha producido un doble proceso de cambio en los sistemas asistenciales ante el crecimiento de la población mayor en situación de dependencia:

- a) El primer proceso de cambio que se inicia en la década de los años ochenta del siglo pasado se

traduce en el tránsito de un **modelo asistencial residencial a otro de tipo comunitario** debido a cambios culturales (vivir en casa), financieros (contención y reestructuración del Estado de Bienestar) y asistenciales (el giro de la atención desde la centralidad de los recursos residenciales a los de tipo comunitario básicos e intermedios buscando una mayor calidad de vida de las personas en situación de dependencia). El desarrollo de un modelo de intervención social comunitario se constituye en característica dominante de los sistemas de intervención y entre ellos la atención domiciliaria y los espacios intermedios entre el domicilio y la residencia.

- b) A nivel de los modelos generales de atención a las situaciones de dependencia en los años noventa del siglo XX se inician en diferentes países de la UE cambios en profundidad que se aceleran en la presente década en pro de **modelos integrales de atención a las personas dependientes** bajo los cuales se articulan las intervenciones de tipo comunitario. Las tendencias favorecedoras de sistemas públicos universales de protección a las personas dependientes no pueden ocultarnos la persistencia de las tradiciones nacionales en materia protectora así como las tendencias de freno de los gobiernos hacia nuevas vías crecientes de gasto social como son las derivadas del envejecimiento de la población.

Tal como señala O,Shea, la protección a la dependencia para las personas mayores en Europa muestra grandes diferencias entre países: “no hay una evidente convergencia hacia un modelo universal de financiación y prestaciones para las personas mayores”. Aunque si existen algunas tendencias comunes como son:

- La protección a la dependencia, en su coste y carga asistencial, tiende a repartirse entre el Estado, la persona afectada y la familia; se trata de una tendencia hacia un sistema de solidaridad de apoyo a la familia en base a una cobertura universal de servicios y prestaciones monetarias (que incluye en general un cierto copago) ya que el seguro privado solo es accesible a una minoría de la población.
- La articulación entre los recursos comunitarios, los familiares y los del propio individuo del que trata de destacarse no solo la situación de dependencia a proteger sino la independencia a promover (Secker y otros, 2003)
- La colaboración entre los distintos sistemas asistenciales en su dimensión social/sanitaria y comunitaria/residencial/familiar.

La persistencia de los sistemas nacionales de protección social nos obliga a destacar las diferencias existentes entre ellos a nivel global. Existen básicamente cuatro modelos de protección social a la dependencia. Cada modelo tiene raíces distintas en la historia de los respectivos sistemas de protección social y entre ellos existen diferencias en cuanto a la cobertura, contenido prestacional y forma de financiación.

Básicamente son cuatro los modelos que aquí consideramos: el modelo asistencial-liberal anglosajón, el modelo universalista de servicios nórdico, el modelo de Seguridad Social continental ampliado y, finalmente, el modelo asistencial mediterráneo en transición (CUADRO 1).

El primero, el modelo asistencial liberal-anglosajón, se limita a cubrir la atención personal a la población sin recursos, a los que están por debajo de un baremo económico de carácter asistencial y, por tanto, excluyendo a una parte importante de la población en situación de dependencia que necesita de ayuda personal y que tienen que pagar su coste, parcialmente o totalmente, o recurrir a servicios privados. El segundo es fruto de una extensión progresiva de los servicios sociales tradicionales de tipo comunitario y especializado a la necesidad de ayuda social que precisan las personas en situación de dependencia en el contexto de un modelo de naturaleza universal y centrado en el desarrollo de los servicios personales. El tercer modelo, el de tipo continental ampliado, en el que nos detendremos especialmente, es un modelo mixto universal, tanto contributivo como asistencial, surgido como confluencia entre un modelo de Seguridad Social y la extensión de los servicios sociales de naturaleza asistencial



en pro de un modelo integrado de protección social a la dependencia. Finalmente, el modelo mediterráneo en transición es un modelo de raíz asistencial, que se basa en la solidaridad intensiva de la familia, pero que ha evolucionado hacia un modelo de tipo universalista en lo que respecta a la atención sanitaria que convive con un sistema de servicios sociales públicos claramente insuficiente para satisfacer las necesidades de atención a las personas con dependencia.

Finalmente, y antes de entrar en el análisis descriptivo de los cuatro modelos protectores básicos, hay que enfatizar que el proceso de envejecimiento de la población, así como la visibilidad social creciente de las necesidades de la población discapacitada menor de 65 años, han hecho que la protección social de la dependencia haya pasado a ser una de las áreas del debate en política social más relevantes en la actualidad y de amplio dinamismo en cuanto al desarrollo de políticas y programas que tratan de dar respuesta al nuevo reto de los cuidados personales.

Con el fin de tener una visión de los cuatro modelos pasamos a describir de manera sintética sus rasgos más característicos.

## **A) Modelo asistencial anglosajón.**

El modelo asistencial liberal, característico del Reino Unido e Irlanda, sobre todo del primero (también cabe mencionar fuera de la UE los casos de Australia y USA) es un modelo de cuidados de larga duración dual y desequilibrado ya que, por una parte, existe una cobertura por parte del Servicio Nacional de Salud (NHS) de accesibilidad universal, pero que no cubre los cuidados personales que entran en su campo y, por otra parte, interviene un sistema de servicios sociales de naturaleza asistencial de suerte que la condición económica o prueba de medios limita el acceso a los servicios sociales a los colectivos sin recursos o con recursos económicos bajos.

Pero al mismo tiempo se ha producido un triple cambio a lo largo de la década de los años noventa, en concreto desde 1990. En primer lugar, un sistema de descentralización que ha desplazado parte de la responsabilidad de los cuidados de larga duración a los servicios sociales de las Administraciones Locales que no disponen de los recursos suficientes, económicos e institucionales, para hacer frente al problema de forma que la extensión de la financiación por parte de los usuarios y el copago han sido una de las consecuencias más importantes de la reforma de los servicios sociales puesta en marcha por la Community Care Act de 1990. En segundo lugar, se ha producido un claro desplazamiento desde el sistema sanitario hacia el sistema de servicios sociales de la carga de los cuidados de larga duración en el marco de políticas de contención del gasto sanitario. En la medida en que el sistema sanitario no ha asumido el deseable compromiso en este campo y los servicios sociales son de carácter asistencial y financieramente débiles, la consecuencia ha sido una mayor carga financiera y de cuidados para las familias. Finalmente, una mayor presencia del sector privado en la gestión de los servicios sociales, tanto públicos como privados, si bien la oferta de seguros privados de protección social a la dependencia no ha tenido éxito por ahora en la población. Los servicios sociales no sólo siguen siendo considerados el último recurso sino que, además, el sistema está dominado por la perspectiva de los proveedores de los servicios más que por los usuarios y por la creación de los cuasi-mercados.

El informe sobre cuidados de larga duración de 1999 (Royal Commission, 1999) marcó un antes y un después en el debate político y científico sobre el sistema a adoptar en el futuro para hacer frente a las necesidades de atención social que genera el envejecimiento de la población y los cambios en la estructura social de la familia cuidadora. A pesar del rigor y ambición científica del informe y de su opción en favor de un seguro colectivo o nacional para compartir los riesgos sociales de la dependencia y de que sigue siendo una guía muy positiva para

el diseño de una política pública de cuidados de larga duración, sin embargo, su aplicación práctica no ha tenido lugar hasta el día de hoy. El modelo británico sigue siendo un modelo de cuidados de larga duración que carga sobre un sistema de servicios sociales asistencial (con niveles de cobertura importantes) y sobre los ciudadanos el coste de la dependencia a la vez que el sistema nacional de sanidad ha quedado en gran medida al margen.

## **B) Modelo universalista de servicios nórdico**

Este modelo no comprende de manera específica la protección social de la dependencia. Los servicios sociales o de cuidados personales han ido extendiéndose progresivamente a lo largo del tiempo como un sistema de apoyo a las necesidades de la familia en el cuidado requerido durante la infancia, en situaciones de enfermedad o discapacidad y también el que precisan las personas mayores. En ninguno de estos países, como decimos, existe una ley de protección a la dependencia en sentido estricto, sino que es fruto de la progresiva adecuación de la oferta pública de servicios sociales a las cambiantes necesidades sociales y demanda de cuidados personales.

Este modelo se caracteriza por cuatro rasgos fundamentales:

- a) Se trata de un modelo de naturaleza universal, por tanto accesible a todos los que lo precisen sin limitaciones de renta.
- b) Es financiado mediante impuestos generales y locales y contempla el copago en función del nivel de renta de la persona que precisa la atención personal.
- c) Las prestaciones sociales son en gran medida servicios comunitarios y especializados, teniendo los primeros unas tasas de cobertura elevadas, las más altas de los países de la UE. La estructura de cuidados personales se apoya sobre todo en la extensión de los servicios comunitarios (domiciliarios y centros de día). Las tasas de cobertura de ayuda a domicilio, por ejemplo, están entre el 15 y 20 por cien de la población mayor de 65 años.
- d) Se trata de un sistema ampliamente descentralizado; los servicios sociales son competencia municipal aunque el Estado contribuya a su financiación.

Durante los últimos años la provisión de los servicios ha ido desplazándose hacia el sector privado. De hecho este último sistema no sólo comparte la provisión con el sector público sino que también es un sistema preferente para los grupos de renta elevada.

## **C) Modelo continental de Seguridad Social ampliada**

A partir de 1993 en que Austria inicia la aplicación de un seguro público de protección social a la dependencia, una serie de países con modelos de Seguridad Social - Alemania en 1995, posteriormente Luxemburgo en 1998 y finalmente Francia en 2002-, han incorporado la protección del riesgo social de los cuidados de larga duración a sus respectivos sistemas de protección social como una nueva rama que extiende al campo de la acción protectora de la Seguridad Social. Otros países del mismo modelo o bien disponen de sistemas relativamente desarrollados de cuidados de larga duración (Países Bajos, en parte ligados al sistema de sanidad) o están pendientes de nuevos avances en sus actuales modelos (Bélgica). Todos ellos tienen unas tasas de cobertura de servicios sociales comunitarios entre el 5 y el 10 por cien de la población mayor de 65 años.

Este modelo de protección social a la dependencia se caracteriza, sin entrar aquí en las diferencias específicas entre los distintos países, por varios rasgos:



- a) Es una nueva rama de la Seguridad Social o nuevo campo de su acción protectora.
- b) La protección social de la dependencia genera un verdadero derecho subjetivo independientemente del nivel de renta y situación sociolaboral y tiene como objetivo apoyar activamente a la familia cuidadora y, excepcionalmente, sustituirla.
- c) El reconocimiento de la situación objetiva de dependencia requiere una evaluación de carácter sociosanitario, con distinto énfasis en los aspectos sociales o sanitarios según los modelos concretos, y suele contemplar una gradación de la misma en tres niveles (moderado, grave y severo).
- d) El sistema de ayuda o prestacional es de carácter mixto, es decir, en servicios, en prestaciones monetarias o mixto, cuya elección por parte de la persona en situación de dependencia es o totalmente libre (caso alemán) o condicionada por la gravedad de la dependencia (caso de Luxemburgo).
- e) Las prestaciones son topadas y contemplan el copago a partir de las prestaciones básicas que financia el sector público.
- f) Finalmente, el modelo de financiación es de tipo mixto en base a cotizaciones sociales e impuestos con el fin de cubrir tanto el ámbito contributivo como el no contributivo.

En suma, el nuevo modelo continental de seguro de protección social a la dependencia se inscribe en la “tradicción” de la Seguridad Social como modelo protector de apoyo a la familia cuidadora cuya importancia sigue siendo central en la estructura social de cuidados tanto en su concepción o diseño como en su desarrollo práctico.

## **D) Modelo asistencial mediterráneo en transición**

Históricamente los países del Sur de Europa (Italia y España principalmente) han resuelto hasta muy recientemente la atención social a las personas dependientes mediante el recurso a la familia, y dentro de esta a la mujer que asume la carga fundamental del sistema informal de cuidados y, residualmente mediante el concurso de servicios sociales de naturaleza fuertemente asistencial.

En los últimos casi veinte años, y nos referimos a partir de ahora al caso español, han tenido lugar una serie de cambios tanto en el sistema de servicios de bienestar como en la estructura informal de cuidados que suponen una transición en nuestro sistema protector y de cuidados informales.

Por una parte, el desarrollo del Estado de Bienestar en España ha configurado, en cuanto a los cuidados de larga duración, tres sistemas muy diferentes y desequilibrados en cuanto a accesibilidad, prestaciones y financiación. Por una parte, en el ámbito de la Seguridad Social, existe un sistema de prestaciones monetarias de ayuda de tercera persona cuya naturaleza sociojurídica depende de una relación laboral (ayuda de tercera persona por gran invalidez contributiva) o de la incapacidad para el trabajo unida a la necesidad de ayuda de tercera persona (ayuda de tercera persona de carácter no contributivo) o del sacrificio del acceso al empleo por cuidar a un familiar (pensión de favor familiar). Prestaciones monetarias todas ellas más relacionadas con una condición laboral o necesidad de recursos que con la estricta protección objetiva de la situación de dependencia. Por otra parte, existen dos sistemas de servicios públicos que intervienen en la atención de las personas con dependencia: a) El sistema sanitario de cobertura universal para todos los ciudadanos pero que está limitado en cuanto al desarrollo de prestaciones sanitarias dirigidas a la rehabilitación de las personas que precisan cuidados de larga duración; en la práctica se produce una parcial derivación hacia la rama de los servicios sociales; b) los servicios sociales, por su parte, tienen un carácter asistencial, su oferta es insuficiente para hacer frente a las necesidades

crecientes de cuidados personales y, a pesar de su reciente modernización y cierta extensión, constituyen una oferta insuficiente que tiene que cubrir la familia directamente o mediante ayudas externas contratadas. Si a ello unimos la creciente desigualdad entre los sistemas autonómicos de servicios sociales en cuanto a la oferta de servicios, requisitos de acceso y financiación, la resultante es que el sistema de servicios sociales en su actual estructura de oferta no puede dar una respuesta efectiva a la demanda social de cuidados de larga duración. Los recientes cambios de las Leyes de Servicios Sociales de Asturias, sobre todo, y Madrid en 2003 indican un cambio de rumbo en favor de la universalización de una serie de prestaciones sociales básicas para todos los ciudadanos cuya materialización va a depender de una política activa de gasto en servicios sociales. En todo caso, la existencia de tres sistemas que intervienen en los cuidados o atención personal exigen una articulación de la acción política para lograr la necesaria universalidad de una serie de prestaciones básicas para todos los ciudadanos.

Por otra parte, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los cambios en el tamaño y funciones de la familia, además de la diversificación de los tipos de hogares y formas de convivencia, conllevan una redefinición de la solidaridad familiar que en la práctica ya está teniendo lugar. Por ejemplo, la incorporación de los varones mayores de 65 años como cuidadores principales de sus esposas mayores dependientes empieza a ser un hecho, igualmente la incorporación de los varones como cuidadores secundarios y, finalmente, el creciente recurso a los cuidadores externos privados (inmigrantes económicos extranjeros mayormente), son indicadores de los inevitables cambios en el sistema informal de cuidados de larga duración. Ello no supone afirmar que esté teniendo lugar un retroceso de la solidaridad familiar sino su adaptación en una sociedad en la que la igualdad de género y el empleo son prioritarios socialmente. De ahí que el sistema de seguro público de dependencia que puede ponerse en marcha próximamente (IMSERSO, Libro Blanco de la Dependencia, 2005) no tenga como objetivo la sustitución de la solidaridad familiar, excepto en casos muy determinados en que está no existe o no es posible llevarla a cabo por las especiales necesidades de cuidados que pueda precisar una persona dependiente (por ejemplo, fase terminal de un enfermo de Alzheimer), sino justamente la creación de un sistema de apoyo efectivo a la familia cuidadora o, en su caso, de cobertura de necesidades de cuidados especializadas, que generen bienestar individual y familiar, además de contribuir a la creación de empleo y del bienestar general de la sociedad.

Ambas realidades, la existencia de un sistema insuficiente y desequilibrado de cuidados personales en España y los cambios en la estructura familiar, exigen una respuesta global y articulada ante las necesidades de atención a las personas con dependencia. De hecho, la respuesta ya ha empezado tanto en términos prácticos (la proliferación de programas y planes de atención a las personas dependientes en las CCAA y grandes Ayuntamientos, muy diferentes entre sí en cuanto a enfoques, medios y resultados), así como en el debate social y, sobre todo, en el debate y en la acción política (**Pacto de Toledo de Octubre de 2003, creación de la Comisión para el Estudio de la Dependencia de 2003 y Libro Blanco de la Dependencia, 2005**).



**Cuadro 1**  
**Modelos europeos de cuidados de larga duración**

	<b>ANGLOSAJÓN</b>	<b>CONTINENTAL (Alemania, Austria)</b>	<b>NÓRDICO</b>	<b>MEDITERRÁNEO (España)</b>	<b>EUROPA DEL ESTE</b>
<b>Derecho a la protección social de la dependencia</b>	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales personales	Derecho universal de dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho universal sanitario y en cuidados de larga duración	Derecho mixto: universal en atención sanitaria; en servicios sociales contributivo limitado y asistencial	Derecho universal limitado en atención sanitaria y asistencial residual en servicios sociales
<b>Financiación</b>	Impuestos y copago para los que superan un nivel de renta asistencial	Cotizaciones sociales, impuestos y copago	Impuestos y cierto copago	Impuestos, cotizaciones y copago para los que superan un nivel de renta asistencial	Impuestos y copago
<b>Tipo de prestación</b>	Servicios y ayudas monetarias asistenciales	Servicios y ayudas monetarias topadas universales	Servicios sociales y sanitarios universales	Ayudas monetarias y secundariamente servicios de tipo tipo asistencial	Servicios residuales y algunas ayudas monetarias asistenciales
<b>Responsabilidad de la Organización y Gestión</b>	Municipal	Regiones y municipios	Municipal	Regiones y municipios	Municipal
<b>Provisión de servicios según importancia</b>	Empresas, ONGs y municipios	ONGs y empresas, papel residual municipios	Municipios y recientemente empresas	Municipios, ONGs y recientemente empresas	ONGs y municipios
<b>Política de apoyo al cuidado informal</b>	Apoyo limitado a la familia cuidadora y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo a la familia cuidadora responsable final	Apoya y sustituye a la familia	Apoyo residual a la familia cuidadora	Apoyo muy residual a la familia cuidadora
<b>Fuente:</b> Elaboración propia					

### 3.2

## MODELOS GENERALES DE CENTROS DE DÍA

Los modelos de CD existentes en el espacio de la UE son en buena medida reflejo de los modelos generales de Estados de Bienestar existentes en los diferentes países, si bien hay que enfatizar que existe una cierta convergencia en cuanto a la importancia de este recurso intermedio como medio de retraso de la institucionalización y apoyo a la familia, lo que no quiere decir una convergencia en cuanto a las metodologías de intervención social ni en la provisión de cuidados sanitarios y sociales (O,Shea, 2003) aún muy dependientes de las tradiciones nacionales.

Una cierta convergencia en la filosofía general sobre la importancia de la atención a las personas en situación de dependencia se ha impuesto en el espacio europeo a través del Consejo de Europa. En este sentido cabe señalar la

idea de la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia a través del apoyo a modelos de vida autónomos en el propio medio.

Básicamente (CUADRO 2) podemos diferenciar cuatro tipos o modelos tentativos de CD en el espacio social de la UE y que en buena medida se corresponden con los modelos de Estado de Bienestar. No se trata de modelos claramente delimitados puesto que en ellos encontramos importantes puntos de encuentro, sino de tendencias generales:

1. En primer lugar, cabe destacar un **modelo de CD nórdico**, de acceso universal (no asistencial), orientado al apoyo social e instrumental de la persona dependiente, sin descartar la atención sanitaria y rehabilitadora y sustitutivo de los cuidados informales de la mujer trabajadora. Se trata de un modelo que ha evolucionado históricamente desde una concepción sanitaria a otra de tipo social. El CD ocupa una posición asistencial cardinal con una amplia variedad de tipos de CD (integrados como medio de apoyo a pisos tutelados, centros independientes de carácter social, centros de día para personas con problemas de demencia, centros para personas mayores con discapacidades en su doble versión de mantenimiento físico o mejora de capacidades físicas). Es un modelo de amplia cobertura, de financiación pública (con cierto copago) y provisión pública (si bien en proceso de cambio) y en el que el apoyo a la persona en situación de necesidad predomina sobre el apoyo a la familia a la que tiende a sustituir.
2. Un segundo **modelo de CD es el de tipo continental**, con variaciones entre sí, de carácter universalista, en unos casos orientados a la rehabilitación y al cuidado sanitario (Holanda), en otros orientado al apoyo a la familia cuidadora (Alemania, Austria) ocupando Francia y Bélgica una situación intermedia entre el modelo de apoyo familiar y la rehabilitación y mantenimiento de las capacidades de la persona en situación de dependencia. Común denominador a todos ellos es el retraso de la institucionalización. El CD ocupa una posición sociosanitaria de enlace entre los servicios comunitarios y los de tipo residencial si bien con distinto enfoque. Como en la mayoría de los modelos existe una clara tendencia a la expansión de los CD de personas con problemas de demencia que no siempre encuentran soluciones adecuadas en centros de carácter polivalente. Este modelo tiene unas tasas de cobertura intermedia entre el modelo nórdico y el latino y en la actualidad, con la extensión de sistemas públicos de protección a la dependencia, está en proceso de expansión la oferta en las zonas urbanas de mayor envejecimiento.
3. Un tercer modelo de CD es el **mediterráneo**, de carácter asistencial, orientado al apoyo de la familia cuidadora, dependiente del sistema de servicios sociales y que lentamente está integrando un protocolo más amplio de intervención. El CD ha ocupado hasta recientemente una posición socio-sanitaria subordinada a la residencial, si bien la creación de CD independientes y de carácter polivalente en cuanto a usuarios es una realidad relativamente reciente en el tiempo. El envejecimiento de la población (sobre todo mayor de 80 años), particularmente en las grandes áreas urbanas, junto a los cambios en el volumen y responsabilidades de los cuidadores familiares, está demandando una expansión de este recurso bajo un enfoque de cobertura amplia cuya provisión tiene una naturaleza mixta. En el mismo sentido el aumento de las demencias durante la edad avanzada supone un reto en la estructura de cuidados en los CD parte de los cuales se orientan hacia una cierta especialización u orientación psicogeriatrica.

En suma, la oferta de CD puede calificarse, en general, por varios rasgos: altamente escasa en relación a las necesidades o de baja cobertura (0,46/población > 65 años), dependiente sobre todo de centros residenciales, de naturaleza mixta en cuanto a la titularidad, de financiación pública predominante, de carácter polivalente en cuanto a la tipología de usuarios, de contenidos asistenciales variados, orientados al soporte de los cuidados familiares, baja imagen social como recurso sociosanitario y protocolización desigual de sus programas de intervención.



4. Finalmente, el **modelo anglosajón**, particularmente el británico, es un modelo predominantemente de orientación social (originariamente sanitario: hospitales de día) que ocupa un lugar dependiente respecto de la ayuda domiciliar y la oferta residencial. Su enfoque es asistencial aunque la oferta es de tipo medio, la financiación es mixta y la provisión es mayoritariamente no lucrativa.

En el modelo anglosajón el CD es un tipo de servicio que en parte sustituye a la familia cuidadora, en menor medida la apoya, y que se centra en la atención a la persona en situación de dependencia. Su papel es creciente en los últimos años debido a la importancia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

**Cuadro 2**  
**Tipología ideal de Centros de Día en el espacio Europeo**

	<b>MODELO ANGLOSAJÓN</b>	<b>MODELO NÓRDICO</b>	<b>MODELO CONTINENTAL</b>	<b>MODELO LATINO</b>
<b>Evolución del</b>	De sanitario a socioterapéutico	De sanitario a social diversificado	De social a sociosanitario	De social a socioterapéutico
<b>Modelo protector de dependencia</b>	Asistencial reforzado	Universal	Universal dual	Asistencial en proceso de extensión
<b>Provisión</b>	Mixta	Pública con apertura al sector privado	Privada	Mixta
<b>Cobertura de Servicios</b>	Media	Amplia	Media	Baja
<b>Tipología de Centros de Función de dependientes</b>	Mixtos y específicos	Mixtos y específicos	Mixtos y específicos	Mixtos y específicos
<b>Orientación asistencial predominante</b>	Apoyo a la persona dependiente	Apoyo a la persona dependiente	Apoyo a la familia cuidadora	Apoyo a la familia cuidadora
<b>Fuente:</b> Elaboración propia				

### 3.3

## LA EXPERIENCIA EUROPEA DE LOS CENTROS DE DÍA. POTENCIALIDADES Y LÍMITES DE UN RECURSO INTERMEDIO

### A) Análisis a partir de la literatura internacional. Una visión general

Los servicios de atención a la dependencia a nivel internacional debemos enmarcarlos en lo que parece ser una tendencia más o menos generalizada hacia el retraso de la institucionalización de las personas mayores, crecientes inversiones en servicios de atención vinculados al hogar del afectado y una mayor coordinación de los distintos agentes de bienestar en la provisión de los cuidados (Administraciones Públicas de distinto, Tercer Sector, iniciativa privada mercantil).

En este contexto, existe cierta convergencia en los distintos modelos de Estado de Bienestar a desarrollar un tipo de servicios como son los centros de día (CD) que, por ser considerados como un recurso sociosanitario y de apoyo familiar “intermedio” entre la institucionalización de la persona dependiente en centros residenciales y la atención a domicilio, pueden contribuir precisamente a promover su autonomía y la permanencia en su entorno social. El

usuario del CD al que se orientan son personas que mantienen o pueden mantener cierto nivel de contacto con el entorno, excluyéndose las personas con graves déficits funcionales y conductuales, lo cual determina las características espaciales y funcionales que deben tener los propios centros de día. Esto supone que en los CD sea imprescindible afrontar la dificultad de acotar los límites de la dependencia y autonomía de los usuarios y la constatación del momento en el que la persona dependiente debería pasar a un nivel residencial.

Lamentablemente no son muy prolíficas en la literatura internacional las publicaciones sobre el funcionamiento de los centros de día, lo cual obliga a recurrir a la fuente directa tal y como hemos hecho en el caso de España.

Autores como Ogg y Gorgeon (2003), Scharf (2001) o Zank y Schacke (2002) han apuntado las razones del escaso desarrollo investigador y académico de la gerontología social en la Europa continental, especialmente evidente en países como Alemania o Francia.

En el **caso alemán**, aparecen algunas referencias a los centros de día a los que se considera como servicios de carácter universal cuyo acceso está sometido a prescripción médica, altamente costosos (entre 50\$ y 70\$ diarios en el año 2002, parte de cuyo coste es asumido por el Seguro de Atención a la Dependencia Alemán) en los que se suele atender a una media de 12 a 15 usuarios al día de lunes a viernes (Zank y Schacke, 2002), pero no dejan de ser referencia tangenciales y meramente introductorias con apenas significación.

Por el contrario, el interés de la gerontología social en Alemania parece centrarse más en los aspectos redistributivos de los servicios de atención, sobre todo en lo que respecta a las desigualdades regionales en los servicios de cuidados asociadas al proceso de reunificación alemana, que en la estructura organizativa de los propios centros de día. Son, sin duda, análisis con una importante carga de profundidad en el entorno doméstico alemán, sin embargo, este “localizado” interés junto a que, como afirma Scharf (2001), las publicaciones sobre la materia estén publicadas mayoritariamente en alemán, dotan al caso alemán de una menor trascendencia en la literatura internacional sobre todo si la comparamos con las investigaciones desarrolladas en el Reino Unido y en EEUU.

En el **caso francés**, aunque el interés académico de la gerontología social sí ha mostrado cierto interés por los aspectos sociales del envejecimiento sobre todo como cambio demográfico y en sus implicaciones en el mercado de trabajo, interés sin duda impulsado por el trabajo de Pierre Laroque de 1962 “A Social Policy for Old Age”, quien ya recomendaba el desarrollo de los centros de día y la asistencia a domicilio como mecanismo para prevenir la exclusión social, también ha pasado por alto el análisis del funcionamiento, potencialidades y límites de los centros de día. Ogg y Gorgeon (2003) dejan entrever dos razones. En primer lugar, porque las investigaciones sobre los centros de día se centran sobre todo en los aspectos biológicos y médicos de los cuidados, cuestiones que por su complejidad y especificidad supera a los investigadores de la socioeconomía. Un buen ejemplo es la principal revista de investigación, “*Gérontologie et Société*”, de orientación claramente médica. En segundo lugar, porque la consideración de que la provisión de cuidados en Francia es asumida como una “obligación natural” de las familias ha relativizado la importancia de los análisis organizativos de los centros de día.

En el **ámbito anglosajón**, no es del todo frecuente encontrarse referencias sobre el funcionamiento de los centros de día a un nivel pormenorizado seguramente por el propio carácter selectivo de las revistas especializadas que huyen del caso concreto, salvo que éste sea realmente innovador. Un buen ejemplo de esta innovación son los programas intergeneracionales desarrollados en varios centros de día del área metropolitana de Utah (EEUU) cuyo éxito para contener el deterioro cognitivo aconseja la proximidad de los centros de día a escuelas infantiles. Dichos programas consisten en que dos días a la semana durante 1 hora varias personas dependientes cognitivas interactuaban en una sesión de música con niños de 3 a 5 años procedentes de un centro infantil próximos acompañados de su profesor o bien éstos visitaban a “los abuelos y abuelas” dos veces al día durante 30 minutos para que éstos ayudaran a jugar



a los niños (por ejemplo a volar cometas...) tanto dentro como fuera del centro de día.

Sucede, empero que, al margen de contadas experiencias, el mencionado carácter selectivo de las revistas especializadas así como la exhaustiva revisión bibliográfica que hemos realizado, ciertamente con menos frutos de lo esperado, nos hace pensar que es la propia visita al centro de día o la entrevista con el experto, más que la propia literatura al respecto, lo que pueda resultarnos más clarificador para el detalle del funcionamiento de los centros de día fuera de España.

Por el contrario, a diferencia de la Europa Continental, en el ámbito anglosajón si suelen encontrarse referencias fundamentalmente sobre dos aspectos:

1. El funcionamiento general del propio sistema de cuidados.
2. El análisis sobre la efectividad real de los CD para los pacientes y para los familiares.

En cuanto al **funcionamiento general del propio sistema de cuidados**, en el Reino Unido se han ido aplicando diferentes iniciativas legislativas para mejorar el sistema con menos resultados de los esperados. *The 1990 NHS And Community Care Act* con el afán de fomentar un modelo “colaborativo” y descentralizar la atención en el domicilio y los servicios de respiro introdujo una nueva estructura de financiación donde las autoridades locales (AALL) eran las responsables de coordinar la elección y la oferta de centros evaluando las necesidades y asegurando una oferta apropiada de servicios de cuidados, incluidos centros de día. Para ello dichas autoridades coordinaban la oferta y contrataban servicios de cuidados tanto a los tradicionales proveedores acreditados (Statutory sector) como a las entidades no lucrativas (Independent Sector). El resultado fue que entre 1992 y el 2001 las AALL pasaron de contratar de un 10% a un 60% los servicios de cuidados a domicilio y de centros de día al Sector Independiente o Sector No Lucrativo (Ware, Matosevic y otros, 2003). Cifras que se quedan cortas para autores como Johnson (2002) para quien en el 2001 el sector independiente fue el proveedor del 92% de los servicios de atención a domicilio y el 85% de las plazas residenciales.

Años más tarde *The 1995 Carers (Recognition and Services) Act* reforzó el papel de los cuidadores tanto en derechos como en la capacidad para evaluar sus propias necesidades de cuidados y sucesivas legislaciones pretendieron estimular la prevención, los servicios de rehabilitación y la reducción de barreras entre los servicios sanitarios y los sociales.

Desde 1997 con el gobierno laborista de Tony Blair y sus distintas propuestas (*The 1997 White Paper, The New NHS Modern, Dependable, The Health Act 1999, The NHS Plan (2000), Health and Social Care Act 2001...*) se apostó por la colaboración en la provisión de servicios en vez de la competencia y por la integración frente a la fragmentación de servicios. Se pretendía establecer un sistema de redes en la oferta de servicios frente a un sistema puramente de mercado con el fin de coordinar una pluralidad de proveedores que en muchos casos eran “invisibles” para los usuarios y cuidadores en la medida en la que estos servicios eran provistos por mediación de las autoridades locales.

No obstante, los resultados fueron desalentadores tal y como demuestran Ware, Matosevic y otros (2003) en un trabajo realizado en el año 2001 donde entrevistaron a 55 usuarios de servicios de cuidados residenciales y a domicilio (9 de ellos usuarios de centros de día), 37 cuidadores y 28 gestores de cuidados (care managers) en siete administraciones locales británicas. Siguiendo a estos autores, entre las principales limitaciones del sistema de cuidados británicos resumiríamos las siguientes:

1. Deficiente información sobre los oferentes de servicios disponibles. Los gestores de los cuidados disponían de una limitada información sobre los servicios disponibles sobre todo en cuanto al coste por usuario y al coste

para las propias AALL, costes que para un servicio similar sufrían variaciones muy significativas entre las distintas AALL analizadas.

2. Oferta de servicios insuficiente, necesidades sin cubrir y deficiencias en la elección del centro adecuado. A los usuarios apenas se les daba la opción de elegir dada la insuficiente oferta de servicios de cuidados.
3. En cuanto a la satisfacción de los usuarios, éstos apenas identificaban a los proveedores de los servicios dado que el contacto se produce a través de la autoridad local y no directamente con el proveedor. Igualmente, la falta de contacto personal directo y asiduo de los usuarios con los gestores de cuidados (los contactos eran telefónicos) limitaba el grado de confianza necesario de los usuarios para poder manifestar sus quejas con claridad.
4. Sobreburocracia y fragmentación de los procesos de evaluación. Concretamente, personal diferente se ocupaba a su vez de las diferentes etapas del proceso de evaluación para un mismo usuario (valoración inicial del usuario- contratación del servicio-seguimiento de la provisión del servicio- revisión de la situación del usuario) lo cual dificultaba el seguimiento pormenorizado de cada gestor de cuidados de su “cartera” de usuarios.

La confluencia de estos factores es muy bien resumida por Tanner (2003) para quien hay muchas necesidades sin cubrir en el Reino Unido no sólo por el déficit en los recursos de atención sino también por el déficit de conocimiento de los mecanismos de evaluación adecuados, la escasez de gestores de cuidados y la descoordinación en la información entre los distintos agentes implicados en el proceso.

En cuanto a la **efectividad real** de los CD para los pacientes y para los familiares, la revisión bibliográfica realizada pone de manifiesto que las investigaciones sobre la efectividad de los centros de día son cada vez más frecuentes, sobre todo en EE.UU, pero no son concluyentes sobre todo en lo que respecta a sus efectos sobre los familiares cuidadores. Tales trabajos, según Gaugler y Zarit (2001) tras revisar algunas de las investigaciones más reconocidas sobre el análisis de la efectividad de los CD concluyen que **los CD funcionan más como complemento de los cuidados informales que como sustitutivo de la ayuda familiar a domicilio así como la baja o nula efectividad de los CD en lo que respecta a contener y reducir las situaciones de dependencia derivada de las actividades rutinarias de la vida diaria y los trastornos del comportamiento y de la salud**. Por el contrario, parecen mostrarse más efectivos sobre aspectos subjetivos como el bienestar, el humor o la satisfacción con el centro cuando estos son utilizados regular y sostenidamente. No obstante, estos resultados no son del todo concluyentes ya que adolecen de limitaciones metodológicas como que se limitan a análisis de estancias cortas, utilizan diseños experimentales con pequeñas muestras y programas de atención muy específicos o no incluyen un grupo de control no atendido en los centros de día como referencia de comparación de los resultados (Gaugler y Zarit,2001).

En su afán de superar estas limitaciones Zarit y otros (1998) compararon los resultados obtenidos entre un grupo experimental compuesto por familiares de enfermos que asistían a los CD en EEUU como mínimo dos días a la semana con los obtenidos en un grupo de control ajeno a los CD. Los resultados demostraron que el grupo experimental presentaba menores niveles de estrés, depresión y angustia que el grupo de control tanto después de tres meses como pasado un año.

Buena muestra del debate sobre la efectividad de los CD y sus efectos sobre los cuidadores son el cruce de artículos entre estos autores (Zarit y otros ,1998) y el análisis de los CD en Alemania de Zank y Schacke (2002).

<sup>1</sup>Estos gestores son los encargados de “enlazar” las necesidades detectadas y la provisión de los servicios correspondientes para atender dichas necesidades



Para Zank y Schacke (2002) a pesar de haber incorporado en la metodología un grupo de control y aunque coincidían en los efectos positivos de los CD para los pacientes sobre todo en ciertas habilidades cognitivas y conductuales, este trabajo no obtuvo resultados concluyentes sobre los efectos en los cuidadores. Como posibles razones de la disparidad de resultados entre investigaciones similares los propios autores señalan las diferentes estructuras de los CD estadounidenses y los alemanes o que los efectos positivos sobre los cuidadores son inmediatos desde el primer momento en el que hacen uso de este recurso de manera que desde ese momento apenas perciben mejorar adicionales de bienestar. Zarit y otros (2003), además añaden otras razones de carácter metodológico relacionadas con la definición del grupo de control y el experimental ya que el utilizado por Zank y Schake incluía en el primero a individuos que, aunque no utilizaron CD, sí fueron atendidos regularmente por la ayuda a domicilio, además de que en el grupo experimental incluyeron a personas que tenían acceso a los CD pero que no siempre los utilizaban.

En España, esta tendencia a comparar los resultados en dos grupos de cuidados se ha seguido por autores como Artaso, Martín y Cabasés (2002) quienes consideran mediante un análisis coste – beneficio que los pacientes que acudían a CD en comparación con los que recibían cuidados comunitarios habituales suponen un mayor coste sin modificar de forma significativa la salud del paciente ni la de su cuidador y sólo muy ligeramente los trastornos conductuales del dependiente. En una línea similar, Goñi y otros (2003) apenas encontraron diferencias significativas en la sobrecarga emocional de los 80 pacientes y sus cuidadoras informales, analizados entre aquellos que asistían a los CD y los que eran asistidos en su domicilio. Concretamente observaron como la sobrecarga emocional que padece el cuidador de un paciente con demencia es intensa e independiente de que acuda a un recurso diurno o que permanezca en su domicilio.

Estos resultados a priori pueden resultar desalentadores en la medida en la que parecen poner en tela de juicio la propia efectividad de los centros de día. No obstante, hay que tener en cuenta que en muchos casos son los propios autores de estos trabajos, como es el caso de Baumgarten y otros (2002), quienes, a pesar de no haber podido demostrar, utilizando también grupos de control, el impacto positivo de los CD sobre los síntomas de ansiedad o depresión entre los usuarios y los cuidadores después de tres meses de investigación también apuntan algunas razones que nos deben hacer dudar de esos resultados máxime cuando es evidente que los servicios de respiro en un CD generan cierto alivio para los familiares en el cuidado de las personas dependientes en los CD. Concretamente, el tiempo analizado (tres meses) puede resultar en muchos casos insuficiente para valorar el impacto de los CD en la medida en la que la adaptación del usuario y los familiares a estos centros en los primeros meses puede generar cierta ansiedad a lo desconocido que se va atenuando con el tiempo. En segundo lugar, es probable que los propios cuidadores apenas perciban un mayor bienestar por los servicios de respiro que les ofrecen los CD en la medida en la que suelen dedicar ese tiempo bien para acudir a sus puestos de trabajo (Jarrott y otros, 2000) o bien para desarrollar tareas del hogar que no pueden hacer cuando la persona mayor está presente. Por último, suele ocurrir que tanto la heterogeneidad de los centros analizados y de los programas desarrollados en los centros de día como el carácter intangible de aspectos como la satisfacción o los beneficios derivados de la atención en los CD pueden escapar al uso de las herramientas de análisis convencionales, además de que en investigaciones como estas apenas se pueden captar las experiencias vividas por los propios afectados cuando su estado cognitivo es limitado, más aún teniendo en cuenta que, como demuestran Baumgarten y otros (2002), cuando muestran un nivel de lucidez suficiente se muestran menos solos y deprimidos que antes de entrar en los CD.

## **B) Procesos de convergencia en la concepción, tipología y programas de los Centros de Día en el espacio europeo**

El Centro de Día se ha consolidado progresivamente en el espacio social europeo como recurso intermedio de apoyo a las personas dependientes que viven en su domicilio y tienen necesidades especiales y, al mismo tiempo, como apoyo

a la familia cuidadora. En este sentido se ha producido una **relativa convergencia tanto teórica como práctica** en el desarrollo institucional de este tipo de recurso como medio de prevención del paso a la residencia y como soporte profesional a los cuidados informales. Obviamente esta convergencia es relativa ya que el papel de la familia no es el mismo en todos los países ni tampoco la concepción sobre el papel de los servicios sociales ante el envejecimiento. Incluso paradójicamente pudiera hablarse de tendencias inversas en el sentido de que los países mediterráneos, con bajos niveles tradicionales de cobertura en servicios sociales, están diseñando y desarrollando políticas expansivas de servicios como apoyo a la familia e incluso como sustitución dada la reducción de la población cuidadora (paliada por la población inmigrante femenina que sule a las hijas en el cuidado de las personas mayores dependientes) mientras que países con sólidos sistemas de servicios sociales, caso de Holanda e incluso Suecia, están tratando de “recuperar” un papel más activo para las familias cuidadoras.

Del análisis de la literatura internacional antes realizado en el apartado A se han destacado aspectos generales sobre el funcionamiento de los Centros de Día y su efectividad en el apoyo a las familias y en el cuidado de las personas dependientes. Se trata ahora de profundizar en diferentes aspectos comparativos conexos con los anteriores tales como que parecen indicarnos una convergencia relativa entre los diferentes modelos de Estados de Bienestar: a) los cambios en la concepción del envejecimiento o filosofía orientadora de los recursos para las personas dependientes; y b) la tipología de las personas mayores dependientes que acceden a dichos centros.

a) El Centro de Día de la actualidad en los diferentes países de la UE se basa en una **filosofía y metodología de intervención** relativamente similar. Sus orígenes han sido variados hasta llegar al modelo relativamente generalizado de la actualidad – modelo de tipo psico-social de asistencia terapéutica integral y multidisciplinar. Se podría afirmar, simplificando, que en el espacio nórdico y anglosajón el CD nace como recurso fundamentalmente sanitario, en el sur como centro social y en el ámbito continental como un espacio mixto con un mayor peso de lo sanitario (Holanda), de lo social (Francia) o de las necesidades familiares (Alemania).

Las tradiciones profesionales, el papel de la mujer o de la familia en el sistema de cuidados y la mayor o menor orientación del Estado de Bienestar hacia las necesidades individuales o familiares, han condicionado los paradigmas sustentadores de la concepción y práctica de los Centros de Día.

En la actualidad el CD es un recurso social más que sociosanitario. En efecto, el CD no es un recurso sociosanitario propiamente dicho ya que el espacio sociosanitario se concibe como un conjunto de prestaciones que responden a necesidades sociales y sanitarias a la vez y donde entran no solo una parte de las personas mayores dependientes sino también las enfermedades crónicas invalidantes, grandes minusvalías, enfermedades terminales, enfermedades crónicas muy concretas (drogodependencia) o de elevado impacto (caso del Sida). Por el contrario, el CD es un recurso para personas mayores dependientes que viven en su domicilio y que precisan cuidados personales y terapias funcionales, cognitivas y sociales y, parcialmente, atención sanitaria no especializada. Únicamente de manera tangencial podemos hablar del CD como recurso sociosanitario y sí, por el contrario, como recurso socioterapéutico y de apoyo familiar. Esta última concepción es la que se ha abierto paso en el espacio europeo en los últimos treinta años, tal como veremos a continuación.

Así, en Alemania, el desarrollo de la concepción de la vejez y de la dependencia ha transitado desde la preeminencia de una visión biomédica del envejecimiento (Thomae, 1968 y Lehr, 1972), pasando por el dominio de psicología hasta llegar a principios de la década de los años ochenta del pasado siglo a enfoques de tipo interdisciplinar y multidisciplinar (Schneider, 2000). De hecho, se ha producido en la actualidad un nexo entre la gerontología social y del comportamiento junto a las perspectivas médicas y biológicas del envejecimiento. Esta naturaleza multidisciplinar del envejecimiento queda claramente reflejada en la revista *Zeitschrift für Gerontologie*



und Geriatrie y en el enfoque multidisciplinar de los centros de investigación como son el Centro Alemán de Gerontología de Berlín, el Centro Alemán de Investigación sobre el Envejecimiento de Heilderberg o el Instituto Max Planck para el Desarrollo Humano.

Igualmente, en el caso francés, la concepción del CD como espacio socioterapéutico se ha visto lastrada por el hasta recientemente predominio de un discurso gerontológico biomédico y por la preocupación central por los aspectos demográficos del envejecimiento. El Informe Laroque de 1962 (Política social para la vejez) situó en primer plano los aspectos sociales del envejecimiento en toda su complejidad superando el enfoque biomédico dominante así como la visión residual de la vejez desde el análisis de la pobreza.

El informe Laroque hizo una serie de recomendaciones de lucha contra la exclusión de las personas mayores mediante los CD y la ayuda a domicilio y abrió la investigación a otras ramas que no fueran exclusivamente médicas o demográficas. A pesar de ello y hasta los trabajos seminales de Guillemard (1972) desde el ámbito de la sociología, el enfoque del envejecimiento estuvo orientado hasta recientemente a la dependencia en un sentido biomédico. Hay que tener en cuenta que ha sido en el año 2000 cuando la Sociedad Francesa de Geriátrica añadió la palabra gerontología superando parcialmente la visión biomédica dominante del envejecimiento y de la dependencia.

El CD en el Reino Unido, nació como centro sanitario (la primera experiencia de hospital de día CD es de 1945) y el tratamiento de la dependencia entre 1960 y 1990 fue fundamentalmente biomédico. La reforma de los servicios sociales y sanitarios de 1990 supuso un claro desplazamiento del enfoque del CD del ámbito sanitario al social. Coincidieron en esa transición razones de tipo económico (control del gasto sanitario), organizativo (una mayor descentralización de los servicios sociales), social (el crecimiento de la población mayor dependiente con necesidades sociales complejas) y de tipo teórico (un enfoque multidisciplinar de la dependencia y de la intervención social).

Ciertamente, en la reforma de 1990 se pretendía sobre todo descentralizar e incrementar la competencia entre los proveedores de servicios e implicar en mayor medida a la sociedad civil en el sistema de cuidados. En lo tocante a los CD los cambios fundamentales del período 1990-2000 fueron dos: la progresiva conversión de los CD en centros sociales o asistenciales y el paso de la gestión de los centros del sector público a las ONGs y empresas privadas. La ley de sanidad y de servicios sociales de 2001 (Health and Social Care Act) trató de sustituir el sistema de competencia entre proveedores por una mayor colaboración o creación de redes de provisión y una mayor integración entre el sistema sanitario y los servicios sociales cuyos resultados no son valorados de manera positiva ya que, por una parte, existe una clara tendencia a la fragmentación en los procesos de valoración y gestión de los cuidados y, por otra parte, la calidad de los servicios depende en gran medida de la provisión de personal de cuidados, oferta que no siempre acompaña a los servicios sociales comunitarios (Ware, Matosevic, Ardí, Knapp, Kendall y Forder, 2003).

En el caso de Suecia, típico caso del modelo nórdico, el CD tiene una evolución en tres etapas en correspondencia con los paradigmas dominantes de la geriatría y la gerontología social. Los primeros CD fueron estrictamente sanitarios (hospitales de día) y se desarrollaron dentro de los hospitales geriátricos a principios de la década de los años cincuenta del siglo pasado. Una segunda fase de este modelo, también sanitario, tuvo lugar en el campo de la psiquiatría de forma que los hospitales psiquiátricos crearon centros de día para este tipo de pacientes de todas las edades. Finalmente, en 1967 se abre el Estocolmo el primer centro de día para personas mayores en el campo de los servicios sociales. Desde entonces, los CD han tenido un fuerte desarrollado concebidos como centros socioterapéuticos y dirigidos tanto a la aplicación de terapias de

diferente tipo como a la sustitución de la familia cuidadora ( Samuelsson, Malmberg y Hansson, 1998). De manera particular en este modelo el CD sustituye más que complementa a la familia cuidadora en correspondencia con una sociedad en la que el Estado asume la mayor responsabilidad en los cuidados de larga duración.

Finalmente, en el caso de los países del sur de Europa (España e Italia sobre todo) el origen de los centros de día ha tenido lugar parcialmente en el ámbito sanitario pero, sobre todo, en el ámbito social bien como centros adscritos a residencias de asistidos, como anexos a los centros sociales u hogares de tercera edad o, más recientemente (desde los primeros años noventa) como centros independientes para el mantenimiento de las personas dependientes y, sobre todo, de apoyo a la familia cuidadora.

Ello ha sido así porque la atención sanitaria geriátrica en España no ha tenido una cierta expansión hasta muy recientemente y, paralelamente, el campo de los servicios sociales se ha visto obligado a asumir las necesidades de las personas en situación de dependencia a partir de un modelo que estaba centrado en la integración social (prioridad de los centros sociales). También hay que tener en cuenta que la descentralización de los servicios sociales en España e Italia ha dado lugar a variados modelos de servicios sociales regionales con una mayor o menor aproximación al campo de lo sanitario en función de la extensión del sistema de servicios sociales y del enfoque predominante que estos tengan.

El modelo mediterráneo de CD está muy orientado al apoyo familiar de la persona dependiente si bien el impacto de la dependencia y la intervención social ante la misma están dando cada vez mayor importancia a las funciones terapéuticas que a las de mantenimiento. En definitiva, el modelo de CD del sur de Europa, simplificando su definición, se basa en una concepción dominante de apoyo a la familia si bien se encuentra en un proceso de crecimiento y complejidad organizativa y terapéutica.

#### **b) Tipologías de Centros de Día para personas dependientes**

En lo referente a la tipología de CD para personas dependientes se ha producido igualmente una cierta convergencia entre los países tanto en lo referente al modo de ubicación física, como en lo que se refiere a la tipología de personas dependientes que acceden y a la metodología de intervención.

El modelo conceptual de la efectividad de un CD (Gaugler and Zarit, 2001) se apoya en tres grandes objetivos a valorar: la mejora del bienestar de la persona dependiente, la adaptación del cuidador reduciendo su estrés y el retraso de la institucionalización. Ahora bien, como tales objetivos tienen que adaptarse a las personas en situación de dependencia es lo cierto que la tipología de CD es una combinación de tipos y grados de dependencia, objetivos y programas. En general, la tendencia dominante es la existencia de CD mixtos en el que se atienden a personas con dependencia física y cognitiva y dirigidos al logro del mencionado triple objetivo. Pero al mismo tiempo se ha consolidado un modelo específico de CD para personas con Alzheimer u otras demencias. Esto quiere decir que el CD no es un conjunto cerrado y homogéneo de programas y actividades para una población relativamente homogénea. A medida que el envejecimiento de la población se amplía con el aumento de la población de 80 y más años y se hacen más complejas las situaciones de dependencia, el CD tiende a diversificar sus programas en función de la edad, el tipo de dependencia e incluso del tipo de habitat.

En este sentido, si consideramos solamente la variable tipo de persona dependiente los CD suelen adoptar dos modalidades: CD mixtos (para todo tipo de personas mayores dependientes) y específicos dirigidos a asistencia de dependientes con problemas cognitivos severos y graves. Si consideramos el tipo de intervención a realizar



cabe considerar desde la intervención sanitaria exclusiva (rehabilitación en residencias asistidas u hospitales de día) a la intervención social (servicios sociales) y terapéutica, así como la atención a los dependientes cognitivos severos. En esta misma línea de integrar todo un posible continuo sanitario-social otros autores (Alba y González Montalvo, 1999), en la tradición anglosajona, diferencian tres tipos de modelos que asocian a tipos de centros: modelo médico (rehabilitador, semejante al Hospital de Día), modelo médico-social de mantenimiento (que denominan como típico CD, lo que nos parece discutible a la luz de la definición que en este trabajo sostenemos) y, finalmente, modelo psicosocial (de voluntariado que se superpone a los clubs de tercera edad). El segundo sería de “nivel sociosanitario con mayor contenido social”. En esta misma línea de la tradición anglosajona (Conrad y otros, 1993) consideran que el CD social puede ser adoptar hasta seis modalidades: centro de Alzheimer, de rehabilitación, de alta intensidad asistencial clínica y social, de moderada intensidad asistencial clínica y social, generalista y de baja intensidad o centros de integración social. Esta tipología define un continuo sanitario-social que solo parcialmente se ha adoptado en el espacio europeo donde la diferencia en la actualidad es de CD mixto socio-terapéutico y CD especializado o cognitivo.

En la tradición francesa suele diferenciarse un continuo sanitario-social de centros de día. Así, Argoud (1999) diferencia entre: los hospitales de día orientados a la gerontopsiquiatría, los CD en sentido estricto como un recurso específico (Centres de Jour) y las estancias de día, vinculadas o no a algún establecimiento residencial, que tienen como objetivo una atención más prolongada en el tiempo que la asistencia hospitalaria pero menor intensidad que el CD. Los dos últimos tendrían objetivos, en gran medida, similares pero desde espacios físico-organizativos claramente diferentes.

En el caso de Suecia (Samuelsson y otros, 1998) se diferencian cinco tipos de centros que combinan la variable físico-espacial con la asistencial: CD integrados en un complejo de apartamentos o viviendas para personas mayores y CD independientes, según la variable espacial; de acuerdo con la orientación asistencial se diferencian en tres tipos de CD: CD para personas con demencia, CD mixtos (todo tipo de dependencias) y CD de rehabilitación.

Finalmente, en el sur de Europa se diferencia claramente entre dos categorías de CD: el CD socioterapéutico para todo tipo de dependencias o polivalente ( Centro de Día en España y el Centre Diurne per Anziani Fragili con funciones de rehabilitación y socialización de Italia) del CD especializado en demencias o Alzheimer (Moragas, 1995), también denominados Centros Psicogeriátricos. Los primeros pueden ser centros independientes, integrados o anejos a un complejo residencial. El segundo es altamente especializado y tiende a constituirse como un centro específico, si bien pueden estar integrados en un complejo residencial.

En definitiva, el Centro de Día, en cuanto recurso intermedio, tiene objetivos plurales y variables según el tipo de persona mayor con dependencia, metodologías de intervención de tipo terapéutico que van desde lo funcional a lo social pasando por lo cognitivo, ubicaciones espaciales diferentes por distintas razones (económicas o asistenciales) y, por tanto, la tipología de CD es necesariamente diversa, ello sin tener en cuenta el tipo de propiedad y el modo de gestión que durante las dos últimas décadas ha tendido a estar de manera creciente en manos del sector privado, lucrativo y no lucrativo.



## CAPÍTULO 4

### APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA ESPAÑOLA DE LOS CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



#### 4.1 CONTEXTO GENERAL DEL DESARROLLO DE LOS CENTROS DE DÍA

El Libro Blanco de la Dependencia en España, recién aparecido en Enero de 2005, y que dedica el capítulo V a los servicios sociales, diferencia, como hemos mencionado ya en el capítulo 2, entre las Estancias de Día y el Centro de Día. El primero de los programas está destinado a personas en situación de fragilidad o con cierto deterioro que pueden beneficiarse de servicios de apoyo así como, sobre todo, ofrecer un cierto descanso a la familia cuidadora. Este servicio se puede prestar a nivel de residencias o en centros sociales. Sin embargo, este recurso no es exactamente el Centro de Día y suele confundirse con este último. De hecho, por ejemplo, en la CCAA de Castilla-La Mancha las Estancias diurnas son el modo de denominación del Centro de Día. En la práctica la Estancia Diurna es un servicio que puede prestarse en diferentes modalidades de centros (centros sociales, en residencias como servicio de día e incluso en los propios Centros de Día) lo que sin duda provoca confusión. De forma que entendemos que el servicio de estancias de día no sería sino una extensión de cuidados formales en los diferentes niveles de la red de servicios sociales para personas

## LOS CENTROS DE DÍA. *Aproximación a la experiencia internacional y española*

frágiles que sufren algún tipo de dependencia inicial o de bajo impacto personal.

Los Centros de Día propiamente dichos se conciben en exclusiva para personas mayores dependientes y son definidos, como antes vimos, como “centros gerontológicos terapéuticos y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, prestan atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia”.

El Centro de Día se concibe así como un centro de atención especializada, profesional, para dar una atención integral a la persona dependiente que vive en su domicilio y servir de activo apoyo a la familia. De ahí que mientras comparte con un centro social servicios como de cafetería, peluquería, alimentación, sin embargo lo característico es la prestación de servicios terapéuticos de amplio rango: funcional, cognitivo, psicoafectivo y socializador, además de garantizar una adecuada atención sanitaria.

Según la información del Libro Blanco a enero de 2005 había en España 1.756 Centros de Día con 33.709 plazas, con una media de 19 plazas por centro y una tasa de cobertura de la población mayor de 65 años del 0,46%, siendo la cobertura de las plazas públicas y concertadas del 0,27%. Solo Cataluña, Madrid, País Vasco y Rioja tienen una tasa de cobertura superior a la media nacional (ver CUADRO 1).

### Cuadro 1

#### Número de Centros de Día y plazas. Enero de 2004

CC.AA.	NÚMERO DE CENTROS	TOTAL PLAZAS	ÍNDICE DE COBERTURA
<b>Cataluña</b>	642	10.929	0,95
<b>Madrid</b>	160	5.842	0,70
<b>País Vasco</b>	91	2.113	0,55
<b>La Rioja</b>	12	269	0,48
<b>Extremadura</b>	48	910	0,44
<b>Murcia</b>	31	755	0,42
<b>Navarra</b>	18	392	0,38
<b>Asturias</b>	35	884	0,37
<b>Castilla y León</b>	284	1.978	0,35
<b>Cantabria</b>	21	372	0,35
<b>Aragón</b>	37	905	0,34
<b>Melilla</b>	1	25	0,34
<b>Ceuta</b>	1	25	0,30
<b>Andalucía</b>	149	3.721	0,33
<b>C. Valenciana</b>	71	1.868	0,25
<b>Castilla-La Mancha</b>	76	849	0,24
<b>Baleares</b>	22	322	0,24
<b>Canarias</b>	28	514	0,23
<b>Galicia</b>	29	1.036	0,18
<b>TOTAL ESPAÑA</b>	<b>1.756</b>	<b>33.709</b>	<b>0,46</b>

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. 2005



Se trata de un modelo de oferta de tipo mixto, más de la mitad de las plazas son de titularidad privada (el 59%), si bien buena parte de ellas son financiadas públicamente (el 56% del total de plazas en centros de día están sufragadas por el sector público). Este recurso está teniendo una fuerte expansión en España como sistema intermedio de atención de personas dependientes, si bien, como el mencionado Libro Blanco señala textualmente, “no se dispone de información suficiente sobre las características esenciales de nuestros Centros de Día: programas que realizan, profesionales y disciplinas que prestan sus servicios en ellos, grado de dedicación, horarios y días de apertura, funcionamiento del transporte, etc”. Precisamente, la muestra de centros aquí analizamos, a modo de estudio piloto, pretende profundizar en la metodología de análisis de los actuales Centros de Día desde una perspectiva gerontológica.

## 4.2 CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LOS CENTROS DE DÍA EN DIFERENTES CCAA UNA VISIÓN SINTÉTICA

Como primera aproximación al análisis de los Centros de Día es necesario considerar las características básicas de los Centros de Día en las seis CCAA objeto de estudio-piloto, tal como se deducen de su normativa, sobre aspectos tales como: la definición de Centro de Día, características funcionales que deben tener, programas a desarrollar, tipo de usuarios, equipo profesional y evaluación. Esta normativa la compararemos posteriormente con los resultados del trabajo de campo de forma que podamos contrastar el nivel legal con el nivel real tal como este último emerge de los estudios de caso.

### A) ANDALUCÍA

La ley de atención y protección a las personas mayores en Andalucía diferencia claramente, como en el caso de Castilla-La Mancha, entre los Centros de Día y las Unidades de Estancia Diurna. Los primeros, los Centros de Día, son centros de promoción del bienestar, convivencia, participación e integración de las personas mayores; pueden servir de apoyo para la prestación de servicios sociales pero fundamentalmente son centros de ocio, relación e integración social.

Por el contrario, las **Unidades de Estancia Diurna**, están dirigidas a la atención integral de personas mayores en situación de dependencia física y/o psíquica. Su objetivo es doble: mejora o mantenimiento de la autonomía de la persona mayor dependiente y apoyo a la familia o cuidadores habituales.

### B) ASTURIAS

El Centro de Día en Asturias se concibe como centro gerontológico socioterapéutico y de apoyo a la familia que atiende durante el día a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente promoviendo su autonomía y permanencia habitual en su entorno habitual.

El Centro de Día desarrolla objetivos en relación con los colectivos que intervienen: personas mayores dependientes (recuperar la autonomía, evitar o retrasar la institucionalización, prevenir el incremento de la dependencia), la familia cuidadora (orientación y asesoramiento, proporcionar tiempo libre y descanso, desarrollo de habilidades para reducir el estrés y mejorar la calidad de los cuidados, prevención de conflictos) y los cuidadores profesionales (formación continua, reducción del estrés, satisfacción laboral).

**Cuadro 2**

**Los Centros de Día en Andalucía**

<b>Denominación</b>	Unidades de Estancia Diurna
<b>Normativa</b>	Ley 6/1999, de 7 de Julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía. Orden de 1 Julio de 1997 para la acreditación de centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad
<b>Objetivos</b>	Atención integral durante parte del día a las personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica. Su objetivo es mejorar o mantener el nivel de autonomía personal de los usuarios y apoyar a las familias o cuidadores que afrontan la tarea de atenderlos
<b>Lugar de prestación</b>	En centros sociales, residencias o centros <i>ad hoc</i> denominados centros gerontológicos. En dichos centros puede haber módulos para personas con dependencias físicas y psíquicas orientadas a la rehabilitación y asistencia terapéutica
<b>Servicios</b>	Asistencia social, ocupacional, animación, transporte, higiene y cuidados psicogeriátricos
<b>Equipamiento</b>	Especificado en normativa
<b>Usuarios: Accesos</b>	Personas mayores de 65 años en situación de dependencia y en función de un baremo personal, social y familiar
<b>Equipo profesional</b>	Programa de Atención Personalizado de cada usuario dentro de un enfoque de atención integral y multidisciplinar basado en un equipo técnico básico compuesto por: director o coordinador, trabajador social, auxiliares de geriatría, terapeuta ocupacional. Además y con dedicación parcial o completa en función del tipo de centro: fisioterapeuta, psicólogo, médico, enfermero
<b>Copago</b>	En los centros públicos y concertados en función de baremo. En los centros privados en función de los precios de mercado
<b>Control de calidad</b>	Inspecciones periódicas no evaluaciones de centros públicos, concertados y privados acreditados

En el modelo de centro público de Asturias las modalidades de asistencia pueden ser de tipo continuo o completo o parcial, tendiendo a la flexibilidad de la atención en función de las necesidades concretas de la persona mayor dependiente.

Este tipo de centros se basa en una filosofía asistencial o principios estratégicos: atención integral, rechazo del nihilismo terapéutico, enfoque sistémico de la intervención, enfoque interdisciplinar, respeto a los derechos de la persona dependiente, flexibilidad en la prestación de los servicios, especialización, integrado en la comunidad y participación en el centro de los usuarios, familias y profesionales.

Todo Centro de Día debe contar con un Plan General de Intervención (PGI) en donde se enmarcan los servicios y los programas de cada centro. Se consideran **servicios** del centro los siguientes: los de tipo básico como son manutención, transporte y asistencia en las actividades básicas de la vida diaria, los de tipo especializado como atención psico-social, terapia ocupacional y cuidados de salud y, finalmente, servicios complementarios tales como cafetería, peluquería, etc. En cuanto a los **programas** de intervención se diferencian seis: de intervención terapéutica, atención sanitaria, intervención ambiental, intervención con familias, programa con colaboradores y de formación continua.

Todo Centro de Día público debe elaborar una Memoria anual que debe incluir la evaluación del centro en base a un Protocolo de Evaluación que cubre la evaluación de la cobertura de la población mayor dependencia con



necesidad de Centro de Día, su tipo y grado de dependencia y perfil de las familias cuidadoras; la evolución del proceso o realización de actividades terapéuticas, programas sanitarios, intervención con familias, formación profesionales y relación con el entorno colaborador; la evaluación de los resultados medida en forma de evolución de los usuarios, percepción de los usuarios y de las familias cuidadoras tanto del centro y sus actividades como del impacto de los programas en su bienestar; finalmente la evaluación interna de la calidad asistencial medida a través de la participación, planificación, metodología de trabajo, coordinación de actividades, oferta de servicios y programas, equipamiento, accesibilidad y seguridad e interacción entre familias, usuarios y profesionales. Existe un documento técnico que es el referente obligado para la intervención en todos los centros públicos (Martínez y otros, 2000).

**Cuadro 3**  
**Los Centros de Día en Asturias**

<b>Denominación</b>	Centro de Día para Personas Mayores con Dependencias que puede ser un centro específico o como parte de una residencia o centro social de personas mayores si se garantiza un espacio referencial para centro de día
<b>Normativa</b>	Decreto 29/2000, de 6 de Abril, por el que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los centros de día de personas mayores dependientes
<b>Objetivos</b>	Atención integral e individualizada a la persona en situación de dependencia junto con programas de apoyo a la familia. El objetivo es mejorar la autonomía y calidad de vida de la persona mayor y de su familia
<b>Lugar de prestación</b>	En los Centros de Día o en Centros Sociales y Residencias que garanticen un espacio referencial como Centro de Día (mínimo dos salas en continuidad espacial)
<b>Servicios</b>	Cada centro público, concertado o acreditado tiene un Plan General de Intervención con los siguientes programas: intervención terapéutica, de salud, intervención con familias, formación de cuidadores profesionales, de intervención ambiental, de colaboradores (voluntariado)
<b>Equipamiento</b>	En base a un número de usuarios no superior a 30 personas los requisitos mínimos son: sala de reposo, comedor, salas polivalentes de actividades terapéuticas (mínimo dos) con mobiliario movable, despacho polivalente profesional, baños y aseos
<b>Usuarios: Accesos</b>	Tener cumplidos 50 años, estar en situación de dependencia y disponer de un apoyo familiar suficiente como para permanecer en el entorno. Para todo usuario se cumplimenta un Protocolo Individual de Valoración e Intervención Integral
<b>Equipo profesional</b>	Equipo multidisciplinar: director, equipo de valoración, orientación y apoyo (EVOAS) con un médico y ATS, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y gerocultores o auxiliares de clínica
<b>Copago</b>	Servicio público no gratuito. El copago en función de ingresos en los centros públicos y concertados
<b>Control de calidad</b>	Protocolo de Evolución Anual en base a Cuestionarios a Usuarios, Familias y Profesionales

### C) CASTILLA-LA MANCHA

En el caso de Castilla-La Mancha se diferencia claramente entre el Centro de Día y el Servicio de Estancias Diurnas (SED). El primero, el Centro de Día se define como un “establecimiento de carácter social en el que se facilita la estancia durante el día y la convivencia entre las personas mayores, con el objeto de propiciar la participación activa, la relación personal y la integración social, mediante la realización de actividades socioculturales, lúdicas y

recreativas, estableciendo, en su caso, servicios básicos de información, orientación y atención social. Asimismo podrán ofrecer servicios asistenciales y de atención social que sirvan para favorecer la permanencia en su entorno familiar y social y mejorar su calidad de vida”. Según esta definición, podemos concluir que el Centro de Día es equivalente al Centro Social en nuestra conceptualización.

Por el contrario el Servicio de Estancia Diurna (que puede realizarse en un Centro Social, Residencia o espacio específico) se define normativamente como el “que ofrece durante el día atención integral a las personas mayores que tienen una situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Asimismo proporcionan a los familiares o cuidadores habituales el apoyo y la orientación necesaria para facilitar su atención, promoviendo su autonomía y la permanencia en su ambiente familiar y social”.

Es decir, el SED es equivalente al Centro de Día en nuestra conceptualización.

#### Cuadro 4

##### Los Centros de Día en Castilla-La Mancha

<b>Denominación</b>	Centros de Día con Estancias Diurnas o Estancias Diurnas
<b>Normativa</b>	Ley 3/1994, de 3 de Noviembre, de Protección de los Usuarios de las Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, Decreto 30/2004, de 30-03-2004, por el que se modifica el Reglamento de desarrollo de la Ley 3/1994; Baremo de Ingreso en el Servicio de Estancias Diurnas (SED) por Resolución de 27-11-98 de la Dirección General de Servicios Sociales: Orden la Consejería de Bienestar Social por la que se regula la Concertación de Plazas Residenciales, Estancias Temporales y Estancias Diurnas en Centros Residenciales y Centros de Mayores; Orden de la Consejería de Bienestar Social por la que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los Servicios de Estancias Diurnas en Centros Gerontológico de la Red Pública de Castilla-La Mancha
<b>Objetivos</b>	Recurso social de atención integral a personas mayores en determinada situación de dependencia para la realización de ABVD o que necesitan atención de carácter terapéutico, rehabilitador o psicosocial, también apoyo a los familiares o cuidadores habituales
<b>Lugar de prestación</b>	En Centros Sociales o Residencias de Mayores que reúnan las condiciones adecuadas o en Centros de Estancias Diurnas creados para tal fin
<b>Servicios</b>	a) Básicos: Atención personal, rehabilitación, terapia ocupacional, animación socio-cultural, atención de enfermería, orientación social y apoyo familiar, transporte adaptado b) Especializados. Fisioterapia, atención psicológica c) Unidades de Atención Especializada de SED para personas con deterioro cognitivo, tipo Alzheimer
<b>Equipamiento</b>	Sala de Fisioterapia y Rehabilitación (40 m <sup>2</sup> mínimo); sala de terapia ocupacional y actividades recreativas (30 m <sup>2</sup> mínimo); sala de estar multiuso (2 m <sup>2</sup> por usuario)
<b>Usuarios: Accesos</b>	Persona mayor de 60 años, capacidad de autonomía reducida para actividades de la vida diaria, carecer de apoyos familiares o sociales o precisar atención terapéutica, rehabilitadora o psicosocial
<b>Equipo profesional</b>	Equipo Técnico de cada SED: coordinador, terapeuta ocupacional, trabajador social, gerocultor o auxiliar de clínica. Este equipo desarrollo para cada usuario un Plan Interdisciplinario de Atención Personalizada. En función de los servicios necesarios a tiempo parcial: animadores socioculturales, psicólogos, fisioterapeutas, ATS, médico
<b>Copago</b>	Si, excepto para los que tienen ingresos inferiores a un baremo. Precio público 2005 21,64 euros/día. En la red pública y concertada el usuario abona el 25% de sus ingresos netos más un 10% adicional por transporte, en el supuesto de que no esté por debajo del baremo anual
<b>Control de calidad</b>	Los centros concertados se someten anualmente a una auditoría externa con un plan de mejora individualizado en el caso de realizar una adaptación necesaria. Los centros públicos están sometidos a un régimen de inspección específico.



Los centros que prestan el Servicio de Estancia Diurna tienen que garantizar la prestación de una serie de servicios que, en su caso, son necesarios cuando se solicita la acreditación de un centro privado colaborador como son la realización de programas personales, actividades de fisioterapia o de terapia ocupacional, servicios médicos y de higiene, atención de necesidades nutricionales, fomento de relaciones personales y ocio, información y orientación a la familia cuidadora.

Aunque existen centros específicos en los que se desarrolla el SED, es decir, como Centros de Día de acuerdo con nuestra definición, también el SED suele formar parte de algún complejo o centro gerontológico que presta varios servicios integrados que se complementan mutuamente tal como el propio SED, centro de noche (para respiro de las familias en casos de demencias y control de síntomas), consultas externas y atención domiciliaria.

Finalmente, el aumento de la demanda de atención de día por causa del Alzheimer u otras demencias está presionando a favor de nuevos recursos específicos para dar satisfacción a las necesidades de las familias o Centros de Día para personas con problemas cognitivos.

## **D) CATALUÑA**

En Cataluña existe una clara diferenciación entre el centro social u hogar, denominado Casal, centro de entretenimiento, ocio e integración social y el Centro de Día propiamente dicho o Servicio de Acogida Diurna, si bien un Casal puede compartir espacio con un Centro de Día o una residencia de personas mayores. Hay que tener en cuenta que este recurso está muy desarrollado en Cataluña, que en la actualidad ofrece el 32,4% de todas las plazas de asistencia diurna en España y el 36,5% de todos los centros con una cobertura de prácticamente el 1% de la población de 65 años.

El Centro de Día o Acogimiento Diurno es un centro de tipo asistencial dirigido a la persona dependiente. En el primer caso se considera Centro de Día en cuanto tal y Acogimiento Diurno cuando tiene lugar en el seno de un complejo o centro gerontológico.

En Cataluña prácticamente en exclusiva los CD están dirigidos a la atención de personas en situación de dependencia y suelen incluir servicios de apoyo a la familia. Tal como se define en el Decreto 182/2003, de 22 de Julio, “los servicios de acogida diurna para personas mayores proporcionan apoyo a las personas que necesitan organización, supervisión y asistencia en las actividades de la vida diaria y complementan la atención propia del entorno familiar”.

En los centros de día se atienden personas con cualquier problema de dependencia, tanto física como psíquica, si bien las demencias son la mayoría de las dependencias asistidas, más del 80% de todas las personas que asisten a los Centros de Día.

En cuanto a las modalidades asistenciales por tipo de jornada y horarios, normalmente suele ser bastante flexible si bien ello depende de los centros. La tendencia general es hacia la flexibilidad de horarios de modo que el CD se adapte a las necesidades de los usuarios y de sus familias cuidadoras, diversificando también las modalidades de atención para adecuarlas a las necesidades de las personas dependientes. El sistema tiende a ser “modular” o a la Carta al estimarse que el establecimiento rígido con horarios de 9 de la mañana a 5 de la tarde, produciría que muchas familias no podrían satisfacer plenamente sus necesidades asistenciales. Por tanto, el sistema ahora puede ser por semanas, días, medios días, horas, un módulo X, el fin de semana, etc., aunque no todos los CD en Cataluña se han incorporado a un sistema tan flexible, si bien parece tratarse de una cierta tendencia general.

Existen muy variados sistemas de evaluación tanto internos (las ISOS) como externos (de la Generalitat).

### Cuadro 5

#### Los Centros de Día en Cataluña

<b>Denominación</b>	Centros de Día o Servicio de Acogida Diurna
<b>Normativa</b>	Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema catalán de servicios sociales y Decreto 176/2000, de 15 de Mayo; Decreto 182/2003, de 22 de Julio de regulación de los servicios de acogimiento diurno de centros de día para personas mayores
<b>Objetivos</b>	Rehabilitación, prevención y apoyo a la autonomía de la persona a la vez que apoyo y orientación a la familia cuidadora
<b>Lugar de prestación</b>	En Centros de Día, en residencias o centros que disponen de un espacio específico para la atención diurna. Los horarios de 8 a 18 están tendiendo a la flexibilidad dada las necesidades de las familias y el perfil de las personas dependientes en las que predominan las demencias
<b>Servicios</b>	a) De carácter básico: acogida, manutención, higiene personal, readaptación funcional y social, recuperación de hábitos de autonomía, dinamización sociocultural, ocio, apoyo personal, social y familiar, fisioterapia, seguimiento y prevención b) Servicios opcionales: apoyo psicológico familiar, peluquería, lavandería, podología, transporte adaptado
<b>Equipamiento</b>	Sala polivalente (mínimo 3m <sup>2</sup> persona), vestuario usuarios y de personal, control medicación y enfermería, ducha geriátrica, cocina, fisioterapia, despacho profesional, recepción, servicios higiénicos. De tipo opcional: lavandería, peluquería, podología, espacios para profesionales
<b>Usuarios: Accesos</b>	En función de valoración interdisciplinar del caso de tres criterios: grado de dependencia, entorno familiar y capacidad económica que se concretan en un sistema de criterios prevalentes y baremados de nivel de dependencia, estado cognitivo, accesibilidad a los servicios y capacidad económica. A la persona que es admitida al centro se le diseña un Plan Integral de Atención y Seguimiento
<b>Equipo profesional</b>	Equipo básico: director, terapeuta ocupacional, auxiliares o gerocultores. A tiempo parcial otros profesionales como médico, enfermera, fisioterapeuta
<b>Copago</b>	Sí, en función de ingresos
<b>Control de calidad</b>	Los centros y servicios aplican indicadores de calidad de diverso tipo. Los centros públicos y concertados aplican un sistema de <i>Indicadors D'avaluació de Qualitat</i> que es una evaluación externa del ICASS a los "Centres de Dia de Gent Gran".

## E) MADRID

En la Comunidad de Madrid está teniendo lugar una fuerte expansión de Centros de Día. De hecho tiene el segundo ratio de cobertura de España después de Cataluña. El desarrollo de las estancias de día se empezó haciendo en residencias de personas mayores e incluso en centros sociales. Ha sido en los últimos años cuando el Centro de Día ha cristalizado como recurso intermedio propio bajo la presión de una población crecientemente envejecida, sobre todo en Madrid capital. La ley 12/2003, de 27 de Marzo, de servicios sociales de la Comunidad de Madrid contempla de manera específica la "atención diurna" dentro del Título VI sobre Atención Social de la Dependencia.

Los Centros de Día forman parte de la Red de Servicios Sociales Comunitarios que atiende a usuarios con diferentes grados de discapacidad física y psíquica en muchas ocasiones complementado con el Servicio de Ayuda a Domicilio.

Sus funciones son muy variadas, como veremos en las entrevistas de Madrid ya que no sólo tratan de recuperar o rehabilitar sino también reforzar la autonomía de la persona dependiente, su capacidad de autocuidado

Normalmente los centros se estructuran en espacios diferenciados en función de su grado de dependencia aunque



la normativa actual no señala con precisión cuál es el perfil de usuario del Centro de Día, en parte por la propia naturaleza de la persona dependiente que está en una situación a medio camino entre el domicilio insuficiente y la residencia aún no necesaria.

En Madrid capital prevalece un modelo de Centro de Día de horario estándar (8 a 18/20 horas) y excepcionalmente para noches o fines de semana ya que por la propia estructura física y por el coste este tipo de servicios adicionales no es probable que lo ofrezca un Centro de Día y sí, por el contrario, una residencia.

**Cuadro 6**  
**Los Centros de Día en Madrid**

<b>Denominación</b>	Centros de Día
<b>Normativa</b>	Ley 12/2003, de 27 de Marzo de servicios sociales de la CAM, Ley 11/2002, de ordenación de la actividad de los centros y servicios de atención social y de la mejora de la calidad en la prestación de los servicios sociales y Decreto 91/1990, de 26 de octubre. A nivel de Ayuntamiento de Madrid: Pliego de prescripciones técnicas para la gestión de equipamientos y servicios municipales de atención a personas mayores
<b>Objetivos</b>	Atención integral sociosanitaria, preventiva y rehabilitadora en régimen diurno. Ello se traduce en objetivos concretos: proporcionar una atención socio-sanitaria que prevenga y compense su pérdida de autonomía personal, mejorar las condiciones de atención en situaciones precarias, facilitar la permanencia en su medio habitual, limitar la institucionalización a los casos estrictamente necesarios, apoyar a los familiares y/o cuidadores informales, fomentar relaciones interpersonales entre los usuarios, proporcionar Respiro Familiar en fin de semana a aquellos cuidadores que durante el resto de la semana (de lunes a Viernes) cuidan a los mayores dependientes en su domicilio, crear un ambiente próximo al familiar
<b>Lugar de prestación</b>	En Centro de Día en sus modalidades de dependientes físicos, cognitivos o mixtos o en centros y residencias que dispongan del servicio
<b>Servicios</b>	Los servicios a prestar son: transporte, comida, aseo, atención sociosanitaria, tratamiento terapéutico (fisioterapia y terapia ocupacional) y apoyo psicológico (en los centros especializados en Alzheimer)
<b>Equipamiento</b>	Espacios de actividades terapéuticas, fisioterapia, comedor, ocio y reposo según tipología de dependientes según normativa municipal
<b>Usuarios: Accesos</b>	El funcionamiento del centro de día es de lunes a viernes, en días laborables y con horario de 8,15 a 18 horas, si bien durante la primera hora y 45 minutos de funcionamiento estará dotado sólo con personal auxiliar
<b>Equipo profesional</b>	Depende del modelo de centro. Por ejemplo para modelo A de 30 plazas de dependientes físico: 1 Diplomado Universitario en Trabajo Social, 1 Diplomado Universitario en Enfermería 1 Fisioterapeuta, 1 Terapeuta Ocupacional (a tiempo parcial) y 2 Auxiliares de Servicios Sociales a tiempo completo. Para un centro de día de Alzheimer de 30 plazas la plantilla es: 1 Diplomado Universitario en Trabajo Social (jornada completa), 1 Diplomado Universitario en Enfermería (media jornada), 1 Psicólogo (media jornada), 1 Fisioterapeuta y terapeuta ocupacional con jornada de 5 horas y 6 Auxiliares de Servicios Sociales a jornada completa
<b>Copago</b>	Existe copago en función de baremo de ingresos
<b>Control de calidad</b>	Semestralmente la entidad facilitará información sobre la evolución y dependencia de los usuarios en los soportes documentales habilitados a tal efecto. Elaboración de Memoria Anual incluirá información cuantitativa del funcionamiento del centro y una evaluación sobre la satisfacción de los usuarios. Los servicios sociales municipales del Distrito donde esté ubicado el centro de día realizarán un informe de evaluación sobre el funcionamiento del mismo que se presentará a la Gerencia de Mayores

Tal como señalamos en el cuadro adjunto la plantilla profesional del Centro de Día está claramente especificada y viene a coincidir con la práctica de las otras CCAA.

En el caso de Madrid la evaluación de la calidad se realiza por dos vías: los centros concertados mediante la inspección y la aplicación de sistemas de calidad del tipo AENOR o el modelo EFQM y, por su parte, los centros privados mediante la aplicación de estas últimas guías o la ISO 4000.

## F) PAÍS VASCO: DIPUTACIÓN FORAL DE ÁLAVA

La Diputación Foral de Álava tiene una larga y destacada tradición en la atención a las personas en situación de dependencia, habiéndose prestado una atención especial en los últimos años a los recursos de tipo psicogeriátrico.

El Centro de Día está claramente diferenciado de los centros sociales o Centros Socio-Culturales o Centros Rurales cuyo objetivo es la integración social.

El Centro de Día para Personas Dependientes es una estructura autónoma si bien existe también la Atención Diurna en Residencias, que es un equivalente del anterior. Se le concibe como un recurso de apoyo a la familia que cuida de personas en situación de dependencia, además de mantener a la persona en su medio natural con la máxima autonomía posible. Aunque el ratio de cobertura de plazas

### Cuadro 7

#### Los Centros de Día en Álava

<b>Denominación</b>	Centros de Día
<b>Normativa</b>	Estatuto Básico de Centros de Tercera Edad (Decreto Foral 19/2001). Decreto 202/2000, de 17 de Octubre, sobre los Centros de Día para Personas Mayores Dependientes
<b>Objetivos</b>	Recurso social alternativo entre la Ayuda a Domicilio y la estancia en Residencia para la atención integral durante el día de personas mayores que carecen de autonomía personal pero que mantienen un medio socio-familiar de apoyo con el objetivo de mantener a tales personas en su entorno el mayor tiempo posible
<b>Lugar de prestación</b>	En Centros de Día y residencias
<b>Servicios</b>	Transporte, cuidados personales, atención médica y de enfermería, promoción de la autonomía personal, rehabilitación física y psicoestimulación, asistencia social y atención psicológica
<b>Equipamiento</b>	Según normativa específica
<b>Usuarios: Accesos</b>	Haber cumplido 60 años e informe favorable de la Comisión de Valoración del Área de Personas Mayores. aplicación de un Plan de Atención Individualizado
<b>Equipo profesional</b>	Personal de dedicación exclusiva: 1 ATS que es también responsable del centro, auxiliares-gerocultoras (proporción 1/5 en centros psicogeriátricos y 1/6 en centros asistidos), 1 trabajador social. Con dedicación parcial de las residencias anexas: médico geriatra, psiquiatra, rehabilitador, fisioterapeuta, psicólogo. Colaboradores: voluntarios y familiares de usuarios
<b>Copago</b>	Tarifa máxima mensual: 341,7 euros. Existe el copago en función del baremo económico de cada usuario
<b>Control de calidad</b>	Sistemas de evaluación de Diputación Foral



de atención diurna en El País Vasco para personas mayores de 65 años es de 0,55%, en el caso de Álava el ratio es el doble: 1,2%/60 años +.

En Álava hay dos tipos de Centros: Asistidos para personas mayores con problemas de dependencia física y psicogeriátricos para personas mayores con demencia. Se trata de Centros de atención diaria a jornada completa si bien está abriéndose paso la flexibilidad asistencial en convenio con organizaciones privadas de cara a cubrir necesidades de atención los fines de semana.

Existe una normativa específica sobre la estructura de recursos humanos de los Centros con dedicación exclusiva, parcial y en términos de trabajo voluntario.

La tradición asistencial en este campo ha consolidado sistemas de evaluación de la calidad tales como la Gestión de Calidad Interna (GCI) y los Grupos de Calidad (usuarios, familias, trabajadores)

### 4.3

## LOS CENTROS DE DÍA EN SEIS CCAA A TRAVÉS DE UNA MUESTRA SIGNIFICATIVA DE EXPERIENCIAS

### 4.3.1 UN ESTUDIO PILOTO DE CENTROS Y SERVICIOS DIURNOS

#### 1. Algunos antecedentes sobre análisis de la estructura de los CD en España

Paralelamente a la consolidación de los CD como un recurso intermedio de atención a situaciones de dependencia, la propia investigación al respecto ha ido tomando cada vez mayor cuerpo en la literatura. En este sentido, trabajos como la Guía práctica de Centros de Día para personas mayores dependientes elaborada por el IMSERSO (IMSERSO, 1999) o el de la Fundación Matía han supuesto un importante paso adelante. El primero, resulta muy ilustrativo en la medida en la que supone uno de los primeros intentos por definir las pautas básicas de funcionamiento y equipamiento de los CD. El segundo, aunque se circunscribe al ámbito de Guipúzcoa, supone un importante avance en el análisis de los modelos y prácticas de intervención de los CD en ese territorio.

Igualmente aclaradores son los diagnósticos sobre la estructura de los CD realizados en investigaciones más empíricas como la de Caamaño y otros (2004) para el ámbito gallego y el de la revista Consumer (Fundación Grupo Eroski, 2002) de ámbito nacional.

En Galicia, Caamaño y otros (2004) sobre una muestra de 17 CD (representaban una equivalencia de 523 plazas sobre cerca de las 600 existentes en esta Comunidad Autónoma) muestran que en el incipiente desarrollo de los CD predominan los centros mixtos, urbanos, de iniciativa privada y en instalaciones independientes. Las vías de financiación difieren en cuanto a la titularidad de los centros. En los centros públicos y los gestionados por las ONG la financiación es mixta y concertada. En los centros vinculados a asociaciones de familiares la financiación es más heterogénea y flexible a base de subvenciones, copago con cheques-servicios, aportaciones privadas y con proyectos concretos mientras que en los centros privados de iniciativa empresarial predominan el pago por servicios de los clientes y el copago por cheque asistencial. El diagnóstico de los centros analizados muestra una mayor generosidad en los espacios e infraestructuras en los centros públicos y en los gestionados por las asociaciones. Entre los puntos débiles de los CD analizados destacan una insuficiente estructura financiera, la escasa implantación a nivel rural, una débil estrategia de comunicación e imagen de los CD como recursos sociosanitario y una escasa protocolización de los programas desarrollados. Por el contrario, los principales puntos fuertes fueron su estructura flexible, al menos conceptualmente y su fuerte implantación urbana.

El estudio realizado por la revista Consumer, basado en la información facilitada por 85 CD de nueve CCAA refleja que la tercera parte tienen listas de espera lo que puede poner de manifiesto tanto que la red de CD es insuficiente así como la creciente importancia que estos centros están representando dentro de las demandas de la población dependiente y de sus familiares. Según este estudio la financiación de los CD depende de la CCAA y del tipo de centro. En los centros públicos y en la plazas concertadas por lo general se parte de unas tarifas máximas diarias o mensuales y se establecen unos baremos según la situación económica del usuario. El usuario pagaría un porcentaje sobre su renta anual para cubrir esas tarifas. Si tal porcentaje no cubriera el máximo estipulado algunas CCAA se hacen cargo de la diferencia mientras que otras van acumulando esa deuda que se liquidaría al final de la estancia en el centro. En cuanto a la valoración general de los centros según este trabajo generalmente es satisfactoria aunque todavía un 16% de ellos fueron evaluados negativamente. Entre las carencias más significativas aparecen la seguridad de las instalaciones, la escasez de servicios de transporte propio para acercar a los usuarios al CD (según este estudio el 52% carecen de servicios de transporte, el 42% cuentan con transporte concertado) y la reducida comunicación con los familiares (el 62% no informan oficialmente por escrito o lo hace de forma puntual).

## **2. Los Centros de Día en España: un análisis de experiencias**

En este apartado nos centraremos en el análisis de las entrevistas con 6 expertos y 12 directores o técnicos de centros públicos y privados (detalladas en el anexo metodológico del capítulo I). Las entrevistas tienen un formato semiestructurado con preguntas de carácter más informativo que valorativo sobre las características y funcionamiento de los Centros de Día. Con el cuestionario utilizado (reproducido en el anexo de este capítulo) se pretenden contrastar las características básicas de los CD que, en perspectiva teórica se han planteado en el capítulo 2, con las experiencias de varios CD y distintos expertos en la materia.

No obstante, conviene matizar que es un estudio piloto con una muestra de centros muy reducida en tan sólo 6 CCAA y que, por lo tanto, no busca la representatividad estadística, lo cual dificulta la extrapolación de los resultados al conjunto de Centros de Día del territorio español. Con este estudio no se pretende sino hacer una radiografía tentativa de la situación en la que se encuentran los CD en España. Este análisis seguirá la siguiente estructura:

- 2.1- Concepto y objetivos del Centro de Día.
- 2.2- Cobertura y usuarios de los Centros de Día.
- 2.3- Funcionamiento básico y Plan General de Intervención
- 2.4- Recursos humanos en los Centros de Día.
- 2.5- Coste del Centro de Día y participación de los usuarios.
- 2.6- Procesos de evaluación de la calidad en los centros de Día

### *2.1 Concepto y objetivos del Centro de Día*

El desarrollo de los Centros de Día ha sido gradual a medida que la atención de las personas dependientes se ha ido desinstitucionalizando y vinculando lo más posible al entorno doméstico. Como recurso intermedio que es, la definición del Centro de Día ha padecido, conceptualmente hablando, esa imprecisión que afecta a todo lo que está entre los extremos o a medio camino de algo.

Pero quizás no sea este carácter intermedio el factor principal de que el concepto de CD haya permanecido algo borroso no sólo en la población en general sino también, aunque tangencialmente, entre los propios entrevistados. Razones como el cambio en el perfil de los usuarios de los CD y el grado de implicación de las familias también



han contribuido a ello. Concretamente, alguno de los entrevistados manifestó cómo durante los años de funcionamiento de sus centros, éstos han pasado de atender únicamente a dependientes físicos, donde el papel de la familia era muy residual, a evolucionar hacia una convivencia con personas dependientes cognitivas, aunque con predominio de éstas, donde el papel de la familia viene siendo mucho más activo aunque sin llegar a superar del todo cierto sentimiento de culpa. De tal manera, esta evolución ha ido marcando la propia configuración y definición de los CD, sobre todo si tenemos en cuenta que éstos requieren de un compromiso activo de las familias así como de una mayor conciencia de la importancia de este recurso entre las personas mayores, factores sin los que no sería posible su existencia.

En tercer lugar, la propia forma y lugar en la que se han ido prestando los servicios que actualmente se ofertan en los CD ha ido configurando un complejo mapa de recursos intermedios de atención que ha dejado poso en el propio concepto de los CD. Concretamente, todavía es frecuente encontrarse con que los servicios propios de un CD se ofertan de manera inconexa y deslocalizada entre los distintos niveles administrativos, entre los ámbitos sanitarios y sociales y por un conjunto de profesionales muy diversos y a veces poco coordinados.

Para aclarar el concepto de CD introdujimos en las entrevistas tres preguntas precedidas de una explicación donde genéricamente se diferenciaban los centros de día de los programas de atención diurna a las personas mayores con los que semánticamente suele producirse cierta confusión. Concretamente, diferenciábamos centros sociales, dirigidos a fomentar la participación de quienes se encuentran en buen estado de salud y no tienen problemas de dependencia; los programas de estancias de día en centros gerontológicos (residencias, centros sociales...) en los que se ofrecen plazas diurnas para respiro y apoyo familiar pero no programas especializados y finalmente, los centros de día, que en nuestra investigación definimos como “Centros gerontológicos terapéuticos y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, prestan atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia”.

En cuanto al concepto de centros sociales, los expertos entrevistados tienden a denominarlos como tradicionalmente venía haciendo el IMSERSO, es decir, Hogares del Pensionista, Clubes de Mayores (Madrid, Casals en Cataluña), Centros Municipales o Sociales de personas mayores (Madrid, Asturias) o Centros socioculturales (País Vasco). La excepción la encontramos en Castilla la Mancha y Andalucía donde a los centros sociales, se les denomina, creemos que de manera poco acertada, Centros de Día<sup>2</sup>.

En lo que respecta a los programas de estancias de día y a los CD se confirma la confusión conceptual entre ambas denominaciones que ya apuntábamos en el capítulo 2. Concretamente, en Castilla la Mancha los programas de estancia de día son algo más que servicios de apoyo ligero a la persona mayor o de apoyo a las familias. En estos programas, o “Servicios de Estancia Diurna” (SED) como se denominan expresamente en esta CCAA, se ofrece atención especializada integral para personas dependientes bien sea en un Centro Social, en una Residencia o centros contruidos expresamente para SED lo cual en realidad asemeja a estos SED más a un tipo de recurso como el CD que al concepto que manejamos de programas de estancia de día.

Mientras tanto, en Andalucía, a los CD se les denomina Unidades de Estancia Diurna a los que el art. 16 de la Ley de Atención y Protección a las Personas Mayores en Andalucía define como “unidades destinadas a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica. Su objetivo es mejorar o mantener el nivel de autonomía personal de los usuarios y apoyar a las familias o

---

<sup>2</sup> Parte de tal confusión en Andalucía podemos atribuírsela al art 15 de la Ley 6/1999 de Atención y Protección a las personas mayores en Andalucía donde se define como CD lo que en realidad sería un centro social, es decir, “centros de promoción de bienestar de las personas mayores, tendentes al fomento de la convivencia, la integración, la participación, la solidaridad y la relación con el medio social, pudiendo servir, sin detrimento de su finalidad esencial, de apoyo para la prestación de servicios sociales a otros sectores de la población”.

cuidadores que afrontan la tarea de atenderlos”, denominación esta que etimológicamente puede generar confusión con el concepto de programas de estancia diurna que manejamos.

En Cataluña se utilizan dos denominaciones para los CD: Centro de Día o Acogimiento Diurno, si bien normalmente se habla de CD cuando se trata de un centro independiente y de Acogimiento Diurno cuando las actividades propias de un centro de día están dentro de un complejo gerontológico o de centros como la residencia o el Casal.

En cualquier caso, al margen de una u otra denominación, apenas se diferencia entre los entrevistados tanto la propia definición como los objetivos de los CD a los que hemos presentado como centros o espacios gerontológicos terapéuticos y de apoyo a la familia que presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia. Concretamente, tienden a coincidir en que los CD deben reunir características como las siguientes:

- a. Ser un recurso intermedio previo a la institucionalización.
- b. Proporcionar atención especializada, integral e individualizada para personas en situación de dependencia.
- c. La atención no debe tener un carácter residencial, debe ser preventiva y rehabilitadora con el fin de promover la autonomía de las personas dependientes.

### Cuadro 8

#### Denominaciones en las CCAA de los diferentes recursos de atención diurna (Centros sociales, programas de estancia de día y Centros de Día)

Concepto	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturia	País Vasco
<b>Centro social</b>	Hogares del Pensionista, Clubes de Mayores Centros Municipales de personas mayores	Casals u hogares del pensionista	Centro de día	Centro de día art.15 de la Ley 6/1999 de Atención y Protección a las Mayores en Andalucía	Centros sociales de personas mayores	Centros socio-culturales
<b>Programas servicios de estancia de día</b>	Programas estancia de día	-		-	-	Atención diurna en Residencias
<b>Centros de día</b>	Centros de día	Centros de día o de Acogimiento Diurno: CD: cuando se trata de un centro independiente Acogimiento Diurno: cuando las actividades propias de un centro de día están dentro de un complejo gerontológico o de centros como la residencia o el Casal.	Servicios de Estancia diurna	Unidades de estancia diurna art.16 de la Ley 6/1999 de Atención y Protección a las personas Mayores en Andalucía	Centros de Día para Pessoas Mayores con Dependencias	Centros de Día

Fuente: entrevistas con expertos en Centros de Día



d. Precisa de una red sociofamiliar de apoyo y otros dispositivos complementarios como Ayuda a Domicilio o Teleasistencia.

Coinciden igualmente en los objetivos de los CD, tanto los expertos como los directores de los centros entrevistados, objetivos que podemos agrupar en tres bloques:

■ **Atención a las personas dependientes, y en concreto:**

- Facilitar la permanencia en su entorno retrasando o evitando la institucionalización.
- Promover las relaciones interpersonales.
- Atención integral sociosanitaria y estimulación psicosocial para mejorar la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Prevenir y ralentizar el deterioro progresivo de los procesos discapacitantes.

■ **Apoyo a cuidadores y familiares:**

- Proporcionarles servicios de respiro con el fin de colaborar en las estrategias de cuidados y prevenir así los posibles conflictos familiares.
- Asesorar y fomentar el desarrollo de las habilidades necesarias a los cuidadores informales para el cuidado de sus dependientes.

■ **Proporcionar conocimiento y habilidades a los cuidadores profesionales**

## 2.2 Cobertura y usuarios de los Centros de Día

Entendemos por cobertura de los CD el número de plazas que estos centros ofrecen sobre el total de personas mayores de 65 años de una zona concreta (tasa de cobertura bruta). Ciertamente, lo ideal sería tratar con tasas de cobertura “horizontal” para referirnos al número de plazas que se ofrecen en los CD, no sobre el colectivo mayor de 65 años, sino sobre el número total de personas dependientes de esa zona pero esta cifra suele ser más difícil de determinar y de prever. Igualmente útil resulta la tasa de cobertura “vertical” para analizar el porcentaje de personas atendidas en el CD que se corresponden realmente con el usuario tipo del CD. Un usuario tipo que podría corresponderse con personas con discapacidad, bien de carácter físico o psíquico, y con apoyos activos por parte de la unidad de convivencia, o que ocasionan grave quebranto de la vida familiar, que precisan de una atención especializada, quedando excluidas las personas con enfermedades infectocontagiosas o que requieran atención sanitaria intensiva, personas con trastornos conductuales y mentales graves que supongan un riesgo para el resto de los usuarios (IMSERSO,1999).

Atendiendo a la tasa de cobertura bruta en la zona de influencia de los CD analizados, por lo general los entrevistados tienen la dificultad de aproximar una cifra concreta o bien a expresarla sobre referencias de edades distintas (>60 años, >65, >80...), lo cual dificulta sobremanera un análisis comparativo (pregunta 5), aunque el sentimiento general es que la cobertura aún es muy insuficiente. Según el experto de Andalucía la cobertura de los CD para mayores de 65 años es insignificante (0,1%) y claramente inferior a la de Albacete capital (0,7%), donde, según el responsable del CD privado de dicha localidad la demanda de la zona ya estaría cubierta por los CD públicos. También es inferior a la cobertura en Cataluña (0,84-0,86%), cuyos porcentajes, sin ser destacables, difieren significativamente según se trate del centro urbano de Barcelona (0,63-0,65%) o de su área metropolitana (1,04%). A la cabeza se situaría la Diputación Foral de Álava, con un ratio mayor sobre una base de población más amplia (el 1,2% de la población mayor de 60 años), mientras que en Asturias tanto el experto como el director del centro público coinciden en señalar que la cobertura para mayores de 80 años se sitúa en el 1,3%, por debajo del

2% que se pretende alcanzar en esta CCAA en los próximos años. Tener en cuenta, no obstante, que la información obtenida sobre las tasas de cobertura puede ser limitada en los casos en los que los CD están integrados en otros centros ya que no siempre se diferencia (esto es muy sintomático, y sugiere que no son CD) a los usuarios específicos del CD para calcular estos ratios.

En cuanto al número de plazas que, por término medio, tienen los CD analizados hay que tener en cuenta varios condicionantes que actúan horizontalmente como son:

- El grado de institucionalización de la atención. Concretamente, es superior el número medio de plazas en los CD públicos situados en CCAA donde predomina un modelo de atención a base de Centros independientes (CD públicos de Madrid, Cataluña, País Vasco- 35 plazas de media) que en aquellas donde la atención se presta sobre todo a través de Servicios o Unidades de estancia diurna en otros centros (CD públicos de Castilla la Mancha y de Andalucía- 13 plazas).
- El tamaño del hábitat. Cuanto mayor es la población objetivo del área de influencia del CD, mayor es el número medio de plazas disponible. Véase por ejemplo el CD de Valdepeñas con una media de usuarios (15) muy inferior a la de CD propios de hábitats de mayor tamaño como el Oviedo (27), Albacete (35-40) o Madrid (45)
- La titularidad del centro. Tanto expertos como directores de CD públicos coinciden en que el número medio de plazas en CD públicos rondaría las 30 (con un tamaño medio algo mayor en los CD públicos madrileños, en torno a 45) mientras que los CD privados analizados tienden a superar las 40 plazas.

Otra de las medidas de cobertura de los CD, esta vez relacionada con el tipo de usuario atendido, es la mencionada cobertura vertical, que puede resultarnos útil para analizar si los CD prestan servicios a los usuarios tipo a los que realmente están orientados. Como apunta el experto de Madrid, puede ocurrir que, por ejemplo, a veces falle el nexo dinámico que debería existir entre los distintos eslabones de la cadena asistencial, de manera que usuarios altamente dependientes que desbordan las posibilidades de atención asistencial y sanitaria de los CD siguen permaneciendo en un CD que quizás no está preparado para su atención en tales condiciones, que la Normativa al respecto sea muy laxa al tratar de definir el usuario adecuado para el CD o que la discrecionalidad de la Administración Pública correspondiente sea tal que los CD concertados no puedan rechazar a un perfil de usuario inadecuado.

A estos efectos, como medida de cobertura vertical hemos preguntado (pregunta 9) si son admitidas en los centros de día las personas con alto grado de dependencia. Ciertamente al tratarse de usuarios con alto grado de dependencia podemos encontrarnos con situaciones muy diversas. Algunos de estos usuarios pueden ser atendidos en los CD pero en otros casos, como los encamados o personas que requieren asistencia sanitaria intensiva de carácter residencial, el CD no es el mejor recurso. Esta diversidad ha provocado en cierta manera que las respuestas a esta pregunta hayan sido algo heterogéneas entre los responsables de los CD entrevistados en la medida en la que no todos tienen la misma concepción de lo que supone un alto grado de dependencia. En cualquier caso, la mayoría de los responsables de CD entrevistados afirmaron admitir de manera excepcional en sus centros a personas con un alto grado de dependencia debido a que suelen ser las propias familias y no los CD las que deciden no llevarles a los CD cuando éstas entienden que requieren cuidados hospitalarios o residenciales. Entre los expertos las respuestas se han decantado por relacionar el alto grado de dependencia con las situaciones de personas que requieren asistencia sanitaria intensiva (por ejemplo, el experto de Madrid se refiere a personas con alto grado de dependencia poniendo como ejemplo a un usuario con úlcera por presión grado III-IV que requiere ser cambiado continuamente de postura), o bien han precisado que no se les incluye si no pueden utilizar un transporte accesible o necesitan asistencia sanitaria intensiva (experto de Asturias).

Efectivamente, tanto la atención en los CD de personas sin ninguna discapacidad como de personas altamente



dependientes (cuando se trata de personas que requieren atención sanitaria intensiva) suelen resultar excepcionales tal y como apunta el experto de Madrid, quien cifra estas situaciones en dicha CCAA en torno al 1-2% de los usuarios<sup>3</sup>. Esta excepcionalidad suele estar motivada por la propia configuración de los CD cuyo diseño está orientado hacia usuarios con discapacidad mediana o severa, de carácter físico o psíquico, con insuficientes apoyos por parte de la unidad de convivencia y que precisan de una atención especializada.

En este sentido, la ubicación y el diseño de los CD también guardan una estrecha relación con los usuarios. Así, la literatura al respecto (IMSERSO,1999, Fundación Matía,2003) tiende a diferenciar varias tipologías de centros de día. Concretamente, los centros podrán tener un carácter especializado o mixto, según estén dirigidos a personas con deterioro cognitivo específico o a personas con deterioro tanto físico como psíquico, pueden estar físicamente anexos a residencias o centros sociales o ser independientes de estos.

En cuanto a la tipología de usuarios atendidos, la gran mayoría de los CD y Servicios de atención diurna son mixtos si bien predominan en ellos las personas con dependencia cognitiva sobre las que tienen dependencia física. En los casos de Cataluña y Madrid este predominio llega a situarse entre el 80 y el 90% según los expertos entrevistados lo que casi les convierte desintencionadamente en centros especializados. Con la excepción del País Vasco donde se diferencian dos tipos de centros: los centros asistidos, para personas mayores dependientes físicos y los psicogeriatricos, para personas mayores con demencia (experto País Vasco), generalmente los CD especializados no son la norma habitual (en Madrid tan sólo 4 de los 34 CD municipales son especializados) y responden a situaciones puntuales tales como el acogimiento de los CD a Planes de Alzheimer (caso del CD público de Granada), o a nuevos convenios con centros privados ya especializados en un tipo de dependencia concreta (CD de Valdepeñas).

Dicho carácter mixto en principio requiere de una estructura diferenciada para ambos tipos de dependencias. En este sentido, con la excepción del CD público de Barcelona y el de Granada, la amplia mayoría dispone de estancias separadas para usuarios con afectación física y para dependientes cognitivos si bien en muchos casos comparten algunos servicios y actividades como comedor o gimnasio que resultan compatibles para ambas tipologías. En ello coinciden igualmente todos los expertos si bien en el caso de Castilla la Mancha, al tratarse en muchos casos de servicios (SED) que se prestan en centros diversos, la separación con los “residentes” de estos centros es especialmente delicada y dificultosa hasta tal punto que la norma ha establecido la exigencia de disponer de unas dependencias específicas para el SED para evitar “robarles espacio”.

Finalmente, a las tipologías de centros de día mencionadas (especializados- mixtos; anexos-independientes) hemos querido consultar sobre otra que a priori podría resultar significativa como es la diferenciación entre CD urbanos y rurales (pregunta 22). A tenor de lo expresado por los entrevistados parece que esta diferenciación es poco relevante ya que la mayoría considera que las diferencias organizativas y funcionales son prácticamente inexistentes. No obstante, hay que apuntar dos matices importantes aportados por algunos de los entrevistados en lo que respecta al transporte y a los usuarios. En cuanto al transporte, su gestión suele ser más compleja y costosa en tiempo y recursos en los centros rurales debido a las largas distancias. En cuanto al perfil de los usuarios, en los centros urbanos parece que el usuario tiende a ser más dependiente que en los rurales en la medida en la que en el ámbito rural el apoyo de los cuidadores informales tiende a ser mayor.

El servicio de transporte es clave en los CD tanto por ser el factor fundamental de accesibilidad al centro como por el elevado coste que ello supone. En este punto hay que insistir en su importancia en la jerarquía de los servicios instrumentales del CD.

### 2.3 Funcionamiento básico y Plan General de Intervención

Para analizar el funcionamiento básico de los CD hemos consultado a los expertos y directores de estos centros sobre el horario de los CD, las diferentes modalidades asistenciales (atención diaria, tipo de jornada...), si funcionan durante las noche y fines de semanas y sobre el tipo de servicios y programas que suelen incluirse en sus respectivos centros o CCAA.

En lo que respecta al horario de los CD, éste suele depender de la localización de los centros, de los grados de dependencia de los usuarios reales y/ o potenciales o de la distancia media a los domicilios de estos en los casos en los que se ofrece servicio de transporte. Pero, también, el horario depende del grado de flexibilidad que sea capaz de aplicar un CD.

En los casos analizados el horario tipo oscila entre las 8-9 de la mañana y las 18 tarde cuando se trata de centros públicos ya que la mayoría de los centros privados y concertados, o bien tienden a tener jornadas más largas que alcanzan hasta las 20 horas, o pueden llegar a funcionar durante todo el día. También en las CCAA de Castilla la Mancha y Andalucía suelen disponer de horarios más amplios (hasta las 21 horas) si nos atenemos a lo expresado por los expertos, entre otras razones porque en estas CCAA predomina un tipo de atención a base servicios de atención diurna, más flexibles que los propios Centros de Día y porque suelen ampliar sus horarios en periodos puntuales como las fechas de recolección en el campo (aceitunas, ajos, etc). En el caso de Madrid los horarios suelen estar más estandarizados y ser menos flexibles frente a la flexibilidad de horarios a la que, según el experto de Cataluña, tienden los CD en su CCAA.

En cuanto a la hora de inicio, que oscila entre las 8 y las 9, suele depender de la distancia del CD a los domicilios a los que se suministra servicio de transporte o bien de las necesidades de los cuidadores de que sus familiares entren antes en el CD por razones laborales.

Los centros privados y concertados también se muestran más flexibles que los públicos durante los fines de semana y por las noches ya que con la excepción del CD publico de Madrid, ninguno de estos últimos funciona fuera del horario habitual, de lunes a viernes. Tal flexibilidad, sin embargo, no se da en este caso en las CCAA propias de un modelo de servicios de estancia diurna (Andalucía y Castilla la Mancha) ya que estos servicios, según los expertos, tan sólo funcionan a veces durante los fines de semana y generalmente como un servicio privado que realizan algunas asociaciones de familiares.

Nuestro análisis del funcionamiento básico de los CD también se ha extendido al ámbito de las modalidades asistenciales. Estas modalidades, como hemos sugerido en el capítulo 2, dependerán de la estructura organizativa de los centros y del alcance de los objetivos bien sean el apoyo familiar o la intervención terapéutica de los usuarios. Así, la modalidad ofertada debe ser flexible y coherente con la sobrecarga de los cuidadores informales y con el grado de severidad de la dependencia de manera que, a mayor sobrecarga familiar y a mayor nivel de necesidades terapéuticas del usuario se precise, de acuerdo con las familias, una mayor regularidad y estabilidad de asistencia al centro, reservando asistencias parciales (media jornada, días para alternos, horas sueltas...) otros casos que no precisan atención continuada y, asimismo, para realizar programas específicos y puntuales como, por ejemplo, sesiones rehabilitadoras o entrenamiento de la memoria, como para usuarios que se encuentran en las primeras etapas de deterioro cognitivo.

Parece, no obstante que, a la vista de las entrevistas, no suelen ser tanto estos criterios como la titularidad del centro lo que puede definir el grado de flexibilidad de las modalidades asistenciales ya que de nuevo observamos cómo la iniciativa privada muestra modalidades asistenciales más flexibles que la pública, ya que, con la excepción del CD público de Asturias, el resto se limita a prestar atenciones diarias y a jornada completa y sólo excepcionalmente



algunos días alternos. No obstante, no es menos cierto que tras la titularidad del centro se esconden otros condicionantes relacionados con las características físicas del centro y con los costes que acarrea tal flexibilidad, cuestiones ambas que el sector privado ha sabido resolver con mayor eficacia. Concretamente, nos referimos a que los CD privados son más flexibles entre otras razones por su tendencia a situarse como anexos a residencias con las que comparten recursos aprovechando las economías de escala que estas proporcionan además, claro está de la posibilidad de repercutir al usuario el sobrecoste que supone dicha flexibilidad. De esta manera, la iniciativa pública podría ganar en flexibilidad asistencial en la medida en la que se fomente un modelo de centro menos encorsetado en el que se presten también programas de estancias de día para los fines de semana (con menos requisitos de profesionales), o bien se llegue a acuerdos con asociaciones de familiares de Alzheimer y cuerpos de voluntarios multidisciplinares que colaboren en las atenciones en fines de semana. Asimismo, el establecimiento de un copago adicional de los usuarios por recibir atenciones en fines de semana o el establecimiento de convenios con centros privados que ya dispongan de dicha flexibilidad asistencial. Por lo que se refiere a la atención nocturna, hay que decir que su existencia es todavía puramente testimonial en nuestra realidad.

Finalmente, las modalidades asistenciales por CCAA se presentan más rígidas en el País Vasco y especialmente en la Comunidad de Madrid, no sólo por lo observado en los centros analizados sino porque el mismo experto entrevistado en esta última CAA considera algo excepcional la atención en jornadas alternas o en media jornada (en torno a un 5% de los CD). Por el contrario, en Asturias la flexibilidad es mayor a tenor de la información suministrada por los centros y por el propio experto. En posiciones intermedias situaríamos a Castilla la Mancha y Cataluña, donde la flexibilidad se da fundamentalmente en CD de titularidad privada con una clara tendencia, según el experto de Cataluña, a diversificar tales modalidades hacia un sistema “modular” o a “la carta”

El Plan General de Intervención (PGI) se antoja imprescindible en la configuración de los CD en la medida en la que suponen un nexo entre las necesidades de los usuarios y los objetivos del CD. Dicho plan no es sino un sistema de intervención que recoge tanto los diferentes servicios como el conjunto de programas de intervención previstos para los usuarios y las familias. Dichos programas deben ser lo suficientemente flexibles integrales e interdisciplinares como para adaptarse a los perfiles de los usuarios de cada CD teniendo en cuenta además las características espaciales del centro y las necesidades de la familia cuidadora.

Para analizar los PGI en los CD hemos realizado cuatro preguntas (preguntas 15, 16,17 y 18) siguiendo la estructura conceptual mencionada en el capítulo 2 donde se especifican los servicios y programas básicos que debe reunir un centro.

En cuanto a los servicios ofertados en los CD, los centros y expertos entrevistados coinciden en señalar que todos ellos incluyen una amplia panoplia de servicios básicos (transporte, manutención...) y terapéuticos (atención social, psicológica, terapia ocupacional y atención sanitaria). Por el contrario, otros servicios más discrecionales como pueden ser podología, y en especial, peluquería o cafetería, están menos implantados en la mayoría de las CCAA, tanto en los centros públicos como en los privados (por ejemplo, de los 5 CD que no disponían de servicio de cafetería tres son privados y 2 públicos), lo cual nos hace pensar que la oferta de estos servicios complementarios es independiente de la titularidad del centro o de la CCAA en cuestión y está en función de las propias características organizativas y de ubicación de los centros.

Atendiendo a los programas de intervención hemos estructurado la consulta en torno a tres grupos, ofreciendo además la posibilidad de citar abiertamente otros programas no codificados previamente:

1. Programas con los usuarios (pregunta 16): de intervención terapéutica (terapias funcionales, cognitivas, psicoafectivas, socializadoras) y programas sanitarios.

2. Programas de intervención con familias (pregunta 17).

3. Actividades de ocio (pregunta 18)

1- En cuanto a los programas con los usuarios, podemos interpretar los resultados bajo dos ópticas distintas: la de los centros y la de los programas. Atendiendo a un análisis centro a centro vemos que la mayoría de ellos tienden a ofrecer gran parte de los programas de intervención considerados como básicos sin diferencias significativas por CCAA ni por titularidad de los centros. Sin embargo, desde la óptica de los programas deja entreverse que el grado de implantación de los distintos programas mencionados no es homogéneo de manera que podemos diferenciar:

- Programas de alta implantación como los de intervención terapéutica (terapias funcionales –salvo gerontogimnasia- cognitivas, psicoafectivas, socializadoras) desarrollados por más del 80% de los centros entrevistados (10 de los 12 centros entrevistados).
- Programas de implantación media-alta como la gerontogimnasia y los programas sanitarios de atención médica y de enfermería, incluidos por más del 50% de los CD entrevistados y menos del 80%..
- Programas de baja implantación como los de formación de cuidadores profesionales, de colaboradores o de intervención ambiental incluidos por menos del 50% de los CD entrevistados.

2- En lo que respecta a los programas de intervención con familias es práctica habitual que los CD, tanto públicos como privados, incorporen programas de información, formación y asesoramiento a las familias; no así en lo que respecta a los grupos de autoayuda y grupos psicoeducativos que tan sólo son incluidos por algo más de la mitad de los CD entrevistados. Es de lamentar que este tipo de programas de apoyo familiar no se desarrolle en un recurso que tiene, como uno de sus objetivos fundamentales, ofrecerlo y que cuenta con un equipo de profesionales muy adecuado para realizar estos programas.

3- Por último, las actividades de ocio también son una práctica generalizada en todos los CD, independientemente de que se trate de centros públicos o privados y así es puesto de manifiesto por los propios expertos. Estas actividades suelen ser de cuatro tipos:

- Actividades “programadas” semanalmente (bailes, parchís, cine...)
- Actividades monográficas “festivas” (en verano, navidad, carnavales, fiestas locales...)
- Excursiones y “salidas” fuera del CD
- Actividades “conjuntas” con las familias o “compartidas” con otros centros municipales de mayores centros residenciales

Dichas actividades se desarrollan por igual en las distintas CCAA analizadas si bien en Castilla la Mancha y en Andalucía las actividades compartidas con otros centros son especialmente habituales al tratarse de servicios de estancias diurnas donde los usuarios de éstos (recordemos que serían los usuarios típicos de los CD a los que no referimos en este trabajo) suelen compartir también espacios con los usuarios de los centros sociales o de las residencias.

---

<sup>4</sup>Estos programas tan sólo fueron contemplados en la opción “otros programas de intervención” por el experto de Asturias y los CD de Granada (privado) y de Oviedo (Oviedo) por lo que no descartamos que en el resto de casos estos programas no se hayan mencionado por el simple hecho de no aparecer expresamente en el cuestionario.



## 2.4 Recursos humanos en los Centros de Día

Los recursos humanos en los CD son un elemento imprescindible para hacer operativo el PGI. Estos Planes de intervención, como hemos visto, son multidisciplinares y especializados y por lo tanto requieren de un equipo de trabajo que reúna estas características. Dicha interdisciplinariedad y especialización, junto con la necesidad de coordinar las acciones de los distintos profesionales acaban definiendo lo que, según hemos comentado en el capítulo 2, sería el equipo profesional básico necesario en un CD, esto es:

- Coordinador/a o Director/a del Centro.
- Médico/a
- Psicólogo/a
- Trabajador/a social
- Terapeuta ocupacional
- Enfermeros y asistentes de enfermería
- Fisioterapeuta

En los casos analizados, la mayoría de los CD independientes sí cuentan con estos requerimientos básicos si bien, en otros CD no siempre es factible afirmarlo ya que se trata de centros anexos a residencias con las que comparten personal (caso de los CD de Cataluña) o bien de Servicios o Unidades de Estancia Diurna prestados en otros centros (Castilla la Mancha o Andalucía). A este respecto, aunque no estamos en disposición de asegurar que todos los CD disponen del personal necesario para su buen funcionamiento parece que, a tenor de lo expresado por expertos como el de Cataluña, hay que depositar la confianza en la normativa sobre la estructura profesional de los CD, la cual a su entender es muy clara. En otras, el caso de Castilla la Mancha, la estructura profesional dependerá del tipo de centros con el que estemos tratando (Centro de Día con Servicios de estancias Diurnas, Residencia con SED o un SED en sentido estricto)

En cuanto al número de cuidadores profesionales por cada 15 usuarios atendidos la cifra es muy similar en los centros de día públicos y privados, en torno a 2,5. Si desgranamos esta cifra según las respuestas de los distintos CD analizados, vemos como los de Asturias son los que presentan un ratio mayor (en torno al 4 cuidadores profesionales por cada 15 usuarios) seguidos del País Vasco (3), Castilla la Mancha, Cataluña y Madrid (2) y por último Andalucía (1,5). No obstante, debemos tomar estas cifras con cautela en la medida en la que la muestra de CD analizados no es del todo representativa y porque los resultados, tal y como expresan algunos expertos, deben matizarse dependiendo del tipo de profesional que se contemple o del tipo de centro. Veáse, por ejemplo, como el experto de Madrid advierte que el ratio suele depender del perfil profesional que se contemple siendo distinto según se trate de auxiliares de enfermería (1 por cada 10-12 usuarios) o de Auxiliares-Gerocultores (1 por cada 7-8 usuarios) mientras que el experto de Castilla la Mancha fija el ratio en un “mínimo” de 2 dependiendo de si se trata de un Centro de Día con Servicios de estancias Diurnas, de Residencia con SED o un SED en sentido estricto<sup>5</sup>.

## 2.5 Coste del Centro de Día y participación de los usuarios

En los CD analizados el coste por plaza y día apenas difiere entre los centros públicos y privados. En los CD públicos suele situarse por término medio entre 23,6 y 26 € según la información de los propios CD o la de los expertos respectivamente, mientras que en los CD privados es algo menor, en torno a los 22 €. Aunque estas

cifras deben tomarse con cautela dado el carácter piloto de este estudio, es interesante significar como estos resultados apenas difieren de los obtenidos en la mencionada investigación de la Revista Consumer (Fundación Grupo Eroski, 2002) realizada entre 85 CD que cifra el coste medio de los CD privados en 25 € por plaza y día.

No sucede lo mismo por CCAA donde las diferencias de costes entre los distintos CD públicos según los expertos son más relevantes situando a la cabeza a los centros del País Vasco (42€)<sup>6</sup>, seguido de Asturias (32€) y Madrid (de 26€ a 30€) y a un nivel similar los de Castilla la Mancha, Andalucía (25€) y Cataluña (21€). En el caso de Castilla la Mancha, según el experto el coste varía según se trate de Centros propios gestionados por ONGs (20-25€/día), por Ayuntamientos (20,58€) centros propios gestionados por empresas (lo contratado), Centros Municipales (20,58€) o residencias privadas mediante contratos (21,64€). En Andalucía, el coste es distinto según se trate de plazas concertadas (30€) o de estancias diurnas con transporte (25€).

La explicación a estas diferencias de costes, a priori podría atribuirse a diferentes condicionantes que ya hemos analizado en apartados anteriores como el número de plazas ofertadas, el ratio de atención profesional –usuario, el horario de apertura, el tipo de servicios ofertado o las modalidades asistenciales, entre otros. Sucede, empero que, por lo visto hasta ahora, tal relación no parece estar del todo clara.

En cuanto al número de plazas ofertadas, no hemos observado relación con las diferencias de costes detectadas en las diferentes CCAA. Recordemos que en nuestro análisis los centros con una media de plazas mayor se correspondían con aquellos en los que el tamaño del hábitat de la zona de influencia del CD era mayor, en los CD privados y en los modelos de atención más institucionalizados y estos perfiles, como hemos visto, no se corresponden con los de las CCAA que tienen mayores costes. Por el contrario, el número de plazas ofertadas si influirá en los costes siempre que el CD pueda estar infrautilizado, es decir, que las plazas ocupadas sean muy inferiores a la capacidad disponible situación que por lo general no suele producirse, al menos en los CD entrevistados.

En lo que respecta al ratio de atención profesional –usuario, obviamente cuantos más profesionales por usuario tenga un centro mayores serán sus costes por cada plaza. En este sentido coincide que los CD que afirmaron disponer de un mayor ratio de profesionales, los CD de Asturias y País Vasco, se corresponden con las CCAA con un coste por plaza y día más alto. Sin embargo, aunque no descartemos esta relación, sobre todo en el País Vasco, tampoco podemos darla por definitiva en la medida en la que no se cumple para el resto de CCAA analizadas. En cualquier caso, el hecho de que, tal y como hemos visto en el apartado anterior, el ratio de personal esté determinado previamente según unos estándares mínimos al que suelen ajustarse los CD, calculado para mantener cierto equilibrio entre una correcta atención de los usuarios y el coste que representa su atención, hará que el margen de este factor para explicar las diferencias de costes sea muy limitado.

Por lo que respecta al horario de apertura y las modalidades asistenciales es probable que cuanto más amplios y flexibles sean los centros, mayores serán los costes. Cabría esperar entonces, que los centros privados, que en nuestro análisis han demostrado ser más flexibles, sean los que soporten unos costes mayores. Sin embargo, esta relación no se da probablemente porque tal flexibilidad puede no suponer un coste adicional por plaza y día ya que

<sup>5</sup> El Centro de Día con SED tiene que tener según el experto de Castilla La Mancha: 1 director, 1 terapeuta ocupacional por cada 20 usuarios o fracción (se puede sustituir por fisioterapeuta), 1 auxiliar por cada 10 usuarios o fracción (no demencia) y 1 auxiliar por cada 8 usuarios o fracción (caso de demencias).. Si se trata de Residencia con SED: 1 director de residencia, 1 TO /25 usuarios o fracción (puede ser fisioterapeuta), 1 auxiliar/12 usuarios o fracción (no demencias), 1 auxiliar/10 usuarios o fracción (demencias). Por último, si es un SED en sentido estricto:1 director acreditado, al menos titulado universitario de grado medio o experiencia de 3 años en tareas de gestión y dirección de centros. 1 terapeuta ocupacional, parte de la jornada puede ser desempeñada por un fisioterapeuta.2 auxiliares de enfermería/gerocultores.

<sup>6</sup> En el caso del País Vasco esta cifra se aproxima bastante a los 38,80 estimados por la Fundación Matía (2003) para los CD de Guipúzcoa.



en muchos casos estos centros aprovechan las economías de escala de las residencias con las que comparten recursos. Tampoco hemos observado una relación directa mayor flexibilidad- mayores costes en la medida en la que CD públicos como los del País Vasco, siendo los más costosos, son los que disponen de modalidades asistenciales menos flexibles.

Finalmente, la explicación del coste puede esta fundamentada en la variedad de los servicios básicos y terapéuticos ofertados por cada centro, especialmente el transporte. Hay que tener en cuenta que el transporte es lo que más incrementa el coste del CD. Muchos CD no tienen transporte y a veces ni se regula obligatoriamente: ej. Castilla-La Mancha y Cataluña). No obstante, parece de nuevo que la variedad de servicios ofertados no explica las diferencias de coste entre los distintos CD o CCAA en la medida en que parece que la misma oferta de estos servicios está implantada en la mayoría de los CD analizados y es independiente de la titularidad del centro o de la CCAA en cuestión.

En definitiva, por lo observado hasta ahora, vemos como algunos factores susceptibles de influir en los costes de los CD y sobre los que hemos consultado en este trabajo, tales como el número de plazas ofertadas, el ratio de atención profesional –usuario, el horario de apertura, el tipo de servicios ofertado o las modalidades asistenciales no parecer explicar las diferencias de costes observadas en las distintas CCAA analizadas. En cualquier caso, habrá factores explicativos que hayan escapado a nuestro análisis y sobre los que haya que indagar con mayor profundidad y con una muestra mayor tales como las propias características organizativas y de ubicación de los centros, la superficie por plaza o el salario medio de los profesionales.

En cuanto a la parte de esos costes que pagan las personas mayores cabría diferenciar las plazas privadas, de las concertadas o las públicas. Obviamente en el caso de las plazas privadas el usuario paga la totalidad del coste. Por ejemplo, en el CD privado de Albacete se pagan entre 300 y 600 euros en función del grado de dependencia y el número de horas que permanece el usuario en el centro. En el centro privado de Oviedo el coste del día completo con transporte y comida asciende a 535 € mensuales, en fines de semana 220 €/mes y medio día con comida a 375 €/mes.

Por el contrario en las plazas públicas o las concertadas el copago se determina mediante unos baremos según la situación económica del usuario por la que éste pagaría un porcentaje sobre su renta. En el caso de Madrid aportan un % en función de su renta per cápita, teniendo en cuenta los días de asistencia al centro y también según si utilizan o no el servicios de transporte. En Cataluña, según el experto, la aportación es variable y depende de la pensión y en ningún caso se relaciona con el coste real. En el País Vasco, hay una tarifa máxima establecida en 341,7 euros al mes y hay bonificaciones según ingresos, mientras que en la “Atención Diurna en Residencias” la aportación máxima es de 195,25 euros mensuales. En Andalucía, según el experto, en las pocas plazas públicas que hay los servicios son prácticamente gratuitos, las personas solo pagan una parte pero de manera más bien testimonial. En Castilla la Mancha los SED públicos suelen ser gratuitos ya que la mayoría son personas con pensiones bajas. Además, para ingresar en un SED en esta Comunidad Autónoma hay que pasar un baremo que valora diferentes rasgos del solicitante atendiendo a la siguiente ponderación:

- Situación socio-familiar 35%
- Grado de dependencia 25%
- Vivienda 13%
- Ingreso económicos 13%
- Edad 5%
- Otros 9%

Finalmente se señala que en la mayoría de los centros no se diferencian en la cuota los servicios de transporte y de mantenimiento salvo en los de la Comunidad de Madrid y en los centros y plazas privadas.

## 2.6 Procesos de evaluación de la calidad en los Centros de Día

La evaluación de un centro de día, como de cualquier otro programa de atención, es un proceso imprescindible para conocer entre otras cosas su buen funcionamiento, el grado de cumplimiento de los objetivos sobre los inicialmente previstos, la satisfacción de los usuarios y sus familias o la efectividad del Plan General de Intervención que se está desarrollando. Para ello se precisa un proceso estandarizado de recogida, síntesis, interpretación y ponderación de la información así como valoraciones externas sobre la calidad de los servicios del CD.

A este respecto, aunque durante la entrevista se ha preguntado sobre aspectos como la cobertura, la oferta de programas y servicios o los recursos humanos disponibles, no deja de ser información proporcionada por los propios interesados que quedaría incompleta o perdería credibilidad si no estuviese respaldada por algún tipo de evaluación externa sobre la calidad de los centros, aspecto sobre el cual les hemos consultado, de acuerdo con lo que habíamos (previsto en el cuestionario pregunta 21).

De la información suministrada por los propios centros, en la mayoría de los centros públicos, salvo el de Castilla la Mancha que no realizó ninguna evaluación de calidad, afirmaron seguir los sistemas y criterios de evaluación de sus respectivas administraciones, junto a algunas evaluaciones “internas” orientadas a conocer aspectos como la satisfacción de los usuarios y de sus familias. Tal es el caso de los centros públicos de Madrid donde, según el experto consultado, suele utilizarse el sistema de calidad de AENOR o el Modelo EFQM o el de Cataluña que sigue el sistema de evaluación de la Generalitat “Avaluació externa de qualitat dels Centres del ICASS” además de una evaluación “interna” semi-formal y diaria de detección de problemas por parte de las gerocultores/as. En los centros del País Vasco según el experto suelen seguirse los que denominó como evaluaciones de Gestión de Calidad Interna (GCI) y Grupos de Calidad entre usuarios, familias y trabajadores.

Por otra parte, entre los centros privados entrevistados, tres de ellos coincidieron en aplicar los Sistema de Evaluación de la Calidad ISO (ISO 9000:2000 Calidad Total en Madrid; ISO.; “Mejora Continua” y “Calidad Total” en Cataluña; ISO 9001 y UNE 158001 en Castilla la Mancha), mientras que los centros privados entrevistados en Andalucía o Asturias no llevaron a cabo ningún protocolo de evaluación específico limitándose a evaluaciones internas e informales realizadas a los usuarios o las familias<sup>7</sup>.

## 2.7 Valoración general de los resultados y recomendaciones sobre los CD

El análisis realizado en este estudio piloto no pretende ser representativo del conjunto del territorio nacional, incluso ni siquiera de las CCAA en las que hemos analizado algunos CD dado el tamaño de la muestra con la que hemos trabajado.

Sucede, empero que, tanto la concepción como el buen funcionamiento de los CD debe responder a unos patrones comunes, ya descritos en el capítulo 2, sobre los cuales las respuestas planteadas por los expertos y responsables de CD entrevistados han dejado entrever ciertos aspectos que nos gustaría resaltar.

El primer aspecto tiene que ver con el propio concepto de CD y su confusión semántica con otros tipos de centros de atención diurna a las personas mayores como son los centros sociales y los programas o servicios de estancia

<sup>7</sup> Esto no significa que necesariamente ocurra lo mismo en todos los centros privados de Andalucía o Asturias. Tan sólo nos referimos a los centros entrevistados en este estudio piloto.



diurnas. Tanto los responsables de los CD como los expertos entrevistados tienen claro lo que es o debería ser un centro de día y los objetivos para los que están concebidos: en síntesis, prestar atención integral especializada a las personas dependientes, servir de apoyo a la familia y proporcionar conocimiento y habilidades a los cuidadores profesionales y familiares.

Sin embargo, no siempre coinciden en denominar a esos centros de la misma forma aún cuando se refieren a lo mismo. En este sentido, son especialmente confusas las denominaciones que se utilizan en Andalucía y Castilla La Mancha donde se denomina como CD a lo que serían centros de ocio y entretenimiento (es decir, centros sociales) y donde los programas o servicios de estancia diurna en realidad se asemejan más a un tipo de recurso como los CD por cuanto ofrecen atención integral y especializada, que a los programas de estancia diurna tal y como los hemos definido.

A este respecto parece claro que resulta indispensable consensuar las denominaciones sobre los CD en todo el territorio nacional poniendo especial énfasis en las legislaciones autonómicas al respecto, en la medida en la que esto puede contribuir a consolidar un recurso como los CD, máxime cuando los objetivos básicos que deben perseguir los CD son similares, o al menos así se ha reflejado en las entrevistas realizadas, independientemente del territorio en el que se sitúen.

No obstante, convendría ser más ambiciosos todavía, entendiéndose que también es necesario ir más allá de una denominación común, debiendo concretarse el concepto sobre lo que es realmente un CD. Es decir, además de establecerse una definición común y unos objetivos como los mencionados anteriormente, debiera especificarse claramente la estructura mínima de profesionales requeridos, los programas de intervención a desarrollar y los servicios que se ofrecen en el centro, especialmente el transporte. Todo ello ayudaría en buena medida a diferenciar los CD de otro tipo de recursos de atención diurna que no cuentan con ellos y con los que suelen confundirse.

También hemos constatado ciertas dificultades de los responsables de los CD con respecto al conocimiento de los ratios de atención de dichos centros en sus respectivas áreas o zonas, o bien su tendencia a presentarlos sobre referencias de edades distintas (>60 años, >65, >80...) lo cual dificulta las comparaciones interterritoriales y puede llegar a representar un verdadero obstáculo para detectar las necesidades de implantación de los CD a la hora de elaborar mapa de localización de dichos centros. Un primer paso en el que ya parece haberse avanzado en los últimos años ha sido homogeneizar la base de referencia de los ratios de atención de los CD (por ejemplo sobre 65 años) para facilitar la comparación de coberturas entre CCAA y CCLL. A ser posible, convendría afinar algo más y utilizar principalmente medidas de cobertura "horizontal" para referirnos al número de plazas que se ofrecen en los CD, no sobre el colectivo mayor de 65 años, sino sobre el número total de personas dependientes de esa zona utilizando en la medida de lo posible estimaciones sobre el aumento futuro de este colectivo. Igualmente aconsejable sería utilizar medidas de cobertura vertical para evaluar la eficiencia de los CD (porcentaje de personas atendidas en el CD que se corresponden realmente con el usuario tipo del CD). Para calcular esta última solemos encontrarnos con una dificultad añadida en los CD integrados en complejos asistenciales anexos a residencias en los que, al parecer, no siempre se diferencia a los usuarios específicos del CD para calcular estos ratios, lo cual podría estar indicando que se trata más bien de usuarios de estancias de día y no de centros de día, según nuestra conceptualización. Para evitar estas deficiencias, siempre habría que llevar registros de usuarios diferenciados para cada uno de los programas que componen el complejo asistencial.

En este trabajo hemos podido confirmar igualmente las profundas diferencias entre las tasas de cobertura de los distintos territorios analizados. Para acortar dichas diferencias, sería necesaria una rigurosa planificación en la que se elaboraran mapas de localización de CD, atendiéndose no sólo a la demanda real y actual, sino a la previsible

ampliando en caso necesario el número de centros de día en los territorios más deficitarios y desarrollar un programa de inversiones acorde a esos criterios de planificación. Una posibilidad que se planteaba ya en el Plan Gerontológico (INSERSO, 1993) y que ha sido seguida en muchos lugares de nuestro país, tal y como propone el experto de Andalucía, consistiría en aprovechar la estructura de algunos centros sociales o residencias que cuentan con espacios suficientes para habilitar en ellos un CD, siempre y cuando se garantizase que la dotación en cuanto a recursos materiales y humanos es la adecuada para los respectivos programas que se desarrollen con polivalencia en cada centro gerontológico. Esto parece especialmente recomendable para algunas CCAA como Castilla La Mancha o Andalucía, con lo que se podría contribuir a aumentar unas tasas de cobertura de por sí muy bajas.

Uno de los principales déficit de los CD, especialmente de los públicos, es la falta de flexibilidad asistencial. En concreto, la posibilidad de procurar asistencias parciales (media jornada, días alternos, horas sueltas...) no debería ser casi una exclusiva del CD privado y deberían generalizarse en los CD públicos, pues para cumplir con perfección sus objetivos, en muchas ocasiones no es necesario que la persona acuda diariamente al centro, sino que a veces, incluso puede ser perjudicial, tanto para ella como para su familia. Téngase en cuenta, por ejemplo, el estrés que puede suponer tener que prepararse cotidianamente para esta asistencia permanente (levantarse temprano, asearse, vestirse, coger el transporte, pasar todo el día fuera de casa...). Por otra parte, especialmente para usuarios que se encuentran en las primeras etapas de deterioro cognitivo, es muy conveniente que se beneficien de programas de psicoestimulación, que pueden realizarse durante un par de horas cada día y en períodos cortos de tiempo. Asimismo, el CD tienen gran potencialidad para realizar programas específicos y puntuales como, por ejemplo, sesiones rehabilitadoras o entrenamiento de la memoria.

Otro aspecto de la flexibilidad que consideramos muy conveniente introducir es la relativa a la prestación de servicios durante los fines de semana e, incluso, por las noches. En este sentido, hemos observado como los centros con horarios y modalidades asistenciales más flexibles tienden a ser centros anexos a residencias, excepcionalmente centros públicos, estableciéndose por algunos de ellos acuerdos con asociaciones de familiares de Alzheimer y otros grupos de voluntariado, para colaborar en las atenciones en fines de semana. Durante ellos, normalmente no se realizan programas de intervención sino más bien actividades de ocio y diversión, para lo que es muy adecuada la participación del voluntariado. En cuanto a los programas de atención nocturna, debería comenzar a extenderse este programa, todavía muy incipiente en España, al menos desde las residencias, que tengan posibilidad de dedicar algunas plazas a este programa.

En tanto estas modalidades de atención en fines de semana y por las noches se generalizan, es recomendable que las iniciativas que se realicen sean evaluadas sistemáticamente para orientarlos de la manera más adecuada. Pero lo que sí es totalmente recomendable, de acuerdo con la experiencia comparada y también con las propuestas de la doctrina es facilitar mayor flexibilidad de horarios y modalidades asistenciales y fomentar este tipo de programas y de sinergias, sin que se excluya un copago adicional y baremado de los usuarios por recibir atenciones en fines de semana o por las noches.

La oferta suficiente de un servicio de transporte para acceder al CE es crucial ya que sin este servicio quedan excluidos no pocas personas en situación de dependencia.

Creemos igualmente necesario fomentar en los CD programas que, según nuestro análisis, tienen una baja implantación, especialmente el desarrollo de programas de intervención con familias, cuestión que, como se ha repetido a lo largo de este trabajo, resulta esencial, teniendo en cuenta que las personas mayores que acuden al centro también son cuidadas por su familia. Precisamente, los CD constituyen un recurso intermedio concebido para favorecer que las personas puedan permanecer en su medio habitual y disfrutar de las interacciones positivas que suministran las redes próximas, especialmente la familia. Por ello, que ésta y, de manera especial, la persona



que realiza de manera principal los cuidados de la persona mayor, pueda beneficiarse de conocimientos y habilidades para realizar de la manera más adecuada la atención, así como entrenarse en estrategias correctas de afrontamiento es algo que no debe faltar entre la oferta de los CD por su probada eficacia: programas de formación, asesoramiento y desarrollo de grupos de autoayuda y de grupos psicoeducativos.

Por último, también se han detectado en nuestro trabajo de campo insuficiencias en aspectos tan importantes para garantizar la calidad de la atención como los de la formación permanente de los profesionales y del personal cuidador (auxiliares de enfermería, gerocultores/as, etc.), así como la realización de actividades formativas con colaboradores (voluntariado, estudiantes en prácticas...).

### 4.3.2 PROTOCOLOS DE VALORACIÓN DE LA PERSONA DEPENDIENTE Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En las visitas a los Centros y Servicios de Día, así como en las entrevistas, hemos tratado de recoger no solo la filosofía sobre la valoración de los usuarios evaluación de la actividad y de los resultados, sino también los instrumentos y protocolos. A ello nos referiremos a continuación centrándonos en algunos casos concretos.

#### A) Valoración del usuario

Es en este campo donde quizás exista una mayor experiencia común fruto de años de aplicación de protocolos difundidos en jornadas de estudios, publicaciones e intercambio de tipo profesional. Sin necesidad de especificar aquí cada protocolo en detalle sí es posible sintetizar los aspectos fundamentales de los diferentes protocolos de valoración de la situación de dependencia y de su entorno ya que el usuario del centro o servicio de día, no hay que olvidarlo, es una persona que vive en su domicilio bajo un doble sistema de cuidados: el familiar o informal y el profesional.

- El protocolo de valoración de usuarios de centros de día en el Principado de Asturias se denomina **“Protocolo Individual de Valoración e Intervención Integral”** y se compone de tres Partes:

Parte I o “Valoración Inicial” en el que se incluyen datos sociales, diagnósticos clínicos, nivel sensorial, nivel funcional (escalas Barthel, Lawton y Brody y Tinnetti), nivel psíquico (escalas cognitivas Folstein y GDS Reisberg) y evaluación conductual por áreas de autonomía (AVD, movilidad, funciones cognitivas y relación social) mediante las que se establece el grado de autonomía o dependencia (leve, moderada, severa y total).

Parte II en la que se recoge “El Plan Individualizado de Intervención” con la especificación del programa de intervención terapéutica (las terapias funcionales, cognitivas, psicoafectivas y socializadoras), programa sanitario (aseo, higiene, prevención de caídas, control de esfínteres, atención de enfermería básica), programa de intervención con familias y programa de colaboradores (voluntarios).

Parte III de “Seguimiento del Plan Individualizado de Intervención” y ficha-resumen de su evolución de cada área y resultados de la aplicación de las escalas mencionadas desde el inicio hasta los 24 meses, cada 6 meses.

- El **Centro de Día Nueva Edad de la entidad ASISPA** dispone también de un protocolo de valoración del usuario basado en la cumplimentación de la denominada “Historia Social del Centro de Día”. Esta ficha contempla los siguientes contenidos:

Situación personal, económica, familiar y de vivienda de la persona dependiente, así como de sus relaciones; se identifican los grandes síndromes geriátricos y se realiza una valoración funcional-mental y social aplicando escalas tales como: MNA, MNSE, CAMCOG, CORNELL, BLESSED. BARTHEL, FAQ, NPI, FAST, GDS, ZARIT,

TINNETTI. En base a los resultados de estas escalas se define el plan de intervención para la persona dependiente.

- El protocolo de valoración de la persona dependiente del **Centro de Día de la Torrassa** (L'Hospitalet de Llobregat) es un sistema de valoración multidisciplinar que contempla cinco dimensiones: a) dimensión física (19 ítems), b) dimensión funcional (20 ítems), c) dimensión psicológica y social (27 ítems), d) dimensión de riesgos (12 ítems) y e) necesidades especiales (12 ítems), y donde cada uno de los ítems se valora en escalas de puntuación.

Este sistema tiene como objetivo elaborar un Informe Social completo durante los primeros siete días del ingreso a lo largo de los cuales se aplican diferentes escalas de medidas MEC, Pfeiffer, NPI, FIM, RTI, Bramen, MNA, Lawton, Tinetti, MOS de cara a definir la cartera de servicios a aplicar al caso concreto.

La cartera de servicios del Centro de Día que comparte con la Residencia Asistida en la que está integrada consiste en la aplicación de un conjunto de intervenciones y servicios en función de los diferentes áreas posibles de intervención: accesibilidad y continuidad de los servicios, derechos de las personas y ética de la organización, valoración de las personas, cuidados de las personas y familias, educación de la persona y la familia, gestión del dolor. A su vez cada área se desagrega en subáreas, grupos, subgrupos, programas y subprograma y, finalmente, fichas en las que se describe el sistema de valoración, estrategias de intervención y servicios a prestar. Así, por ejemplo, el área de cuidados de las personas y de las familias se desagrega en dos subáreas: planificación de la atención de la persona dependiente (elaboración del Plan de Atención Inicial, Plan de Atención Individualizada y Personalizada en el que se definen las estrategias de atención a las ABVD y las AIVD) y de su familia. En base a esta información se elabora anualmente la Memoria anual y la evaluación del centro.

## B) EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La evaluación de los resultados de los servicios de día, como en cualquier otro tipo de recurso de atención a personas en situación de dependencia, se va abriendo paso progresivamente. Por una parte, parece que la aplicación de normativa de calidad del tipo ISO 4000 y otras parecidas se está consolidando, lo cual favorece el trabajo de inspección en su caso y de una primera valoración de los recursos y de los procesos. Por otra parte, la aplicación de protocolos específicos de evaluación, más ajustados a las necesidades de las personas mayores que precisan cuidados de larga duración, también se van, afortunadamente, generalizando. En nuestro estudio, hemos encontrado algunos a los que de manera concreta nos referiremos a continuación:

- **“Protocolo de Evaluación Anual”** de los Centros de Día del Principado de Asturias. Este protocolo contempla cuatro tipos de evaluación:
- Evaluación de la “Cobertura”: de la demanda, movimiento asistencial y modalidad de atención (continua o parcial).
- Evaluación de “Procesos” en el que se especifican las actividades de cada programa medido por número de actividades, usuarios, sesiones y horas de intervención a nivel de usuarios, familias y profesionales.
- Evaluación de “Resultados”: evolución de los usuarios según escalas Barthel, Lawton, MMSE, GDS, Tinetti y Norton; percepción subjetiva del estado de los usuarios según ellos mismos y sus familias; valoración del estado de las familias cuidadoras (disposición de mayor tiempo, mejora de habilidades, reducción de estrés); valoración de estado de los profesionales.
- Evaluación interna de la “Calidad de la Atención” en base a dos instrumentos: por una parte, valoración cuantitativa (escala numérica) y, por otra, cualitativa de aspectos como participación de usuarios, familias y profesionales; sobre organización (planificación, metodología de trabajo, coordinación de recursos



sociosanitarios); sobre intervención (oferta de servicios y programas, formación continua de profesionales, cualificación del equipo interdisciplinar de atención, intervención con familias); valoración del ambiente físico (accesibilidad, seguridad, equipamiento, confort y señales de orientación); valoración del ambiente psicosocial (manejo de conductas de los usuarios, interacción entre usuarios y profesionales, entre estos y las familias, interacción entre los propios profesionales del centro). Por otra parte, esta doble valoración se complementa con una encuesta diferenciada a tres colectivos: familias, usuarios y profesionales del centro.

Esta evaluación tiene una aplicación anual en los centros de la red pública.

- El análisis de la **Memoria del Centro de Día Nueva Edad** para el 2003 nos permite aproximarnos al conocimiento de la evaluación del centro y de sus actividades. En dicha Memoria se señalan los programas de atención en términos de actividades y procesos referidos a trabajo social, salud, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, atención personal permanente y transporte adaptado. Igualmente se contempla la evaluación de la cobertura (movimiento de usuarios y su perfil). No existe evaluación de resultados en la citada Memoria.

En cuanto a la evaluación de la Calidad, Asispa ha adoptado la filosofía de la Calidad Total implantando la Norma UNE EN- ISO 90000: 2000 mediante la cual ha obtenido el certificado de calidad. Aplica un conjunto de Procedimientos específicos de calidad a las siguientes disciplinas del Centro de Día: programas de atención personal, de alimentación, enfermería, servicios médicos, terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social, transporte y dirección del centro.

- Los **Centros de Día de Cataluña o servicios de acogimiento diurno** de la red pública aplican un sistema de indicadores de evaluación de la calidad adoptados por la Generalitat y que se aplican en los dos centros analizados (Área de Serveis: centres de dia de gent gran, Indicators d'avaluació de qualitat). Este sistema de indicadores constituye un protocolo de evaluación que se elabora anualmente y que debe reflejarse en las Memorias de los centros. Tal sistema de indicadores tiene cinco dimensiones básicas: atención a la persona, atención a la familia, relaciones y derechos de los usuarios, accesibilidad, seguridad y confort y, finalmente, organización.

Estas dimensiones son analizadas a partir de áreas relevantes cada una de las cuales se concreta en criterios específicos o indicadores. Así, por ejemplo, centrándonos en dos dimensiones: la atención a la persona se desarrolla en las siguientes áreas: valoración inicial, promoción de la autonomía, tratamiento farmacológico, prevención de riesgos, nutrición, mantenimiento de funciones, higiene, y protocolos de atención. Cada área o aspecto relevante se concreta en criterios específicos. Por ejemplo, la promoción de la autonomía supone la evaluación semestral de las AVD de la persona dependiente mediante alguna de las escalas reconocidas como Bartell, Katz, Nosger, Cruz Roja. Del mismo modo esta promoción supone la evaluación semestral de las capacidades cognitivas del usuario mediante protocolos como el Mini mental y el Test de Pheipher.

## ANEXO I

# CUESTIONARIO SOBRE CENTROS DE DÍA

Existe una tipología diversa de centros de atención diurna a las personas mayores lo que, debido a esta variedad, en ocasiones produce una gran confusión en cuanto se refiere a la conceptualización de cada uno de ellos. Por ello, arranca este cuestionario con una aclaración a los modelos de atención diurna.

A unos, los denominamos en nuestra investigación **centros sociales**, que son los dirigidos a fomentar la participación de quienes se encuentran en buen estado de salud y no tienen problemas de dependencia. Otros son centros (residencias o centros de atención diurna) en los que se ofrecen plazas diurnas para respiro y apoyo familiar pero no programas especializados y a ellos los identificamos como **programas de estancias de día**. Otros, en fin, son los centros de día en los que en nuestra investigación definimos como *“Centros gerontológicos terapéuticos y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia”*.

Es a los **Centros de Día**, así conceptualizados, en los que se centra nuestro estudio y, de manera especial, aquéllos que funcionan en entornos urbanos.

1. ¿Qué denominación reciben en su CC.AA. los centros sociales, citados en primer lugar?
2. ¿Y los programas de estancias de día?
3. ¿Cuál es la definición de Centro de Día?

Refiriéndonos a partir de ahora exclusivamente a los centros de día, por favor, responda las siguientes cuestiones:

4. ¿Cuáles son los objetivos del Centro de Día?
5. ¿Qué ratio de atención (plazas por cada 100 personas mayores de 65 años) tienen en zona o área?
6. ¿Qué número de plazas, como media, existe en su Centro de Día?
7. En los Centros de día Urbanos, ¿se atienden personas con cualquier problema de dependencia, tanto física como psíquica, o tiene un carácter específico o monográfico (para personas con enfermedad de Alzheimer, p.ej.)?
8. En caso de atender a personas con diverso tipo de dependencia, ¿existen estancias separadas o las comparten?
9. ¿Son admitidas las personas con alto grado de dependencia en los Centros de Día?
10. ¿Durante qué horario funciona el Centro de Día?
11. ¿Funciona también los fines de semana?; ¿y por las noches?
12. Describa, por favor, con brevedad las diferentes modalidades asistenciales que predominan (Atención diaria, días alternos, jornada completa, media jornada, horas sueltas....)
13. ¿Qué profesionales forman parte del equipo multiprofesional para las intervenciones, tanto del ámbito psicosocial como sanitario? ¿Cuál es la duración de su jornada laboral que se dedica al Centro de Día?



14. ¿Cuántos cuidadores/as profesionales hay por cada 15 personas atendidas?

15. Entre los servicios del centro de día, señale, por favor los que suelen incluirse

	Siempre	A veces	Nunca
• Transporte accesible			
• Manutención			
• Peluquería			
• Podología			
• Cafetería			
• Atención Social			
• Atención Psicológica			
• Terapia Ocupacional			
• Atención de enfermería			
• Baño geriátrico			
• Gimnasio			

16. En cuanto a los programas de intervención, señale los que están incluidos mayoritariamente:

- **Terapias funcionales**
  - I. rehabilitación funcional
  - II. entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria
  - III. psicomotricidad
  - IV. gerontogimnasia
  - V. otros (indicar)
- **Terapias cognitivas**
  - I. orientación a la realidad
  - II. psicoestimulación
  - III. rehabilitación cognitiva
  - IV. otros (indicar)
- **Terapias psicoafectivas**
  - I. grupos terapéuticos
  - II. terapias de reminiscencia
  - III. otros (indicar)
- **Terapias socializadoras**

## LOS CENTROS DE DÍA. *Aproximación a la experiencia internacional y española*

- I. ergoterapia
  - II. musicoterapia
  - III. ludoterapia
  - IV. grupos de habilidades sociales y de comunicación
  - V. conversación, tertulias
  - VI. otros (indicar)
- **Programas sanitarios**
    - I. atención de enfermería (curas, inyectables)
    - II. atención médica
    - III. alimentación y nutrición
    - IV. aseo e higiene
    - V. control de esfínteres
    - VI. prevención de caídas
    - VII. otros (indicar)
  - **Otros programas de intervención (citar)**
17. ¿Existen desde el Centro de Día programas de intervención con familias? Señales cuáles:
- Información/Formación
  - Asesoramiento
  - Grupos psicoeducativos
  - Grupos de Autoayuda
  - Otros (¿cuáles?)
18. ¿Existen, además de programas de intervención, actividades de ocio? ¿De qué tipo?
19. ¿Cuál es el coste del Centro de Día por plaza?
20. ¿Cuánto pagan las personas mayores? ¿Se diferencian en la cuota que pagan los mayores los servicios de transporte y de manutención?
21. ¿Qué sistemas de evaluación de la calidad aplican en los Centros de Día?
22. ¿Cuáles son las diferencias fundamentales entre los Centros de Día de ámbito urbano y los que funcionan en el medio rural?

Muchas gracias por su atención. Por favor, si tienen documentación escrita sobre los centros de día (folletos, protocolos de intervención, sistemas de evaluación, resultados de investigación, etc.), adjúntelos con el cuestionario cumplimentado.



## ANEXO II: SÍNTESIS DE RESPUESTAS OBTENIDAS EN EL CUESTIONARIO SOBRE CENTROS DE DÍA

### Pregunta 1:

¿Qué denominación reciben en su CC.AA. los centros sociales, citados en primer lugar?

Entrevistas en Centros de Día						
Denominación	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Centros Municipales de Mayores	X					
Casals		X				
Hogar del pensionista			X			
Centros sociales de personas mayores					X	
Centros Socio-culturales						X

Entrevistas a Expertos						
Denominación	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Hogares y Clubs de Mayores o de Tercera Edad	X					
Casals u Hogares del Pensionista		X				
Centros de Día			X	X		
Unidades de estancias diurnas						
Centros sociales de personas mayores					X	
Centros Socio-culturales						X

**Pregunta 2:**  
**¿Y los programas de estancias de día?**

Entrevistas en Centros de Día						
Denominación	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Centros de Acogimiento Diurno		X				
Servicios de estancias diurnas			X			
Atención diurna en residencias						X
No los conoce No sabe qué son Cree que son como un hospital de día					X (CD privado)	

Entrevistas a Expertos						
Denominación	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Centros de Día o de Acogimiento Diurno			X			
Servicios de estancias diurnas			X			X
Son programas ligados a Centros de Día				X		



**Pregunta 3:**  
**¿Cuál es la definición de Centro de Día?**

<b>Entrevistas en Centros de Día</b>						
<b>Definición</b>	<b>Madrid</b>	<b>Cataluña</b>	<b>CLMancha</b>	<b>Andalucía</b>	<b>Asturias</b>	<b>P.Vasco</b>
Recurso de atención sociosanitaria preventiva y rehabilitadora de la persona mayor dependiente y de apoyo a la familia cuidadora	X					
Dispositivo de apoyo a las personas mayores que necesitan asistencia permanente por razones de dependencia, apoyo preventivo o apoyo puntual en casa para favorecer la autonomía		X				
Establecimientos públicos donde se prestan Servicios sociosanitarios y apoyo a la familia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno familiar			X			
Centro en el que durante el día se presta atención integral e individualizada al mayor dependiente, con programas de apoyo a la familia					X	
Servicio de apoyo a la red natural para personas con un nivel elevado de dependencia pero que mantienen un nivel sociofamiliar de apoyo						X

<b>Entrevistas a Expertos</b>						
<b>Denominación</b>	<b>Madrid</b>	<b>Cataluña</b>	<b>CLMancha</b>	<b>Andalucía</b>	<b>Asturias</b>	<b>P.Vasco</b>
Recurso o Dispositivo intermedio de la Red de Servicios Sociales Comunitarios que atiende a usuarios con diferentes grados de discapacidad física, psíquica y/o funcional previo a la institucionalización y que precisa de otros dispositivos complementarios como Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, etc.	X					
Recurso de los servicios sociales dirigido a la asistencia de las personas en situación de dependencia						
Son los Servicios de Estancia Diurna			X			
Se denominan Unidades de estancias diurnas y están destinadas a prestar una atención integral durante parte del día a personas mayores con un grado variable de dependencia física o psíquica. Su objetivo es mejorar o mantener el nivel de autonomía personal de los usuarios y apoyar a las familias o cuidadores que afrontan la tarea de atenderlos				X		
Centros gerontológicos socioterapéuticos de apoyo a la familia que prestan durante el día servicios de atención a necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona dependiente promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual					X	



Refiriéndonos a partir de ahora exclusivamente a los Centros de Día, por favor, responda las siguientes cuestiones:

#### Pregunta 4:

#### ¿Cuáles son los objetivos del Centro de Día?

Entrevistas en Centros de Día						
Objetivos	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Apoyo a personas dependientes, cuidadores y familiares (respiro familiar)	X	X	X	X	X	X
Rehabilitación y mantenimiento de las personas mayores dependientes. Trabajar autonomías físicas, psíquicas y sociales	X	X	X	X	X	X
“Vivir en casa” cuanto más tiempo mejor, evitar la institucionalización y el aislamiento social			X			X
Apoyar a las familias colaborando con ellas e integrándolas en el proceso terapéutico	X	X	X	X	X	X

Entrevistas a Expertos						
Objetivos	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Fomentar la autonomía y autocuidados	X		X	X		
Fomenta el máximo grado de socialización y convivencia que mejore el bienestar	X	X		X	X	
Evitar o retrasar la institucionalización precoz	X	X	X		X	
Ralentizar el deterioro progresivo de determinados procesos	X			X	X	
Apoyar y orientar a las familias o cuidadores habituales		X	X	X	X	
Proporcionar conocimientos y habilidades a los cuidadores profesionales					X	

**Pregunta 5:**

¿Qué ratio de atención (plazas por cada 100 personas mayores de 65 años) tienen en zona o área?

Entrevistas en Centros de Día					
Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
-	-	Albacete capital 0,7%	-	En torno al 1,3 para mayores de 80 años	1,2/100 (545 plazas para personas de 60+)

Entrevistas a Expertos					
Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
-	En 2003 0,63-65% de la población de 65+ (Barcelona Ciudad) 0,84-0,86 (Cataluña) 1,04 Barcelona y área metropolitana	Albacete capital 0,7%	0,1% de mayores de 65 años aprox.	1,3 para los mayores de 80	

**Pregunta 6:**

¿Qué número de plazas, como media, existen en su Centro de Día?

Entrevistas en Centros de Día											
Madrid		Cataluña		CLMancha		Andalucía		Asturias		P.Vasco	
Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)
45 para físicos y 40 para Alzheimer y otras demencias	45 plazas	30 plazas	50 plazas	15	35-40	10	45	29	18	30	-

Entrevistas a Expertos					
Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Entre las 25 y 85 plazas	32 plazas	20 plazas	30 ó 40 plazas	30	30



### Pregunta 7:

**En los Centros de Día urbanos, ¿se atienden personas con cualquier problema de dependencia, tanto física como psíquica, o tiene un carácter específico o monográfico (para personas con enfermedad de Alzheimer, por ej.?)**

Entrevistas en Centros de Día						
	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Se atiende a personas con dependencia física como cognitiva. En la práctica predominan las personas con dependencia cognitiva	X	X	X	X	X	
Hay dos tipos de Centros: asistidos para personas mayores con problemas de dependencia física y psicogeríátricos para personas mayores con demencia						X

Entrevistas a Expertos						
	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
El 90 % de las plazas las ocupan usuarios con dependencia fundamentalmente psíquica (área cognitivo-conductual predominantemente)	X					
Todo tipo de dependencia si bien las demencias son la mayoría de las dependencias, más del 80%		X				
Habitualmente son SED que atienden variados grados de dependencia física y/o psíquica			X	X		
El recurso está concebido para el conjunto de dependencias pero se atiende preferentemente a personas con deterioro cognitivo moderado-severo					X	
Hay dos tipos de Centros: asistidos para personas mayores con problemas de dependencia física y psicogeríátricos para personas mayores con demencia						X

**Pregunta 8:**

**En caso de atender a personas con diversos tipos de dependencia, ¿existen estancias separadas o las comparten?**

Entrevistas en Centros de Día						
	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Existen estancias separadas	X		X			X
Unas son separadas y otras las comparten, depende del tipo de actividades y de la gravedad de la dependencia		X				
El Centro Público tiene una única unidad y el privado cuenta con dos módulos (uno para personas con deterioro cognitivo y otro para personas sin deterioro cognitivo)				X		
Estancias separadas en el Centro Público y compartidas en el privado					X	

Entrevistas a Expertos						
	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Existen estancias separadas aunque pueden confluir usuarios con diferente grado de deterioro en una misma actividad	X	X				X
Hay espacios comunes que comparten todos los usuarios del Servicio de Estancia Diurna (SED)			X			
Se suele trabajar con grupos homogéneos aunque también actividades compartidas					X	



### Pregunta 9:

¿Son admitidas las personas con alto grado de dependencia en el Centro de Día?

Entrevistas en Centros de Día						
	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Si pero excepcionalmente	X					X
Si, aunque las familias discriminan a la hora de traerlos más que el propio centro	X	X	X			
Sí, son admitidas					X	
Cuando hay una población con un deterioro cognitivo muy grave que requiera cuidados hospitalarios, no lo abarca el centro. Descartamos cuando ni hablan, ni comen, ni andan y no hay ninguna manera de podernos comunicar con ellos				X		

Entrevistas a Expertos						
	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Ocurre que los usuarios cuando se deterioran permanecen y persisten en Centros de Día; pese a que no se pueden practicar todos los cuidados que serían precisos. Cuando el usuario desborda las posibilidades asistenciales del Centro de Día debería saltar al siguiente eslabón: la Residencia	X					
No suelen ser usuarios las personas con elevado nivel de dependencia			X	X		
No si no pueden utilizar un transporte accesible o necesitan asistencia sanitaria intensiva						
Si, aunque en general los que no han acudido antes a un CD y llegan al mismo en una elevada situación de dependencia suelen ser derivados a una residencia de asistidos		X				

**Pregunta 10:**  
**¿Durante qué horario funciona el Centro de Día?**

Entrevistas en Centros de Día											
Madrid		Cataluña		CLMancha		Andalucía		Asturias		P.Vasco	
Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)
De lunes a viernes de 8:15 a 18:00h	De 8:00 a 18:00h	De lunes a viernes de 9:00 a 19:00h	De lunes a domingo todo el día y diariamente	10:00 a 18:00h	Todo el día, muy flexible	De 9:00 a 17:00h, de lunes a jueves. De 9:00 a 16:00 h los viernes	De 8:00 a 19:00h	De 10:00 a 17:00h	De 9:00 a 20:00h. Pero el transporte empieza de 8 a 9	De 9:00 a 19:00h	-

Entrevistas a Expertos					
Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Un horario estándar que oscila entre las 8:00-8:30 y las 20:00-20:30h	Depende de los centros. La tendencia general es hacia la flexibilidad de horarios de modo que el CD se adapte a las necesidades de los usuarios y de sus familias cuidadoras	Los habitual es de 9:00 hasta media tarde, 5:00 ó 6:00h de la tarde. Ahora bien hay otros que: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tienen horario de tarde y están hasta las 20:00-21:00h</li> <li>Otros aún recibiendo a los usuarios a las 9:00 de la mañana los tienen hasta las 21:00h cuando las hijas regresan muy tarde del trabajo o coinciden con períodos de recolección en el campo (aceituna, ajos, etc)</li> </ul>	Entre las 9:00 hasta las 21:00 ó 22:00h	De 10:00 a 17:00h de lunes a viernes	De 9:00 a 19:00h



## Pregunta 11:

### ¿Funciona también los fines de semana?; ¿y por las noches?

Entrevistas en Centros de Día			
		Funciona también los fines de semana	Por las noches
Madrid	Público	Sí	No
	Privado	No	No
Cataluña	Público	No	No
	Privado	Sí	Sí (en el caso de la noche o fines de semana está supeditado a la disponibilidad de habitaciones, caso de las vacaciones de verano)
CL Mancha	Público		Sí. El Centro de Día de AFA, oferta 10 plazas de Estancias Temporales, normalmente de noche y por un período no superior a 15 días
	Privado	Sí	Sí
Andalucía	Público	No	No
	Privado	No	No
Asturias	Público	No	No
	Privado	Sí, los fines de semana abrimos de 11:00 de la mañana a 20:00 de la tarde	No
País Vasco	Público	Sí existe un Programa de Fines de Semana en el/los centros de día psicogeríatricos en concierto con la Asociación AFADES para familiares con problemas de Alzheimer	

Entrevistas a Expertos		
	Funciona también los fines de semana	Por las noches
Experto Madrid	<p>No conozco Centros de Día que funcionen por la Noche. No sé si compensaría su creación para descarga y/o atención de aquellos usuarios cuyos familiares trabajan de noche. Tampoco sabría determinar su necesidad o bien si estos casos puntuales podrían ser cubiertos de forma más eficaz por Servicios a Domicilio o bien por algunas plazas dentro de algunas Residencias.</p> <p>Durante el fin de semana la mayoría no funcionan. Han existido experiencias con algunos colectivos específicos como AFAL (Asociación Familiares Enfermos de Alzheimer) que no han llegado a consolidarse ni han perdurado en el tiempo. No obstante estimo que esto sí que puede constituir una necesidad y que se debería implantar de forma continuada algún centro pese a algunos problemas de difícil resolución: si sólo se asiste a un Centro los fines de semana -2 de cada 7 días- la adaptación e integración es difícil que se consiga.</p>	
Experto Cataluña	Sí, existen CD que admiten personas sólo durante los fines de semana	Sólo por las noches depende del tipo de centro y de los recursos disponibles
Experto CL Mancha	Hay algunos SED de fines de semana pero no funcionan como SED sino como un servicio privado que hacen algunas asociaciones	
Experto Andalucía	A veces	No
Experto Asturias	No	No
Experto País Vasco	Sí existe un Programa de Fines de Semana en el/los centros de día psicogeríatricos en concierto con la Asociación AFADES para familiares con problemas de Alzheimer	

**Pregunta 12:**

**Describe, por favor, con brevedad las diferentes modalidades asistenciales que predominan (Atención diaria, días alternos, jornada completa, media jornada, horas sueltas....)**

Entrevistas en Centros de Día												
	Madrid		Cataluña		CLMancha		Andalucía		Asturias		P.Vasco	
	Público (PB)	Privado (PV)	(PB)	(PV)	(PB)	(PV)	(PB)	(PV)	(PB)	(PV)	(PB)	(PV)
Atención diaria	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
Días alternos	X			X	X	X			X			
Jornada completa	X	X	X	X		X			X	X	X	
Media jornada				X		X				X		
Horas sueltas				X	X	X			X			

Entrevistas a Expertos					
Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
En el 95% la Atención y Asistencia suele ser diaria y a jornada completa. Tan sólo un 5% aproximadamente adopta otras formas como jornadas alternas (2-3 días / semana) o bien media jornada (mañana, tarde u horas sueltas).	Existe una clara tendencia a diversificar las modalidades de atención para adecuarlas a las necesidades de las personas dependientes. El sistema tiende a ser "modular" o a la carta. El sistema ahora puede ser por semanas, días, medios días, horas, un módulo X, el fin de semana, etc. Ahora bien no todos los CD en Cataluña se han incorporado a un sistema tan flexible, es la "tendencia general".	Predomina la atención de 9:00-10:00 a 17:00-18:00. Algunas empresas (CD Albacete) o asociaciones ofertan horarios flexibles. Existe una tendencia en el mundo urbano a la oferta flexible y modular	Atención diaria	Todas las modalidades menos horas sueltas	Atención diaria y jornada completa



### Pregunta 13:

¿Qué profesionales forman parte del equipo multiprofesional para las intervenciones, tanto del ámbito psicosocial como sanitario? ¿Cuál es la duración de su Jornada laboral que se dedica al Centro de Día?

Entrevistas en Centros de Día			
		Profesionales a jornada completa	Profesionales a jornada parcial
Madrid	Público	1 coordinadora-trabajadora social, 1 terapeuta, 1 fisioterapeuta, 1 diplomado en enfermería, 9 gerocultoras	1 psicóloga, 4 conductores, 6 auxiliares de ruta
	Privado	1 directora trabajadora social, 1 médico geriatra, 1 fisioterapeuta, 2 terapeutas ocupacionales, 5 auxiliares, 4 conductores, 1 ayudante de conductor	1 enfermera
Cataluña	Público	No hay plantilla exclusiva para el CD sino compartida con la residencia Dedicados de manera mas directa al CD: 3 gerocultoras y parte del tiempo de enfermera, trabajadora social y psicólogo	
	Privado	La plantilla se comparte con la residencia: terapeuta, fisioterapeuta, educadora social, psicóloga, trabajadora social, enfermera y auxiliares de geriatría.	
CL Mancha	Privado	1 director médico, 1 fisioterapeuta, 1 logopeda fisioterapeuta, 1 neuropsicóloga, 1 enfermera	1 geriatra; 1 neurólogo; 1 podólogo 1 animador social (parcial)
	Público	Director Centro, 1 T. social, 1 T. ocupacional, 1 fisioterapeuta, 1 médico, 1 geriatra y a veces	Psicóloga
Andalucía	Público	1 terapeuta ocupacional	1 fisioterapeuta, 1 psicólogo y 1 trabajador social,
	Privado	1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional; 1 fisioterapeuta; 1 psicólogo;	1 ATS, 2 auxiliar de geriatría
Asturias	Público	6 auxiliares de enfermería, 1 director y 1 trabajador social (comparten su tiempo de atención entre el Centro de Día y el Centro Social de la zona)	Psicólogo y terapeuta
	Privado	1 médico de familia, 1 terapeuta ocupacional y 2 auxiliares de geriatría. Luego tengo gente en prácticas, pero eso coincidió ahora. La jornada laboral es diversa. Y la persona de los fines de semana aparte. En total hay cuatro profesionales más la persona que va los fines de semana	
País Vasco	Público	1 ATS, 7 auxiliares-gerocultores en el centro psicogeriátricos y 5 en asistidos (físicos), 1 trabajador social	1 médico geriatra, 1 psiquiatra, 1 rehabilitador, 1 fisioterapeuta, psicólogos Además: colaboradores, estudiantes, voluntarios y familiares de usuarios

Entrevistas a Expertos	
<b>Experto Madrid</b>	<p><i>Plantilla Hipotética-Ideal para Centro de 60-70 usuarios: (Opinión Personal)</i>                      Trabajadora Social (Coordinadora del Centro y Equipo Multiprofesional): 7-8 horas diarias.                      Terapeuta Ocupacional: 8 horas diarias                      Terapeuta ocupacional: 4 horas diarias                      Fisioterapeuta: 6-8 horas diarias                      Animador Sociocultural: 4 horas diarias                      Psicólogo: 4-6 horas diarias                      Médico: 6 horas diarias                      DUE: 8 horas diarias</p>
<b>Experto Cataluña</b>	Existe una normativa clara sobre la estructura profesional de los Centros de Día
<b>Experto CL Mancha</b>	<p>Tres modalidades de profesionales:                      tiene que tener 1 director, 1 terapeuta ocupacional por cada 20 usuarios o fracción (se puede sustituir por fisioterapeuta), 1 auxiliar por cada 10 usuarios o fracción (no demencia) y 1 auxiliar por cada 8 usuarios o fracción (caso de demencias).</p>
	<p><i>Residencia con SED:</i>                      1 director de residencia, 1 TO /25 usuarios o fracción (puede ser fisioterapeuta), 1 auxiliar/12 usuarios o fracción (no demencias), 1 auxiliar/10 usuarios o fracción (demencias).</p>
	<p><i>SED en sentido estricto:</i>                      1 director acreditado, al menos titulado universitario de grado medio o experiencia de 3 años en tareas de gestión y dirección de centros. 1 terapeuta ocupacional, parte de la jornada puede ser desempeñada por un fisioterapeuta, 2 auxiliares de enfermería/gerocultores.</p>
Estos son los mínimos. Si el SED se presta en una Residencia se suele contar también con los servicios sociales y sanitarios de la misma; también con la animación socio-cultural y los programas lúdicos.	
<b>Experto Andalucía</b>	En los centros de día hay de todo, médica, psicológica, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales
<b>Experto Asturias</b>	<p>A jornada completa:                      2 Auxiliares de enfermería, Director, Trabajador social, médico y enfermeras</p> <p>A jornada parcial:                      Psicólogo, Terapeuta ocupacional</p>

### Pregunta 14:

¿Cuántos cuidadores/as profesionales hay por cada 15 personas atendidas?

Entrevistas en Centros de Día											
Madrid		Cataluña		CLMancha		Andalucía		Asturias		P.Vasco	
Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)
1,6 para los de deterioro físico y 1,9 para los cognitivos		2,5 aprox.		2	2	1,5	1,5	4,5	3,3	3	-



### Entrevistas a Expertos

Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
<p>Según el supuesto que se contemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliares de Enfermería: 1 por cada 10-12 usuarios y turno (sólo dedicados a la atención directa del usuario. Existen además auxiliares domésticos para limpieza, etc.)</li> <li>• Auxiliares-Gerocultores: 1 por cada 7-8 usuarios y turno (Téngase en cuenta que además del trabajo de atención directa, se ocupan de limpieza, plancha, lencería, etc)</li> </ul>		<p>El ratio varía si se trata de SED con demencias o no y diferentes si se trata de CD con SED, Residencias con SED o SED en sentido estricto. En todos los caso para 15 personas atendidas debería haber un mínimo de 2 cuidadores profesionales</p>		<p>2 auxiliares de enfermería 1 psicólogo 1 terapeuta ocupacional (1/2 jorn) (además el director y 1 trabajador social</p>	

### Pregunta 15:

Entre los servicios del Centro de Día, señale, por favor los que suelen incluirse

### Centros de Día y Expertos entrevistados\*

Servicio	Siempre	A veces	Nunca
<b>Transporte accesible</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD10, CD11; EXP1, EXP2, EXP3, EXP4, EXP5		
<b>Manutención</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD10, CD11, EXP1, EXP2, EXP3, EXP4, EXP5		
<b>Peluquería</b>	CD2, CD3, CD4, CD5, CD10, CD11 EXP2, EXP3, EXP4	CD7, EXP1, EXP5	CD1, CD6, CD8, CD9
<b>Podología</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD8, CD9, CD10, CD11, EXP2, EXP3, EXP4	CD7, EXP1, EXP5	CD6
<b>Cafetería</b>	CD3, CD8, CD9, CD11, EXP2, EXP3, EXP4, EXP5	CD 7, CD10, EXP1	CD1, CD2, CD4, CD5, CD6
<b>Atención social</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD10, CD11 EXP1, EXP2, EXP3, EXP4, EXP5		
<b>Atención Psicológica</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD10, CD11, EXP1, EXP2, EXP3, EXP4, EXP5		
<b>Terapia Ocupacional</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD10, CD11, EXP1, EXP2, EXP3, EXP4, EXP5		
<b>Atención de enfermería</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD10, CD11, EXP1, EXP2, EXP3, EXP4, EXP5		
<b>Bano geriátrico</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD10, CD11, EXP2, EXP3, EXP4,	EXP1, EXP5	
<b>Gimnasio</b>	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD10, CD11, EXP1, EXP2, EXP3, EXP4, EXP5		

* Leyenda					
CD PÚBLICO MADRID	CD1	CD PRIVADO MADRID	CD2	CD PÚBLICO CATALUÑA	CD3
CD PRIVADO CATALUÑA	CD4	CD ALBACETE	CD5	CD VALDEPEÑAS	CD6
CD PÚBLICO GRANADA	CD7	CD PRIVADO GRANADA	CD8	CD PÚBLICO OVIEDO	CD9
CD PRIVADO OVIEDO	CD10	CD PÚBLICOS VITORIA	CD11	EXPERTO MADRID	EXP1
EXPERTO CATALUÑA	EXP2	EXPERTO CLMANCHA	EXP3	EXPERTO ANDALUCÍA	EXP4
EXPERTO ASTURIAS	EXP5				

### Pregunta 16:

En cuanto a los programas de intervención, señale los que están incluidos

Centros de Día y Expertos entrevistados que afirmaron sponer de los respectivos programas*	
<b>Terapias Funcionales</b>	
Rehabilitación funcional	CD1,CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7 ,CD8, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3, EXP5
Entrenamiento de las Actividades de la Vida Diaria	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Psicomotricidad	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Gerontogimnasia	CD1, CD2, CD4, CD5, CD6, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Otros (indicar):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Trastornos Motores (CD5)</li> <li>• EXP1 Reforzar las habilidades y valores residuales. Adaptar el entorno a fin de minimizar la incapacidad. Detección de déficits sensoriales. Favorecer la interacción</li> </ul>	CD5 EXP1
<b>Terapias Cognitivas</b>	
Orientación a la realidad	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CDE7, CD8, CD9, CD11 CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Psicoestimulación	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Rehabilitación cognitiva	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD11 CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Otros (indicar):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• CD1: Método Stengel</li> <li>• Unidad de Memoria Y Alzheimer (CD5)</li> <li>• EXP1 Psicoterapia y Ventilación Emocional Familiar. Terapia del Lenguaje</li> </ul>	CD1 CD5 EXP1
<b>Terapias Psicoafectivas</b>	
Grupos terapéuticos	CD1,CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD8, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Terapias de reminiscencia	CD1, CD2, CD4, CD5, CD6, CD7, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Otros (indicar):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• EXP1 Depresión, ansiedad, trastornos de conducta</li> </ul>	EXP1



**Centros de Día y Expertos entrevistados que afirmaron siponer de los respectivos programas\* (Cont.)**

<b>Terapias Socializadoras</b>	
Ergoterapia	CD1,CD2, CD3, CD4, CD5, CD8, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3, EXP5
Musicoterapia	CD1,CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Ludoterapia	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD9, CD11, CD10, EXP1, EXP2, EXP3, EXP5
Grupos de habilidades sociales y de comunicación	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD11 CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Conversación, tertulias	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD8, CD9, CD11 CD10, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Otros (indicar): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela de Familia (CD5)</li> <li>• Talleres de asertividad (CD8)</li> <li>• EXP1 Excursiones</li> </ul>	CD5 CD8 EXP1
<b>Programas Sanitarios</b>	
Atención de enfermería (curas, inyectables)	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD8, CD11, EXP1, EXP2, EXP5
Atención médica	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD11, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Alimentación y nutrición	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD7, CD8, CD9, CD11, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Aseo e higiene	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD6, CD9, CD11, EXP1, EXP3 EXP5
Control de esfínteres	CD1, CD2 CD3 CD4 CD5 CD6,CD7, CD8, CD9, CD11, EXP1, EXP2, EXP3, EXP5
Prevención de caídas	CD1, CD2, CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD9, CD11, EXP1, EXP2, EXP3 EXP5
Otros (indicar): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión del dolor (CD4)</li> <li>• EXP1 hipertensión arterial, diabetes, apoyo familiar</li> </ul>	CD4 EXP1
Otros programas de intervención (citar): <ul style="list-style-type: none"> <li>• CD3: talleres de tipo lúdico, cestería;</li> <li>• (CD8): formación de cuidadores</li> <li>• (CD9): formación continua de profesionales. Programa de colaboradores. Programa ambiental. Programas de apoyo a las familias</li> <li>• EXP5: formación continua de profesionales, programas de apoyo a las familias</li> </ul>	CD3 CD8 CD9  EXP5

**Pregunta 17:**

**¿Existen en el Centro de Día programas de intervención con familias?**

**Señale cuales**

Entrevistas en Centros de Día												
	Madrid		Cataluña		CLMancha		Andalucía		Asturias		P.Vasco	
	Público (PB)	Privado (PV)	(PB)	(PV)	(PB)	(PV)	(PB)	(PV)	(PB)	(PV)	(PB)	(PV)
Información/ Formación	X (sólo con los cognitivos y no con los físicos)	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
Asesoramiento	X (idem)	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
Grupos psicoeducativos	X (idem)					X	X	X	X		X	
Grupos Auto-ayuda	X (idem)	X		X		X	X	X			X	
Otros				X		Escuela de familia					Apoyo psicológico familiar	

Entrevistas a Expertos						
	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Información/Formación	X	X	X	X	X	X
Asesoramiento	X	X	X	X	X	X
Grupos psicoeducativos	X	X		X	X	X
Grupos auto-ayuda	X	X		X	X	X
Otros						



### Pregunta 18:

¿Existen, además de programas de intervención, actividades de ocio? ¿De qué tipo?

Entrevistas en Centros de Día			
		¿Existen actividades de ocio?	Tipo de actividad de ocio
Madrid	Público	Sí	Actividades programadas semanalmente como bailes, parchís, cine. Actividades especiales en fechas festivas como Navidad, carnavales... Dos excursiones al año y participación en actividades de Centros Municipales de Mayores
	Privado	Sí	Se organizan actividades de visitas y breves excursiones que mantengan la relación con el entorno de las personas mayores dependientes físicas bajo el programa "Salidas culturales/ recreativas y de convivencia con usuarios con discapacidad física"
Cataluña	Público	Sí. Nuestro objetivo general no es de mejora de la persona dependiente sino de "mantenimiento" en el máximo posible de la situación de personas cuya tendencia es de declive	
	Privado	Sí	
CL Mancha	Público		
	Privado	Sí	Los de jornada completa tienen programas de ocio. Los que vienen por la tarde tienen animación sociocultural
Andalucía	Público	Sí	Al menos 3 actividades conjuntas con usuarios y familias: en Navidad, cuando damos las vacaciones de verano y aprovechando los carnavales y los días de la Cruz (fiesta local en Granada)
	Privado	Sí	Junto con un centro de mayores (Centro de día S. Ildefonso) en carnaval, Semana Santa, el Corpus y el día de la Cruz hay teatro, vienen coros, actuaciones
Asturias	Público	Sí	Las únicas actividades que existen son "salidas al exterior"
	Privado	Sí	Jugar al parchís, a las cartas, cosas fáciles, el bingo.
País Vasco	Público	Sí	Excursiones, Salidas semanales

Entrevistas a Expertos		
	¿Existen actividades de ocio?	Tipo actividad de ocio
Madrid	Sí	Juegos, Cine, Excursiones, Visita a Museos, etc.
Cataluña	Sí	En general, todos los CD llevan incorporadas actividades de ocio adaptadas tanto al calendario de fiestas, como a las necesidades culturales de las personas dependientes de los centros. Las excursiones también forman parte de las actividades de los CD si bien no todas las personas pueden asistir (demencias avanzadas, por ejemplo)
CL Mancha	Sí	Sí, en el caso de los CD y Residencias los usuarios del SED participan en los programas de los CD y Residencias. Desde hace 2-3 años funciona un programa de vacaciones para enfermos de Alzheimer y sus cuidadores. A él acuden básicamente usuarios de los SED
Andalucía	-	-
Asturias	Sí	Excursiones, días monográficos festivos, días de la familia, participación en actividades de Centros Municipales de Mayores
País Vasco	Sí	Excursiones, Salidas semanales

**Pregunta 19:**  
**¿Cuál es el coste del Centro de Día por plaza?**

Entrevistas en Centros de Día											
Madrid		Cataluña		CLMancha		Andalucía		Asturias		P.Vasco	
Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)	Público (PB)	Privado (PV)
481,34€	550€ mes sin transporte y 728€ con transporte	21€/día	8 horas con todo (comida, transporte etc) 90.000ptas 540€			No lo gestionamos directamente a las familias les giran los recibos	24,53€ paga la Junta de Andalucía	409,97€	41,9€ incluido transporte (6.971 ptas)		

Entrevistas a Expertos					
Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
800-900 €/mes más transporte	La tarifa es actualmente de 21 €. El coste al mes suele estar entre 500-600€	Centros propios: 1. Centros propios gestionados por empresas: lo contratado. 2. Centros propios gestionados por ONGs: 20-25 €/día 3. Centros propios gestionados por Ayuntamientos: 20,58€/día 4. Centros Municipales: 20,58 €/día 5. Residencias privadas mediante contratos 21,64€/día. MEDIA: 25 €/día X 250 días año. Total coste mes 525€ ó 6.250€ año. A ello se añade un 10% en concepto de transporte	La Junta de Andalucía está concertando unos 30€ por día y plaza. 25€ vale la estancia diurna con transporte El Centro de Día, yo creo que unos 18€	978€ mes	



## Pregunta 20:

**¿Cuánto pagan las personas mayores? ¿Se diferencian en la cuota que pagan los mayores los servicios de transporte y de manutención?**

Entrevistas en Centros de Día			
		¿Cuánto pagan las personas mayores?	¿Se diferencian en la cuota los servicios de transporte y de manutención?
<b>Madrid</b>	<b>Público</b>	Aportan un % según su renta per capita, de los días de asistencia, de que sea físico o Alzheimer o de que quiera transporte	Sí
	<b>Privado</b>	Hay dos tipos de usuarios: los de tipo privado (34%) que pagan la totalidad del coste; el resto (66%) son plazas subvencionadas por las Juntas Municipales	
<b>Cataluña</b>	<b>Público</b>	Variable, pagan un porcentaje. En la residencia pagan el 80%, en el CD una parte según señale el trabajador social	
	<b>Privado</b>	En el caso de las plazas públicas es un porcentaje que depende de la pensión y lo marca la Generalitat	
<b>CL Mancha</b>	<b>Público</b>	25% de sus ingresos mensuales del usuario	
	<b>Privado</b>	Entre 300 y 600€ en función de grado de dependencia y número de horas que permanece el usuario en el centro	
<b>Andalucía</b>	<b>Público</b>		Si no necesitan transporte, baja el coste
	<b>Privado</b>	El usuario paga el 40% de sus ingresos mensuales, el resto lo paga la Junta, y si es privado vale lo mismo pero lo paga todo el usuario	La cuota se diferencia solo en los privados. Manutención no, solo transporte
<b>Asturias</b>	<b>Público</b>	La cuota a pagar está sujeta a un baremo que establece el porcentaje que debe aportar cada usuario, dependiendo de los ingresos alcanzados por él/ella más los de su pareja de convivencia)	No se diferencian los servicios de transporte y manutención
	<b>Privado</b>	Día completo con transporte y comida: 535 €/mes. Fines de semana: 220 €/mes. Medio día con comida: 375 €/mes	No
<b>País Vasco</b>	<b>Público</b>	Tarifa máxima es de 341,7 €/mes (56.854 pesetas). Hay bonificaciones según ingresos. En la "Atención Diurna en Residencias" la aportación máxima es de 195,25 €/mes (32.487 pesetas)	

Entrevistas a Expertos		
	¿Cuánto pagan las personas mayores?	¿Se diferencian en la cuota los servicios de transporte y de manutención?
<b>Madrid</b>	Si el usuario es privado paga todo el importe. Si es una plaza concertada con la administración, se le retiene un porcentaje del coste y el resto lo abona la administración según el concurso	
<b>Cataluña</b>	La aportación es variable y depende de la pensión y en ningún caso se relaciona con el coste real excepto en los CD privados que pueden cobrar la totalidad del coste	
<b>CL Mancha</b>	Depende de los ingresos. Los SED públicos suelen ser gratuitos ya que la mayoría son personas con pensiones bajas. Además, para ingresar en un SED hay que pasar un baremo que valora diferentes rasgos del solicitante cuyo peso relativo es el siguiente: i. Situación socio-familiar 35% ii. grado de dependencia 25% iii. Vivienda 13% iv. Ingreso económicos 13% v. Edad 5% vi. Otros 9%	
<b>Andalucía</b>	En los servicios privados de estancias diurnas sí pagan según los servicios, en los públicos obviamente no. En las pocas plazas públicas que hay, los servicios son gratuitos, las personas solo pagan una parte, pero de manera más testimonial que otra cosa	
<b>Asturias</b>	Existe copago en función de la renta de cada usuario según normativa vigente	No
<b>País Vasco</b>	Tarifa máxima es de 341,7 €/mes (56.854 pesetas). Hay bonificaciones según ingresos En la "Atención Diurna en Residencias" la aportación máxima es de 195,25 €/mes (32.487 pesetas)	

### Pregunta 21:

#### ¿Qué sistemas de evaluación de la calidad aplican en los Centros de Día?

Entrevistas en Centros de Día		
<b>Madrid</b>	<b>Público</b>	Encuesta de evaluación de la satisfacción del cliente Encuesta de satisfacción para los usuarios del CD Indicadores de calidad asistencial para el CD
	<b>Privado</b>	Se aplica un Sistema de Evaluación de la Calidad ISO 9000:2000 bajo la filosofía de Calidad Total
<b>Cataluña</b>	<b>Público</b>	Seguimos el sistema de la Generalitat Avaluació externa de qualitat dels Centres de LIICASS. Pero también depende del tipo de contrato firmado con el Ajuntament. Este centro sigue para su evaluación "interna" un sistema informal-semi formal diario de detección de problemas por parte de las gerocultoras
	<b>Privado</b>	ISO. "Mejora Continua" y "Calidad Total". Tienen Memoria pero están haciendo la del 2004 y no está disponible
<b>CL Mancha</b>	<b>Público</b>	Ninguno
	<b>Privado</b>	ISO 9001 y UNE 158001. Están en fase de implantación en la actualidad y de protocolización
<b>Andalucía</b>	<b>Público</b>	El que utiliza la Junta de Andalucía para todos sus centros
	<b>Privado</b>	Se pasa un cuestionario a las familias
<b>Asturias</b>	<b>Público</b>	Los sistemas y criterios de evaluación de la Consejería
	<b>Privado</b>	Por protocolo ninguno. El día a día. No pasamos cuestionarios a los pacientes ni a las familias. Hacemos evaluaciones individuales del paciente y de la familia, registramos todo lo que hablamos con la familia, pero es individual, personal
<b>País Vasco</b>	<b>Público</b>	Gestión Calidad Interna (GCI) y Grupos de Calidad (usuarios, familias, trabajadores)



### Entrevistas a Expertos

<b>Madrid</b>	Depende de la empresa u organización. Normalmente los más implantados son el sistema de calidad de AENOR o el Modelo EFQM
<b>Cataluña</b>	Existen muy variados sistemas de evaluación tanto internos (las ISOS) como externos (de la Generalitat, Ajuntament). Ver en este último caso documento adjunto
<b>CL Mancha</b>	De dos tipos: el externo de la Junta de Comunidades para Públicos y Concertados y el interno típico de la oferta privada: ISO
<b>Andalucía</b>	No conozco que se lleven sistemas de evaluación de calidad. Hay inspecciones periódicas de la Junta de Andalucía, se someten al decreto de la Junta. Hay inspecciones también de Sanidad
<b>Asturias</b>	Existe un protocolo de evaluación anual sobre la cobertura, el proceso, la satisfacción de los usuarios, de las familias y los profesionales. También hay evaluaciones internas donde los profesionales se autoevalúan
<b>País Vasco</b>	Gestión Calidad Interna (GCI) y Grupos de Calidad (usuarios, familias, trabajadores)

### Pregunta 22:

**¿Cuáles son las diferencias fundamentales entre los Centros de Día de ámbito urbano y los que funcionan en el medio rural?**

### Entrevistas en Centros de Día

	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
No excesivas, más bien se trata de diferencias del tipo de usuarios		X				X
No creo que existan demasiadas excepto el tamaño de la población y la mayor posibilidad de cuidadores informales en el mundo rural		X				
Ninguna			X			
Las distancias son mayores y también el coste. Por lo demás, funcionan igual				X	X	

### Entrevistas a Expertos

	Madrid	Cataluña	CLMancha	Andalucía	Asturias	P.Vasco
Las distancias son mayores y también el coste	X					
Faltan a menudo espacios y zonas verdes dentro del centro urbano: patios, etc. en donde tomar el aire, sol, etc.	X					
La mayor posibilidad de cuidadores informales en el mundo rural		X				
Ninguna			X		X	





## CAPÍTULO 5

# EL DESARROLLO DE LOS CENTROS DE DÍA EN LA GRAN CIUDAD: MADRID



### 5.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y MARCO ORIENTATIVO DEL DESARROLLO DE LOS CENTROS DE DÍA

El desarrollo de los Centros de Día en Madrid capital se puede decir que arranca realmente en 1992 con la apertura del centro del Distrito de la Latina. Sin embargo, años antes se fueron estableciendo los fundamentos del modelo actual. Precisamente a principios de la década de los años 80 del siglo pasado se inician las primeras experiencias bajo la iniciativa de Sageco (vinculada a Cruz Roja) y la apertura en 1983 de un Centro de Día del Ayuntamiento en el distrito de Moratalaz. Son años durante los que se trata de comprender el sentido de nuevos servicios sociales comunitarios emergentes en un contexto de creciente envejecimiento y de cambios intensos en las formas de vida familiar y en el sistema de cuidados informales. En esta primera etapa (ver CUADRO 1) los rasgos que definen al modelo emergente de Centro de Día son los siguientes: orientación de carácter más sanitario que social, sin menoscabo de este último, la no diferenciación del tipo de usuarios en los centros y provisión mixta del nuevo recurso. En esta etapa de arranque la iniciativa del desarrollo de este tipo de

recurso correspondía casi en su totalidad a una minoría de profesionales de los servicios sociales y sanitarios que seguían con atención los cambios en la estructura social madrileña y las tendencias en el sistema de servicios sociales de los países de la UE.

La segunda etapa discurre aproximadamente desde 1992, con la apertura del Centro de Día de la Latina, hasta el año 2002. Es un período de crecimiento del recurso (con un cierto estancamiento en torno al año 2000), basado en una orientación de los centros de carácter sociosanitario, con una tipología de usuarios mixta, basada en una cierta especialización entre los centros públicos (personas mayores dependientes físicos, aunque no en exclusiva) y centros privados (especializados en personas con Alzheimer y otras demencias).

Los dos primeros CD abiertos en la década de los 90 fueron los de Ciudad Lineal y Campamento. Posteriormente, cuando se abre el CD de Moratalaz, empezó a cristalizar lo que será el modelo actual de Centro de Día, es decir, un centro de tipo social, con auxiliares y con profesionales tales como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y enfermera, con un enfoque de atención integral y orientación multidisciplinar. Era este último un CD que dependía del sistema sanitario municipal pero fue una experiencia que se aproxima a lo que hoy entendemos como Centro de Día. Hay que tener en cuenta que sanidad y servicios sociales municipales formaban parte de la misma Concejalía por aquel entonces lo que si, por un lado, velaba la importancia de los servicios sociales, por otro, contribuía a destacar la necesidad de la atención integral.

Se trataba de experiencias pilotos. En Ciudad Lineal, por ejemplo, porque era un distrito reivindicativo a nivel profesional pero en general se trataba de una necesidad emergente en la primera mitad de la década de los 90 que se abrió camino con gran rapidez. El impulso profesional trataba de poner de manifiesto la necesidad emergente en un contexto de casi inexistencia de demanda social.

En efecto, por aquellos años de la década de los 90 la demanda ciudadana era muy baja, aunque la necesidad emergía con gran fuerza. De ahí que fueran los servicios sociales y, particularmente, sus profesionales, los que se anticiparan a los acontecimientos, es decir, la oferta construía y condicionaba la escasa demanda social. Hay que pensar que por entonces no había ni visibilidad social ni cultura de servicios sociales entre la población de Madrid. A la altura de 2005 empieza a haberla y el Centro de Día se identifica cada vez más como un recurso social. Por otra parte, sobre todo a finales de la década de los 90, la iniciativa privada empezaba a tener un papel relevante, como oferente del recurso pero también como gestor, dadas las limitaciones del sector público para dar respuesta adecuada a la demanda.

Finalmente, la tercera etapa se inicia en 2003. Es un período de consolidación del recurso y nuevamente de crecimiento después de un cierto estancamiento entre 2000 y 2003; se trata de un tipo de recurso de orientación claramente social, que tiende a la diferenciación de las personas mayores en dos grupos de intervención: los dependientes físicos y los que sufren demencias, con una cierta preocupación por el reforzamiento de los recursos que atienden a este último colectivo; el Centro de Día empieza a ser visible socialmente por las familias afectadas y la gestión de los centros públicos se pone en manos privadas bajo la financiación, inspección y control de calidad del Ayuntamiento.

De este modo, en la actualidad, se puede decir que Madrid capital tiene un nivel de cobertura, en términos comparativos, relativamente aceptable aunque precisa seguir creciendo los próximos años dada su insuficiencia. Existe un modelo general de intervención en los Centros de Día basado en un perfil definido de profesionales y protocolos de intervención y, finalmente, se han creado las condiciones para diseñar una estrategia clara de acción para los años venideros basada en la planificación o previsión de las necesidades a las que haremos referencia posteriormente.



Obviamente, el desarrollo de los Centros de Día en Madrid no es un proceso aislado sino que forma parte del debate y estrategia de acción del conjunto de los servicios sociales del municipio de Madrid ante los problemas acuciantes que estos se plantean en muy diferentes campos: envejecimiento, inmigración, exclusión social. En concreto, el debate sobre los Centros de Día forma parte del que existe sobre el papel de los servicios sociales ante la problemática de la dependencia y la necesidad de coordinación de la red de recursos comunitarios y residenciales. Baste pensar que el acceso a un Centro de Día requiere como puerta de entrada los centros de servicios sociales y que, en muchos casos, el acceso a una residencia pasa por la atención previa en un Centro de Día.

### Cuadro 1

#### Etapas del desarrollo del Centro de Día como recurso social

Período	Desarrollo	Orientación	Tipologías de usuarios	Gestión	Plazas públicas	Plazas privadas	% Plazas Alzheimer y cognitivos
1983-91	Despegue	Sanitaria	No diferenciación	Pública			
1992-02	Crecimiento	Sociosanitaria	Transición	Mixta	330 en 1992 825 en 2002	65 en 1992 455 en 2002	7% en 1992 29% en 2002
2003-05	Consolidación	Social	Diferenciación	Privada	1230-1305	455-764	24,6% en 2003 37,6% en 2005

**Fuente:** Elaboración propia en base a Grupo de Discusión y Ayuntamiento de Madrid

Ahora bien, la constatación del crecimiento de los Centros de Día, de su profesionalización, creciente ordenación y mayor visibilidad social, no puede ocultar algunos problemas que el Ayuntamiento de Madrid ha abordado recientemente de cara a la definición de una estrategia para los años venideros.

Tales problemas, como señala Martín Tejedor<sup>1</sup> (2005), son básicamente los siguientes: una desigual distribución de los centros y plazas en el territorio de la capital que provoca una injusta distribución de los recursos, también un desequilibrio en cuanto a la tipología de los centros de forma que los centros del Ayuntamiento están dirigidos sobre todo a las personas en situación de dependencia física mientras que los centros de titularidad privada lo están hacia los usuarios con demencias y Alzheimer, la carencia hasta ahora de un plan de desarrollo a medio y largo plazo de los Centros de Día, hoy en fase de diseño, y la ausencia de sistemas integrados de evaluación de la calidad.

Con 589.565 personas mayores, que representan el 18,61% de la población, y constituyen el 70% de los mayores de toda la Comunidad de Madrid, y una población dependiente viviendo en domicilio estimada entre un mínimo de 62.300 personas y un máximo de 73.700 (sin considerar, por tanto, los que viven en residencias de asistidos), Madrid afronta el reto de construir una red integrada y coordinada de servicios sociales en la que el Centro de Día es un recurso social intermedio de proximidad para favorecer la autonomía de la persona dependiente y apoyar a la familia cuidadora.

(1) Ayuntamiento de Madrid 2005

"Centros de Día y Dependencia: Modelos y perspectivas en las grandes ciudades"

## 5.2

### LOS CENTROS DE DÍA COMO RECURSO DEL PLAN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Si bien la fase de crecimiento de Centros de Día no ha finalizado, Madrid capital, como gran ciudad con una población crecientemente envejecida, se ve obligada a tener un plan o estrategia de desarrollo no solo de los Centros de Día sino del conjunto del sistema de servicios sociales del que es una pieza fundamental.

La necesidad de la planificación de un recurso social se plantea cuando se dan varias condiciones: un crecimiento importante de un recurso que requiere una mínima ordenación, cuando se generan desequilibrios en dicho crecimiento, cuando las necesidades se transforman progresivamente en demanda social, cuando los problemas a resolver a medio-largo plazo requieren recursos y esfuerzos continuados y coordinados a lo largo del tiempo y, finalmente, cuando un problema social se transforma en política social.

En el caso de Madrid capital es preciso destacar dos momentos de reflexión estratégica en las políticas de personas mayores que ayudan a comprender la inevitable transformación progresiva de una política municipal de servicios sociales en una estrategia a largo plazo de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

En primer lugar, el **“Programa de Atención a las Personas Mayores”**<sup>2</sup> de 2002. Este programa reconoce explícitamente que en las políticas de mayores hay que diferenciar dos rutas. La primera es la dirigida a las personas con un relativo buen nivel de salud y autonomía cuyas necesidades son las de mantenimiento en el hogar, prevención de riesgos y participación social. Son un colectivo numeroso que utilizan sobre todo el Centro Municipal de Mayores de tipo social o club donde satisfacen una serie de necesidades de relación y participación social. El segundo grupo de personas mayores, colectivo minoritario, es el de las que sufren algún tipo de fragilidad, sobre todo situaciones de dependencia, para realizar actividades de la vida cotidiana y que se relacionan con el hecho de un intenso “envejecimiento del envejecimiento” en el municipio de Madrid donde la tasa de envejecimiento casi llega al 20 % y la población mayor de 75 años es el 45% de la población mayor (271.000 personas) y las personas con 80 y más años son la cuarta parte de personas mayores (156.000 personas). Aunque la gran mayoría de las personas mayores, como hemos dicho, tiene un nivel de salud y autonomía aceptable, es lo cierto que entre el 10 y el 12% de la población mayor sufre distintos niveles de dependencia.

Estos dos rasgos sociodemográficos de la población mayor, sobre- envejecimiento y dependencia, han contribuido a reforzar los servicios sociales hacia las personas mayores de 80 años que viven solas y sufren limitaciones físicas y/o cognitivas. Ello no solo ha requerido la expansión de la ayuda a domicilio sino también el crecimiento de los Centros de Día como espacio de prevención y rehabilitación de personas en situación de dependencia.

En segundo lugar, como desarrollo de dicho Plan se aprueba el **“Plan de Inversiones y Equipamientos 2004-2007 en Centros de Día”**<sup>3</sup> que constituye la materialización del mencionado Programa de Atención. Dicho plan tiene el objetivo de triplicar el número de plazas de Centros de Día entre el año 2005 y el 2007 de forma que la oferta total pública pase de las 1.335 plazas en 2003, a 4005 en 2007.

Ahora bien, los criterios del Plan en términos de estrategia a largo plazo implican el logro de objetivos mucho más amplios. Desde el punto de vista de la oferta el Plan adopta, entre diferentes criterios de estimación, el criterio

<sup>2</sup> Ayuntamiento de Madrid (2002) “Programa de Atención a las Personas Mayores”. Madrid: Área de Servicios Sociales.

<sup>3</sup> Ayuntamiento de Madrid (2005) “Plan de Inversiones y Equipamientos 2004-2007 en Centros de Día”. Madrid.



de la SEGG según el cual debería haber 1 plaza de Centros de Día por cada 100 personas de 65 a 80 años y 2 plazas por cada 100 personas mayores de 80 años. Según este criterio aplicado a la población mayor de Madrid, no a la población mayor en situación de dependencia, serían necesarias 7.588 plazas (4.462 y 3.126 para cada uno de los grandes grupos de edad mencionados respectivamente). Este es el criterio de referencia adoptado para la ampliación de la oferta total de plazas lo que exigiría un crecimiento total de 6.253 plazas tomando como punto de partida las 1.335 existentes en 2003.

Con ser importante el crecimiento de la oferta de plazas lo es más la forma concreta en que tiene lugar dicho crecimiento, es decir, el desarrollo de los Centros de Día bajo criterios de equilibrio territorial, maximización de los recursos, adecuación a las necesidades y articulación de todo el conjunto de la oferta, pública y privada.

El primer criterio, el equilibrio territorial ha sido destacado antes y enfatizado por el propio plan ya que las diferencias de oferta de plazas entre distritos son muy acusadas y reflejan un crecimiento histórico en función de variables que en muchas ocasiones no se correlacionan con el impacto del envejecimiento y de su estructura social sino con otro tipo de variables (disponibilidad de suelo, presión de los profesionales, etc).

El segundo criterio, maximización de los recursos, implica flexibilidad a la hora de organizar el recurso. Un Centro de Día puede ser un centro en si mismo pero también puede formar parte de un complejo de servicios sociales en la que esté integrado (centro social, residencia, etc). En todo caso un Centro de Día no puede estar alejado de la red de servicios sociales municipales y sanitarios. Es por ello que este Plan adopta un criterio flexible con el objetivo de disponer de una red no solo suficiente sino integrada en el conjunto del sistema de servicios sociales y sanitarios.

El tercer criterio, la adecuación a las necesidades, implica el aumento de la oferta pública de las plazas dirigidas a la atención de las personas con demencias tipo Alzheimer cuyo colectivo está creciendo de manera sostenida en Madrid capital. Al mismo tiempo, la necesidad de diferenciar espacios y/o centros de tipo físico y cognitivo cuando ello sea necesario, sobre todo en la fase avanzada de dependencia cognitiva que requiere una atención especializada y diferenciada de aquellas personas que sufren deterioros de tipo físico.

Finalmente, el modelo de Centros de Día municipales de Madrid es de financiación y regulación pública y gestión privada, además de recurrir al concierto de plazas privadas para satisfacer las necesidades. Este modelo, desequilibrado hasta el 2003, se está equilibrando gracias al plan de Inversiones y Equipamientos 2004/2007 de manera que se hace más esfuerzo en crear plazas destinadas a favorecer la atención de personas con EA que en las plazas para personas con deterioro físico. A finales de 2007 se espera disponer de 2/3 de las plazas para EA y 1/3 para físicos. Es un modelo además que, dadas las necesidades sociales crecientes en el ámbito de la dependencia, precisa de una mayor regulación en cuanto a la calidad asistencial y a la protección de los derechos de las personas atendidas. En este campo la gestión privada tiene que estar claramente subordinada a los derechos sociales de los ciudadanos cuya satisfacción es el objetivo de la política social. Tal como señala dicho Plan de Inversiones la situación previa a 2003, se asentaba en un sistema de disposición de plazas en los Centros de Día privados frágil e inestable, pues generaba incertidumbre tanto en el oferente (privado) como el demandante (Ayuntamiento de Madrid). Dado que en la práctica el sector privado es un brazo o instrumento del sector público la necesidad de una regulación de los fines, medios y resultados es una exigencia incuestionable.

### 5.3

## PERFIL DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DÍA EN MADRID. VALORACIÓN Y RATIOS DE ATENCIÓN

En el análisis del perfil de los usuarios de los Centros de Día en una gran ciudad como Madrid es preciso diferenciar entre la información actual o consideración de los perfiles en si mismos y los problemas que la atención de las personas dependientes plantea ya en la actualidad y en el futuro inmediato. Para responder a la primera pregunta nos apoyaremos en la información existente en el propio municipio de Madrid; para dar respuesta a la segunda nos basaremos en las reflexiones del mencionado grupo de discusión de profesionales y directivos.

### A) Perfil de los usuarios de los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid

Tal como hemos puesto de manifiesto antes, y siguiendo en esto la práctica de los países de la UE, el Ayuntamiento de Madrid ha tendido a diferenciar entre dos tipos de centros: los llamados convencionales (en general dirigidos a la asistencia y rehabilitación de personas con problemas de dependencia física aunque también suele haber personas con algún tipo de demencia moderada) y los centros para personas con Alzheimer u otras demencias. La decisión de qué usuarios o personas mayores en situación de dependencia pueden acceder a un Centro de Día corresponde a los servicios sociales municipales en base a las directrices del pliego de características técnicas del servicio aunque las funciones de supervisión médico-sanitaria están asumidas por el Ayuntamiento de Madrid. Como vimos en el capítulo tercero el Centro de Día es accesible para aquellas personas que cumplan una serie de condiciones tales como: a) Ser mayor de 65 años, excepcionalmente mayor de 60 años si bien no existe límite de edad en el caso de personas con Alzheimer u otras demencias para acceder a un centro específico; b) que esté afectada por algún deterioro psico-físico y social; c) empadronado o residente en el municipio de Madrid; d) que no padezca enfermedad infecto-contagiosa o crónica en estado terminal; e) que no sufra trastornos mentales que dificulten gravemente la convivencia en el Centro de Día; y f) finalmente, que no necesite de atención residencial o sanitaria permanente. El Centro de Día es un recurso intermedio para personas que, normalmente, sufren una dependencia cuyo pronóstico a medio-largo plazo es de empeoramiento, particularmente en el caso de las enfermedades mentales. De ahí que el Centro de Día se ve obligado a realizar un seguimiento permanente para adaptar el plan individual a las necesidades de la persona mayor, reevaluar su situación y, en su caso, derivarlo hacia otro tipo de centro residencial u otra modalidad de Centro de Día.

Obviamente el perfil de los usuarios, que en su gran mayoría son mujeres (en 2004 el 79% de todos los usuarios, normalmente mujer-viuda de unos 80 años, afectada de alguna deficiencia física o cognitiva, perceptora de una pensión media-baja, con escasos recursos económicos y beneficiaria de otras prestaciones como SAD y teleasistencia) varía en función del tipo de centro bien sea dirigido a personas físicas o centro convencional, la gran mayoría (37 centros: 30 municipales y 7 concertados), o bien dirigido a las personas con demencias o Alzheimer (21 centros: 3 municipales y 18 concertados), tal como señala la Memoria de 2004 de la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

En el caso de los **Centros de Día para dependencias físicas** se manejan criterios de acceso como los siguientes: dependencia en cualquier grado en actividades instrumentales (AIVD), exclusión de dependencias graves y totales en las actividades básicas (AVD) de la vida diaria y valoración individual de las moderadas. Se suelen admitir grados de demencia leve y se valoran individualmente las moderadas, con tal de que no haya trastornos de conducta. En general, el conocimiento del perfil de los usuarios de los centros es clave tanto para hacer los cambios y derivaciones necesarias entre centros como para planificar el sistema asistencial de los años venideros. Hoy ya sabemos que Madrid como toda gran ciudad europea se enfrenta a un cambio en profundidad en lo referente al perfil de usuarios de los Centros de Día cuyo sistema asistencial se reorienta de manera inevitable hacia las personas mayores con demencias. Por ello, en la actualidad, se realiza sistemáticamente la revisión o reevaluación de los usuarios de los Centros de Día Municipales,



recogiendo los datos de la valoración funcional mediante los test de Barthel para las actividades básicas de la vida diaria y Lawton para las instrumentales. Se recogen también datos de la valoración cognitiva considerando el MEC 35, Minixámen cognoscitivo de Lobo, y el GDS o escala global de deterioro para demencias, así como los trastornos de conducta (Behave rating scale). Finalmente se valora también la dependencia en la marcha (escala de grados de movilidad) para calcular la sobrecarga en cuanto a las necesidades de ayuda para los desplazamientos y transferencias.

Los análisis realizados en los Centros de Día convencionales o para personas con dependencias físicas nos revelan que (ver CUADRO 2), por ejemplo, la aplicación del test de Barthel a una muestra de 1.524 personas, se traduce en una población atendida en los centros en la que la inmensa mayoría sufren dependencias leves para ABVD y solamente el 4,5% las padecen de tipo grave o muy severo o total. Ello no quiere decir sino que existe un pequeño colectivo que no estaría en el recurso apropiado y que debería estar posiblemente en una residencia.

La aplicación de la escala de Lawton para AIVD a una población de 1.421 personas arroja unos resultados diferentes al test anterior, ya que el 7,5% son dependientes totales y un 37,7% dependientes severos. Esto es lógico, ya que la capacidad necesaria para realizar ABVD suele ser mucho más elevada para realizar actividades instrumentales como cocinar, hacer la compra, limpiar, etc que requieren de habilidades precisas y capacidades físicas apropiadas.

Finalmente, la aplicación del test de marcha nos ofrece unos resultados según los cuales existe un pequeño grupo, 3,4%, que es gran dependiente y que estaría mal ubicado en el Centro de Día, siendo la gran mayoría independientes (53,2%), leves (10,5%) y casi el 33% moderados, es decir, personas que en su gran mayoría tiene una movilidad normal.

En los centros convencionales o de físicos también se aplican test de valoración cognitiva, en concreto, el test MEC o mini examen cognitivo, el Behave para trastornos de comportamiento y el GDS o grado de deterioro cognitivo. El análisis de los resultados de varias muestras de personas mayores dependientes nos ofrece los siguientes resultados:

La aplicación del MEC a 1.435 usuarios nos revela que el 40% de los usuarios tiene algún tipo de deterioro que, sin embargo, es compatible con su asistencia al centro. La aplicación del test Behave para análisis de trastornos del comportamiento da como resultado que existe un pequeño grupo (3,4%) con trastornos severos o moderados que no deberían estar en el centro convencional. En el mismo sentido, la aplicación del GDS a una muestra de 1442 personas usuarias a una escala de siete fases nos señala que no tienen deterioro mental alguno el 41,5% (fases 1 y 2), con deterioro leve el 27%, deterioro moderado (fase 4) el 18,6%, deterioro moderadamente grave el 10,8 y en la fase 6 (deterioro grave) estaría el 2,1%. ( ver CUADRO 3). Inexcusablemente las personas en grado 6, deberían estar en un centro específico, y la valoración individual de los de grado 5 indica si es posible mantenerlos en un centro convencional.

## Cuadro 2

### Dependencia funcional en Centros de Día convencionales o de físicos según diferentes escalas de medida (2005)

Grado de Dependencia (%)	Barthel	Lawton	Grado de dependencia (%)	Marcha
Total	0,79	10,30	Gran dependencia	3,40
Grave/Severa	3,74	37,70	Moderado	32,90
Moderada	6,23	21,50	Leve	10,50
Leve/Ligera	74,93	23,10	Independiente	32,20
Independiente	14,30	7,50		
Muestra	1.524	1.421		1.418

Fuente: Elaboración propia en base a documento sobre "Usuarios de los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid". 2005

En resumen, como podemos pensar razonablemente que las dependencias analizadas se corresponden aproximadamente con los mismos individuos se puede afirmar que aproximadamente el 5% de las personas mayores de los Centros de Día convencionales o de físicos de Madrid capital no estarían correctamente ubicadas en ese momento, lo que no quiere decir que no lo estuvieran en un período previo o sencillamente que no existiera el recurso adecuado en ese momento y se les hubiera admitido ante la falta de alternativas. En cualquier caso, esa cifra parece indicar una buena selección y unas vías de derivación eficaces.

### Cuadro 3

#### Dependencia psíquica en Centros de Día convencionales o de físicos según diferentes escalas de medida (2005)

MEC (Deterioro cognitivo)	%	Behave (Trastornos comportamiento)	%	GDS (Deterioro Global)	%
Sin deterioro	60,07	Normal	89,20	No deterioro o muy leve	41,50
Leve	27,11	Leves	7,40	Leve	27,00
Moderado	12,82	Moderados	2,80	Moderado	18,60
Severo		Severos	0,60	Moderadamente grave o grave	2,10
Muestra	1.435		1.334		1.442

**Fuente:** Elaboración propia en base a documento sobre "Usuarios de los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid". 2005

Respecto del perfil de personas mayores que son usuarias de **Centros de Día de Alzheimer** el Ayuntamiento aconseja una serie de criterios para valorar la posible admisión como son: diagnóstico de demencia, cumplir criterios de fase 5-6 en la Escala General de Deterioro (deterioro moderadamente grave y grave, excluyendo el nivel 7 o deterioro muy grave que requiere atención residencial) y no sufrir dependencia total en ABVD. Obviamente se excluyen las personas con comportamientos violentos, agitación psicótica o gran agitación que requieren un tipo de cuidados especiales en residencias. Los tests que se aplican a este colectivo son los mismos que los anteriores a los que se añaden escalas específicas como el FAST. Los cuadros 4 y 5 reflejan la situación de los mismos

Dada la complejidad de este tipo de pacientes con evoluciones muy dispares y cambiantes de grado de dependencia es razonable pensar que no siempre la ubicación del usuario es la correcta. Así, la aplicación del test

### Cuadro 4

#### Dependencia funcional en Centros de Día de Alzheimer según diferentes escalas de medida (2005)

Grado de Dependencia (%)	Barthel	Lawton	Grado de dependencia (%)	Marcha
Total	7	45	Gran dependencia	4
Grave/Severa	7	44	Moderado	20
Moderada	20	9	Leve	21
Leve/Ligera	64,5	1	Independiente	55
Independiente	1,5	1		
Muestra	130	115		91



### Cuadro 5

#### Dependencia psíquica en Centros de Día de Alzheimer según diferentes escalas de medida (2005)

<b>MEC (Deterioro cognitivo)</b>	<b>%</b>	<b>Behave (Trastornos comportamiento)</b>	<b>%</b>	<b>GDS (Deterioro Global)</b>	<b>%</b>
Sin deterioro	0	Normal	26	No deterioro o muy leve	0
Leve	36	Leves	20	Leve	1,6
Moderado	64	Moderados	44	Moderado	3,1
Severo		Severos	10	Moderadamente grave	47,7
				Grave	43,8
				Muy grave	3
<i>Muestra</i>	<i>86</i>		<i>89</i>		<i>89</i>

*Behave* de trastornos de comportamientos da como resultado para una muestra de 89 usuarios que el 10% son dependientes severos que posiblemente necesiten una derivación a una residencia o una atención específica en su domicilio. Del mismo modo la aplicación del GDS da como resultado que casi el 9% no estaría en el recurso adecuado, por exceso del deterioro o por defecto. Hay un porcentaje de personas que están en el recurso inadecuado por falta de una rápida derivación o cola de espera a una plaza residencial en un centro para personas mayores con dependencia mental, dato que podemos obtener por la dependencia en Barthel, los trastornos del comportamiento, y el grado de demencia, y que puede suponer un 10% del total.

En el contexto actual de crecimiento de las personas mayores que sufren demencias las políticas de los servicios sociales en los grandes núcleos urbanos están sufriendo una clara diferenciación a la hora de abordar la asistencia de las distintas dependencias. Es ya un hecho la diferenciación tipológica de centros y metodologías como la forma idónea de lograr una mayor calidad de atención asistencial y un menor estrés profesional. Así, en el caso de Madrid y en función del perfil del usuario y teniendo en cuenta la superficie y distribución de espacios donde está el Centro de Día se han establecido los siguientes modelos:

### Cuadro 6

#### Modalidades de centros según el perfil de usuarios y ratios de personal

<b>Modelo de dependiente y número de plazas</b>	<b>Perfil de persona</b>	<b>Jornadas completas</b>	<b>Usuarios</b>	<b>Ratio Centro de Día</b>
F30	Físico	4	30	0,13
F45	Físico	5,25	45	0,11
F65	Físico	7,25	65	0,11
E45	Alzheimer	9,25	45	0,20
E65	Alzheimer	14,50	65	0,22

Fuente: Ratios de Atención en Centros de Día Municipales. Ayuntamiento de Madrid. 2005

Cada modelo tiene una estructura de personal determinada y un tipo de jornada. Hay que destacar (ver ANEXO 1) que todos los modelos contemplan la existencia de un equipo multiprofesional en el que el trabajador social desarrolla tres funciones: las propias del trabajo social, las de tipo administrativo que le puedan corresponder (elaboración de la historia social entre otras) y las de “coordinación del equipo” ya que los Centros de Día son centros de tipo social aunque conlleven también actividades de tipo sanitario como veremos a continuación y que no hemos reflejado hasta este momento. En los ratios de personal no aparece el servicio de transporte aunque sea un elemento de apoyo fundamental para facilitar el acceso al recurso.

Aunque los Centros de Día son centros sociales la atención sanitaria es fundamental debido al tipo de personas dependientes. De hecho el diplomado en enfermería forma parte de la plantilla de los centros, al menos con una dedicación de media jornada. Por su parte, los médicos aunque no forman parte de la plantilla estándar del Centro de Día tienen una dedicación aproximada entre 8 a 10 horas por semana.

En el caso de los Centros de Día del Ayuntamiento de Madrid las funciones del médico y de los diplomados en enfermería están relativamente bien establecidas, sobre todo en el último caso.

Tal como señala el propio Ayuntamiento de Madrid “la función principal del médico en un centro de día es detectar, evaluar, minimizar o estabilizar los riesgos sanitarios que limitan la autonomía del usuario, utilizando como herramientas terapéuticas la valoración geriátrica, la prevención, la atención y la rehabilitación. Todo ello, en estrecha conexión con los servicios de salud correspondientes”. De manera concreta las funciones del médico son de cuatro tipo: forma parte del equipo de valoración de la persona dependiente que solicita entrar en un Centro de Día y del equipo de seguimiento de cada caso, establece un plan de atención individual en base a las historias médica y de enfermería y aplica los protocolos generales de cuidados geriátricos al colectivo del centro, coordinación con los servicios sociales y de sanidad del entorno que se relacionan directamente con cada caso.

Por su parte, el diplomado en enfermería tiene como objetivo “la mejora de la calidad de vida de las personas dependientes prolongando el grado de autonomía a través del fomento del autocuidado dentro de su entorno familiar”.

Dentro del Plan de Cuidados individuales los diplomados en enfermería desarrollan el programa de atención individual (valoración, seguimiento de los cuidados, cuidados técnicos de enfermería), los programas asistenciales de tipo colectivo (vacunas, actividades de prevención y hábitos de vida saludables, entre otros), seguimiento en equipo de cada caso, ayuda a las familias en el manejo de situaciones de cuidados que son complejas, coordinación con los servicios sociales y de salud del entorno y evaluación de objetivos.

Por supuesto, en la plantilla se encuentran otros profesionales con una carga importante de aspectos sanitarios, es el caso de los terapeutas ocupacionales, los fisioterapeutas o los psicólogos.

## **B) Problemas de futuro**

En lo que se refiere a los problemas de futuro que afectan a los Centros de Día debido, sobre todo a los cambios en la composición en la tipología de usuarios, los profesionales y responsables (tal como pone de manifiesto el grupo de discusión) se pone de manifiesto que la diferencia en el perfil de usuarios (físicos /psíquicos) dificulta el trabajo conjunto con ambos colectivos e, incluso, dentro de cada grupo teniendo en cuenta los distintos niveles de dependencia existentes. Que no hay uniformidad entre los usuarios es algo comúnmente reconocido. “Si queremos que sea una atención integral hay que diversificar la atención” se nos dice por parte de los profesionales.

Por otra parte, y a pesar de los avances que se han producido en el desarrollo metodológico y social de los Centros



de Día no se sabe con certeza las expectativas que tienen los usuarios ni sus familias, ni siquiera lo que el sistema de servicios sociales puede ofrecer realmente. Tal como señala un profesional “no conocemos bien el mapa de ruta que ofrecer a la gente en relación a este recurso”. La agrupación de los usuarios, condicionada en la mayoría de los casos por la escasez de los recursos, está dando paso necesariamente a la diferenciación diseñando el plan que necesita cada usuario.

Es básica la separación de los usuarios físicos y psíquicos, al menos en la fase avanzada de deterioro cognitivo ya que los usuarios físicos rechazan el estar juntos con los de tipo cognitivo. Al menos debería haber flexibilidad de forma que sólo en las fases de deterioro moderado puedan estar juntos. En todo caso, empieza a existir un acuerdo en que debe haber dos tipos de Centros de Día en función de dichos colectivos de cara a lograr la satisfacción de los usuarios, una mayor efectividad del trabajo profesional y no aumentar el estrés profesional.

En el proceso de intervención social de los Centros de Día el trabajo con las familias de los usuarios es clave y lo será cada vez más en los años venideros, sobre todo en los enfermos de Alzheimer u otro tipo de demencias, sabiendo que el deterioro cognitivo se puede frenar pero no impedir ya que es irreversible en la mayoría de los casos. Es una exigencia el diseño de protocolos de intervención con familias a la entrada y la salida de las personas dependientes, un trabajo de “acompañamiento”, pero también de previsión de las demandas de las familias a los servicios sociales en el futuro mediato como ya sucede en el sistema sanitario. Es muy posible que las familias madrileñas, y en general las españolas, tomen conciencia de sus derechos y empiecen a reclamar a los servicios sociales por determinadas actuaciones profesionales. La acumulación de experiencia familiar en el campo de servicios sociales dará paso, sin lugar a dudas, a una mayor exigencia de intervención de calidad y de respeto por los derechos de las personas dependientes.

Es cierto que el Centro de Día, como recurso social de asistencia personal y acompañamiento familiar, tiene unos límites y hay que anticipárselos a las familias. Cuando estamos ante problemas de tipo cognitivo de lo que se trata es de contener o “retrasar la pérdida de autonomía” más que retrasar el propio deterioro cognitivo. La familia, en la actualidad, está agradecida con el Centro de Día pero en los próximos años será más reivindicativa en cuanto al control de la intervención profesional.

El Centro de Día es un recurso mixto de mantenimiento en el centro y de apoyo y convivencia en el domicilio con la familia o cuidador informal y/o formal. De ahí que entre el centro y la familia debe haber un sistema de comunicación regular. La familia debe estar informada siempre y formada en algunos aspectos referente al cuidado de la persona dependiente. Debe haber una coordinación entre Centro de Día y familia. Y, por supuesto, en la medida de lo posible, debe haber participación del usuario en el diseño del plan de intervención.

Falta aún una normativa específica de Centros de Día que establezca los derechos y obligaciones de personas mayores y familias. La diferenciación en la asistencia de los usuarios exige una mayor flexibilidad organizativa y, por tanto, también un mayor coste a diferencia de la estandarización que suponía el Centro de Día convencional al que accedía todo tipo de dependientes. La flexibilidad se irá imponiendo progresivamente en cuanto a los tipos de usuarios y a las modalidades de asistencia que serán más a la carta o necesidades de cada persona. De ahí que si el crecimiento del recurso es aún importante lo será cada vez más la consistencia interna del Centro de Día medida en su capacidad para satisfacer las necesidades individuales y familiares, coordinarse con los diferentes recursos del entorno y facilitar el trabajo profesional integrado en los centros.

## 5.4 CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población en las grandes ciudades españolas, con un incremento notable de la población de 80 y más años y el crecimiento de las demencias, en un contexto de cambio profundo en la estructura de cuidados informales de tipo familiar, obliga a situar el CD como un recurso estratégico en la trama institucional de la atención social y sanitaria.

Ahora bien, y como es sabido, el reto para las políticas públicas no es el envejecimiento de la población sino el incremento de las personas en situación de dependencia que lleva parcialmente aparejado ya que entre ambos procesos, dependencia y envejecimiento, no existe una relación causal. Si nos centramos en el caso de Madrid capital la tasa global de dependencia de las personas mayores de 65 años es aproximadamente el 12%, es decir, personas que estarían en alguna situación de dependencia, que se reduce al 7% si consideramos únicamente la población que sufre dependencias graves y severas. Si existiera una correspondencia exacta entre la población dependiente mencionada, según grados, y los servicios disponibles el resultado sería bastante optimista ya que estaría cubierto por ayuda a domicilio el 87% de las personas dependientes moderadas que viven en su domicilio, el 21% de los dependientes graves mediante CD y el 40% de las personas dependientes mediante la oferta pública residencial. Evidentemente tal correspondencia no se da y sería necesario hacer precisiones conceptuales y metodológicas sobre la relación entre los servicios disponibles y la población mayor.

La necesidad de la expansión de la oferta pública y privada de servicios intermedios es indiscutible en términos comparativos. Sin embargo, los problemas cruciales en los años venideros son de orden más cualitativo que cuantitativo. En este sentido cabe señalar los siguientes:

1. Diversificación del diseño del Centro de Día en función del tipo de usuarios (los problemas de salud mental tienden a pasar a primer plano en la atención social).
2. Adaptación a las especificidades de edad, así como de tipos de población familiar cuidadora.
3. Definición de protocolos de intervención más adaptados a la realidad social y al tipo de persona en situación de dependencia.
4. Implantación de sistemas de calidad sobre estructuras, actividades y efectividad de los modelos de intervención respecto de los usuarios y cuidadores.

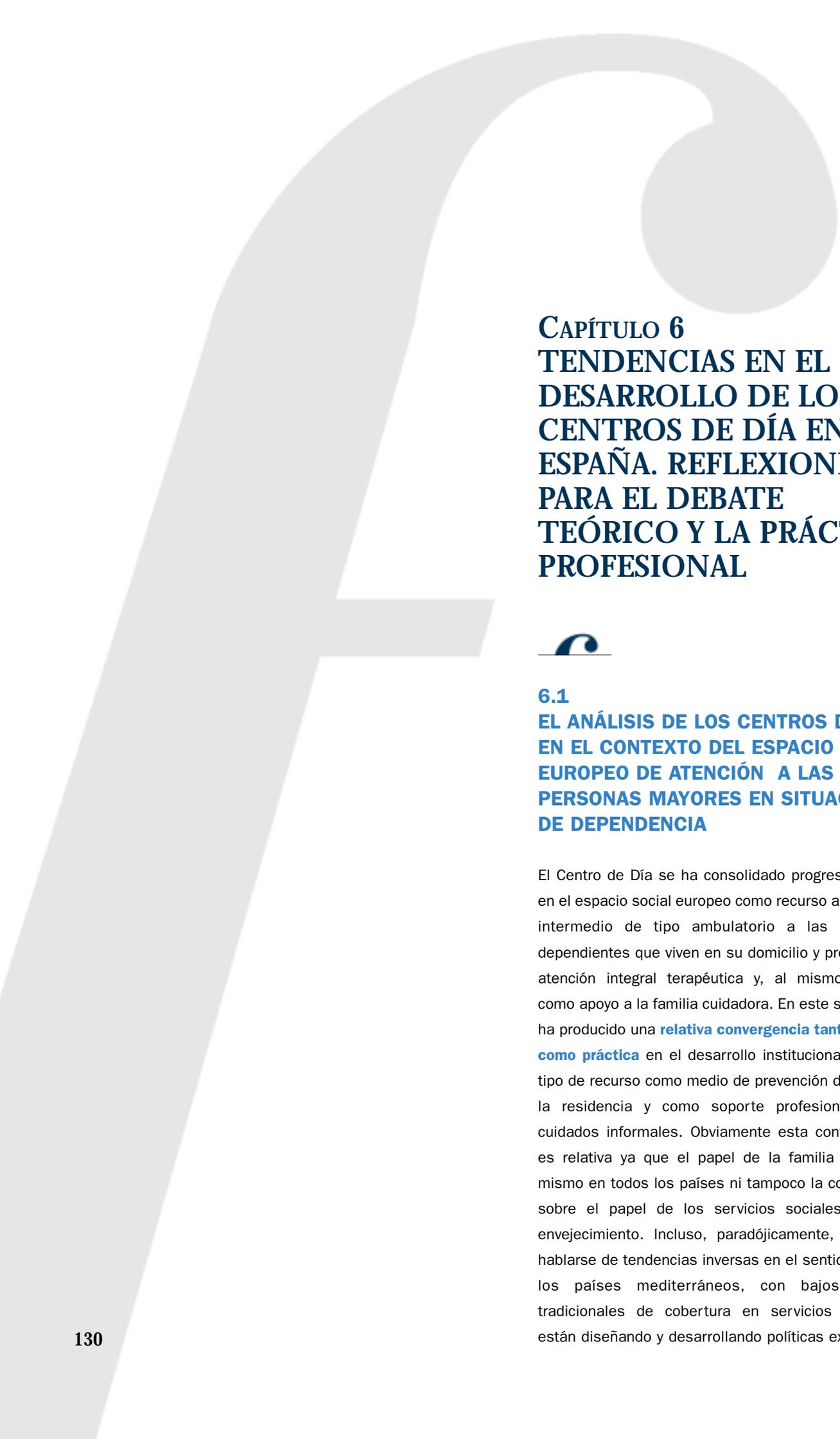


## ANEXO I

### RATIOS DE ATENCIÓN PROFESIONAL DE CENTROS DE DÍA EN EL MUNICIPIO DE MADRID

Modelo	Personal	Jornada	Ratios
F 30	1 Diplomado Universitario en Trabajo Social	Media jornada	0,13
	1 Diplomado Universitario en Enfermería	Media jornada	0,13
	1 Fisioterapeuta	Media jornada	0,13
	1 Terapeuta Ocupacional	Media jornada	0,13
	2 Auxiliares de Servicios Sociales	Jornada completa	0,53
F 45	1 Diplomado Universitario en Trabajo Social	Media jornada	0,08
	1 Diplomado Universitario en Enfermería	Media jornada	0,08
	1 Fisioterapeuta	5 horas/día	0,11
	1 Terapeuta Ocupacional	5 horas/día	0,11
	3 Auxiliares de Servicios Sociales	Jornada completa	0,53
F 65	1 Diplomado Universitario en Trabajo Social	Jornada completa	0,12
	1 Diplomado Universitario en Enfermería	Media jornada	0,06
	1 Fisioterapeuta	2/3 jornada	0,015
	1 Terapeuta Ocupacional	2/3 jornada	0,015
	5 Auxiliares de Servicios Sociales	Jornada completa	0,61
EA 45	1 Diplomado Universitario en Trabajo Social	Jornada completa	0,17
	1 Diplomado Universitario en Enfermería	Media jornada	0,08
	1 Psicólogo	Media jornada	0,08
	1 Fisioterapeuta	5 horas/día	0,11
	1 Terapeuta Ocupacional	5 horas/día	0,11
	6 Auxiliares de Servicios Sociales	Jornada completa	1,06
EA 65	1 Diplomado Universitario en Trabajo Social	Jornada completa	0,12
	1 Diplomado Universitario en Enfermería	Jornada completa	0,12
	1 Psicólogo	Media jornada	0,06
	1 Fisioterapeuta	Jornada completa	0,12
	1 Terapeuta Ocupacional	Jornada completa	0,12
	10 Auxiliares de Servicios Sociales	Jornada completa	1,23





## CAPÍTULO 6

# TENDENCIAS EN EL DESARROLLO DE LOS CENTROS DE DÍA EN ESPAÑA. REFLEXIONES PARA EL DEBATE TEÓRICO Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL



### 6.1

#### EL ANÁLISIS DE LOS CENTROS DE DÍA EN EL CONTEXTO DEL ESPACIO EUROPEO DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El Centro de Día se ha consolidado progresivamente en el espacio social europeo como recurso asistencial intermedio de tipo ambulatorio a las personas dependientes que viven en su domicilio y precisan de atención integral terapéutica y, al mismo tiempo, como apoyo a la familia cuidadora. En este sentido se ha producido una **relativa convergencia tanto teórica como práctica** en el desarrollo institucional de este tipo de recurso como medio de prevención del paso a la residencia y como soporte profesional a los cuidados informales. Obviamente esta convergencia es relativa ya que el papel de la familia no es el mismo en todos los países ni tampoco la concepción sobre el papel de los servicios sociales ante el envejecimiento. Incluso, paradójicamente, pudiera hablarse de tendencias inversas en el sentido de que los países mediterráneos, con bajos niveles tradicionales de cobertura en servicios sociales, están diseñando y desarrollando políticas expansivas

de servicios como apoyo a la familia e incluso como sustitución dada la reducción de la población cuidadora (paliada por la población inmigrante femenina que sule a las hijas en el cuidado de las personas mayores dependientes) mientras que países con sólidos sistemas de servicios sociales, caso de Holanda e incluso Suecia, están tratando de “recuperar” un papel más activo para las familias cuidadoras.

Del análisis de la literatura internacional antes realizado se han destacado aspectos generales sobre el funcionamiento de los Centros de Día y su efectividad en el apoyo a las familias y en el cuidado de las personas dependientes. Pero también cómo se ha producido una relativa convergencia en lo que se refiere a la filosofía que subyace al Centro de Día como dispositivo socioterapéutico y en lo que se refiere a la tipología de centros.

El Centro de Día actual, en los diferentes países de la UE, se basa en una **filosofía y metodología de intervención** relativamente similar. Sus orígenes han sido variados hasta llegar al modelo relativamente generalizado de la actualidad como **modelo de tipo psico-social de asistencia terapéutica integral y multidisciplinar**. Se podría afirmar, simplificando, que en el espacio nórdico y anglosajón el Centro de Día nace como recurso fundamentalmente sanitario, en el sur como centro social y en el ámbito continental como un espacio mixto con un mayor peso de lo sanitario (Holanda), o de lo social (Francia y Alemania).

Las tradiciones profesionales, el papel de la mujer o de la familia en el sistema de cuidados y la mayor o menor orientación del Estado de Bienestar hacia las necesidades individuales o familiares, han condicionado los paradigmas sustentadores de la concepción y práctica de los Centros de Día.

En la actualidad se puede afirmar que, en general, el paradigma o paradigmas que inspiran las prácticas de intervención asistencial de los Centros de Día en la UE son los de tipo psico-social que incide en la importancia del Centro de Día como medio que contribuye al mantenimiento o fortalecimiento de la autonomía de la persona dependiente, que apoya a la población familiar cuidadora y retrasa y previene la institucionalización. La concepción del Centro de Día como centro sanitario se puede afirmar que es inexistente o residual (para eso existe otro recurso del sistema de salud: los hospitales de día), lo que no supone afirmar que la atención sanitaria en los CD no tenga importancia o que no sea necesaria la coordinación con el sistema sanitario para la atención de los usuarios.

En el caso español en concreto, en cuanto modelo mediterráneo de servicios sociales, el Centro de Día está muy orientado al apoyo familiar de la persona dependiente (propician descanso de los cuidados pero es escasa la intervención con cuidadores/as familiares), si bien el impacto de la dependencia y la intervención social ante la misma están dando cada vez mayor importancia a las funciones terapéuticas que a las de mantenimiento.

En lo referente a la tipología de Centros de Día para personas dependientes se ha producido igualmente una cierta convergencia entre los países tanto en lo referente al modo de ubicación física, como en lo que se refiere a la tipología de personas dependientes que acceden y a la metodología de intervención.

En general, la tendencia dominante hasta muy recientemente es la existencia de Centros de Día mixtos en los que se atiende a personas con dependencia física y cognitiva, si bien en espacios separados en cuanto a la aplicación de terapias y asistencia profesional. Pero al mismo tiempo se ha consolidado un modelo específico de Centro de Día para personas con demencia o Alzheimer, de conformidad también con las reivindicaciones de las Asociaciones de Familiares de este tipo de enfermos. Por otra parte, a medida que el envejecimiento de la población se amplía con el aumento de la población de 80 y más años y se hacen más complejas las situaciones de dependencia, el Centro de Día tiende a diversificar sus programas en función de la edad, el tipo de dependencia e incluso del tipo de hábitat. A este respecto, es de interés resaltar que, mientras en algunos lugares se definen perfiles de usuarios que limitan el acceso a estos recursos a personas con importantes niveles de dependencia, en otros se hace hincapié en atender a personas con grave afectación, por entender que son las que producen mayores cargas



familiares. Lo más habitual, en el ámbito de perfil de usuarios, es que se adopten dos modalidades: Centros de Día mixtos (para todo tipo de personas mayores dependientes, si bien diferenciados internamente en cuanto a atención social y terapéutica) y centros específicos dirigidos a la asistencia de dependientes con problemas cognitivos severos y graves. En el espacio europeo se diferencia en la actualidad entre el Centro de Día mixto socio-terapéutico y el Centro de Día especializado o dirigido a problemas de tipo cognitivo, siendo este último un recurso en expansión en las grandes áreas urbanas.

En definitiva, el Centro de Día, en cuanto recurso intermedio, tiene objetivos plurales y variables según el tipo de persona mayor dependiente. También en cuanto a las metodologías de intervención de tipo terapéutico existen diferencias. Los programas van desde lo funcional a lo social pasando por lo cognitivo, detectándose carencias importantes en lo referente a la oferta de programas de intervención con familias. Por lo que se refiere a las ubicaciones espaciales, se produce una diversidad de modelos por distintas razones (económicas o asistenciales). En resumen, la tipología de CD parece ser en España necesariamente diversa y tendente a la especialización en función del tipo y gravedad de la dependencia.

## 6.2

### CONCLUSIONES TENTATIVAS SOBRE TEORÍA Y PRÁCTICA DE LOS CENTROS DE DÍA EN ESPAÑA

El Centro de Día para personas mayores dependientes lo hemos definido como **“Centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia”**. Este modelo conceptual lo hemos desarrollado sobre la base de unos objetivos concretos (logro de la calidad de vida de la persona dependiente y su familia cuidadora, así como calidad en el trabajo de los profesionales del Centro de Día). También hemos enfatizado en la importancia de que todo Centro de Día tenga un Plan General de Intervención (PGI) basado en un conjunto de servicios básicos y terapéuticos que sirvan de soporte al desarrollo de programas aplicados por un equipo profesional multidisciplinar competente, y que disponga de la infraestructura necesaria, metodología de intervención definida y un sistema de evaluación omnicompreensivo de la cobertura, esfuerzo, procesos, resultados y calidad. Tal es la resultante del análisis resultante de los Centros de Día y de las entrevistas realizadas.

Esta concepción del Centro de Día ha inspirado el diseño del cuestionario y la propia valoración de los resultados del estudio piloto, que no es sino una aproximación tentativa al conocimiento y comprensión de la naturaleza, estructura y funciones de los Centros de Día en seis CCAA. Del análisis de dicha información cabe destacar las siguientes conclusiones:

- Conceptualmente, la denominación utilizada para lo comúnmente conocido como Centro de Día es similar en las CCAA analizadas con la excepción de Castilla-La Mancha y Andalucía donde se habla respectivamente de “Servicios” y de “Unidades” de estancia diurna. La principal diferencia entre estas denominaciones se centra fundamentalmente en la tendencia a usar la denominación de “centro” cuando se ofrecen servicios integrales de atención a dependientes en un espacio definido, mientras que se habla de servicios o unidades cuando éstos se prestan integrados en distintos centros. Esta diferencia puede responder a la preferencia de algunas CCAA hacia un modelo de “servicios” más que a un modelo de “centros”, a los distintos grados de institucionalización y desarrollo de los Centros de Día en las distintas CCAA, o a la denominación normativa propia de cada CCAA. En todo caso, en base al trabajo de campo hemos pretendido, además de destacar la existencia de diferentes denominaciones que provocan cierta confusión (que tienen su origen en la transferencia de servicios por el IMSERSO hace más de una década), establecer la diferenciación metodológica entre Centros de Día propiamente dicho y otros servicios sociales dirigidos a la integración

social (Centro Social) o al apoyo de personas frágiles con algunos problemas iniciales de dependencia (servicios de atención diurna que se prestan en centros sociales o residencias).

- La gran mayoría de los Centros de Día son mixtos, si bien predominan en ellos las personas con dependencia cognitiva (Alzheimer sobre todo) sobre las que tienen dependencia física. En los casos de Cataluña y Madrid, este predominio llega a situarse entre el 80% y el 90% según los expertos entrevistados, lo que casi les convierte en centros especializados. Con la excepción del País Vasco donde se diferencian dos tipos de centros: los centros asistidos, para personas mayores dependientes físicos y los psicogeríátricos, para personas mayores con demencia (experto País Vasco), generalmente los Centros de Día especializados no son la norma habitual (en Madrid tan sólo 4 de los 34 Centros de Día municipales son especializados en problemas cognitivos, lo que sí sucede en los centros de la red privada), sino que más bien responden a situaciones puntuales, tales como el acogimiento de los Centros de Día a Planes de Alzheimer (caso del Centro de Día público de Granada), o a nuevos convenios con centros privados ya especializados en un tipo de dependencia concreta (Centro de Día de Valdepeñas).
- La media de plazas tiende a ser mayor cuanto mayor es el tamaño del hábitat de la zona de influencia del Centro de Día, en los centros privados y en los modelos de atención más institucionalizados.
- En los casos analizados, el horario tipo oscila entre las 8-9 de la mañana y las 18 tarde cuando se trata de centros públicos ya que la mayoría de los centros privados y concertados, o bien tienden a tener jornadas más largas que alcanzan hasta las 8 de la tarde o bien pueden llegar a funcionar durante todo el día. También en las CCAA de Castilla-La Mancha y Andalucía suelen disponer de horarios más amplios (hasta las 9 de la tarde), si nos atenemos a lo expresado por los expertos, entre otras razones porque en estas CCAA predomina un tipo de atención a base servicios de atención diurna, más flexibles que los propios Centros de Día y porque suelen ampliar sus horarios en periodos puntuales como las fechas de recolección en el campo.
- Los Centros de Día privados también son más flexibles en las modalidades asistenciales, llegando a funcionar durante los fines de semana e, incluso, algunos tienen programas de atención nocturna. Son centros, caso de Madrid capital, orientados en mayor medida que los centros públicos a satisfacer la demanda de las familias que cuidan de personas mayores con demencias y hacerlo con criterios de flexibilidad centrado en la preferencia de los clientes.
- En cuanto al Plan General de Intervención (PGI), la variedad de servicios ofertados en los Centros de Día es amplia e independiente de la titularidad del centro o de la CCAA en cuestión, estando en función de las propias características organizativas y de ubicación de los centros. Por otra parte, la mayoría de ellos tienden a ofrecer gran parte de los programas de intervención considerados como básicos para los usuarios sin diferencias significativas por CCAA ni por titularidad de los centros. Si realizamos un análisis por programas, los más implantados son los de intervención terapéutica (terapias funcionales –salvo gerontogimnasia- cognitivas, psicoafectivas, socializadoras), mientras que los de gerontogimnasia y los programas sanitarios de atención médica y de enfermería, tienen un desarrollo medio comparado con programas de menor implantación como los de formación de cuidadores profesionales, de colaboradores o de intervención ambiental.
- Por último, constatar que es práctica habitual que los Centros de Día, tanto públicos como privados, incorporen actuaciones de información, formación y asesoramiento a las familias (aunque no suelen estructurarse como programas), si bien son excepción los lugares en los que, como en Asturias, se ofrecen de manera sistemática programas de información para grupos de familias, o los de intervención más especializada, como los grupos psicoeducativos o la creación de grupos de autoayuda.
- El número de cuidadores profesionales por cada 15 usuarios atendidos es muy similar en los Centros de Día públicos y privados, en torno a 2,5.



- En los Centros de Día públicos el coste diario por plaza suele situarse por término medio entre 23,6 y 26 € según la información de los propios Centros de Día y de los expertos respectivamente, mientras que en los Centros de Día privados es algo menor, en torno a los 22 €.
- Según los expertos, en costes por plaza y día se sitúan a la cabeza los centros del País Vasco (42€), seguido de Asturias (32€) y Madrid (de 26 a 30€) y a un nivel similar los de Castilla la Mancha, Andalucía (25€) y Cataluña (21€). En todo caso el coste del transporte, en caso de existir, es un factor condicionante del coste total del CD.
- En síntesis, y atendiendo a la información obtenida en las entrevistas apuntaríamos tentativamente la existencia de varios modelos de Centros de Día todo ello con la prudencia que requiere un análisis piloto como el aquí realizado.

<b>Modelos tentativos de Centros de Día en España</b>						
	<b>Andalucía</b>	<b>CL Mancha</b>	<b>P. Vasco</b>	<b>Madrid</b>	<b>Cataluña</b>	<b>Asturias</b>
<b>Grado de institucionalización</b>	Modelo de servicios	Modelo de servicios o estancia	<b>Modelo de centros</b>	<b>Modelo de centros</b>	<b>Modelo de centros</b>	<b>Modelo de centros</b>
<b>Cobertura</b>	Baja	Baja	Media	Media	Media	Baja
<b>Tipo de CD</b>	Mixto	Mixto	Especializados	Mixto	Mixto	Mixto
<b>Titularidad CD</b>	Pública y concertada	Pública y concertada	Pública	Pública y concertada	Pública y concertada	Pública (no conciertos)
<b>Modalidades asistenciales</b>		Flexibles en CD privados y rígidas en CD públicos	Rígidas con tendencia a flexibilidad	Flexibles en CD privados y rígidas en CD públicos	Flexibles en CD privados y rígidas en CD públicos	Flexibles (en CD públicos y privados)
<b>Coste medio por plaza y día</b>	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio alto
<b>Fuente:</b> elaboración propia.						

### 6.3 VALORACIÓN GENERAL DE LOS CENTROS DE DÍA Y PROPUESTAS DE MEJORA

En el estudio realizado hemos podido constatar la plena coincidencia en considerar a los Centros de Día como un recurso intermedio previo a la institucionalización donde se proporciona atención especializada, integral e individualizada para personas en situación de dependencia, que requiere de una red sociofamiliar de apoyo y otros dispositivos complementarios como Ayuda a Domicilio o Tele-asistencia.

A priori, la valoración general de los Centros de Día tiende a ser positiva en la medida en la que es considerado un recurso de mantenimiento y contención de la dependencia, que mejora el bienestar de las personas en situación de dependencia y apoya y alivia la carga de trabajo y estrés de los cuidadores informales. Sin embargo, la literatura al respecto a veces se presenta contradictoria.

Por una parte, trabajos como el de Ruiz et al (2002) demuestran como en cuatro Centros de Día de la Comunidad de Madrid el paso de las personas mayores por el centro mejoró su situación cognitiva, y aunque no consiguieron recuperar su situación global, sí mejoraron en deambulaci3n y alimentaci3n. Igualmente, Salom et al (2000) han

demostrado en un estudio de 300 casos de dependientes cognitivos durante más de 6 meses de tratamiento en un Centro de Día que la satisfacción entre usuarios y terapeutas es muy alta y que no se produjeron cambios a niveles de deterioro más altos.

Por el contrario, otros trabajos similares acaban contradiciendo estos resultados total o parcialmente. Por ejemplo, Artaso, Martín y Cabasés (2002) consideran que los pacientes que acuden a Centros de Día suponen un mayor coste en comparación con los que reciben cuidados comunitarios habituales sin que su asistencia a los Centros de Día haya modificado de forma significativa la salud del paciente ni la de su cuidador y sólo muy ligeramente los trastornos conductuales del dependiente. En una línea similar, Goñi y otros (2003) apenas encontraron diferencias significativas en la sobrecarga emocional de los 80 pacientes y sus cuidadoras informales, analizados entre aquellos que asistían a los Centros de Día y los que eran asistidos en su domicilio. Por su parte, Gil et al (2000) observaron en los Centros de Día especializados que los pacientes con demencia moderada o severa mejoran en dominios funcionales y afectivos pero no en aspectos cognitivos ni conductuales.

En cualquier caso, como comentaba uno de los directores de los centros entrevistados “El Centro de Día no es una panacea pero es un recurso intermedio útil que hay que potenciar en espacios muy envejecidos”. Un recurso que dada su juventud todavía tiene algunos aspectos a mejorar a tenor de lo expresado en las entrevistas realizadas y en la literatura al respecto. Aspectos que atañen a la limitada coordinación de los Centro de Día con los restantes niveles asistenciales, la insuficiente flexibilidad de los horarios y modalidades asistenciales de los centros públicos, o desajustes entre la demanda real y la oferta disponible sobre todo en el ámbito rural.

En este sentido, podrían plantearse las siguientes propuestas de mejora:

1. Mayor flexibilidad de horarios de atención y en las modalidades asistenciales con carácter general, por las razones ya apuntadas. En este sentido, hemos observado cómo los centros con horarios y modalidades asistenciales más flexibles tienden a ser centros anexos a residencias, centros públicos con acuerdos con asociaciones de familiares de Alzheimer y organizaciones de voluntariado multidisciplinares que colaboran en la atención en fines de semana, así como centros privados que prestan servicios fuera de los horarios y jornadas habituales. Teniendo en cuenta las necesidades de las personas y, de manera especial, de las familias, habría que generalizar la apertura de los CD durante los fines de semana, desarrollando durante el mismo, no los programas de intervención habituales, sino actividades de ocio recreativo, de relación intergeneracional, etc., lo que, sin duda, reduce también los costes de esta ampliación. Por lo que atañe a la atención durante las noches, nos remitimos a lo ya mencionado sobre la conveniencia de iniciar experiencias piloto sobre este incipiente servicio para poder realizar propuestas sobre su más adecuado planteamiento.

En cuanto atañe a las modalidades asistenciales, habría que dar cabida a una variedad mayor en la tipología de destinatarios, adaptando la modalidad de asistencia a cada caso: por ejemplo, usuarios que se encuentran en las primeras etapas de deterioro cognitivo que no requieren una asistencia continua (existen programas específicos de psicoestimulación para leves cuyas evaluaciones son bastante esperanzadoras); para períodos de rehabilitación o recuperación de episodios agudos; para la utilización de determinados servicios, como el baño, que en ocasiones es muy dificultoso de hacerlo en casa; para familias con una sobrecarga moderada o con horarios laborales inusuales....

Para facilitar mayor flexibilidad de horarios y modalidades asistenciales es necesario revisar y reconsiderar la orientación de los CD y ampliar su oferta para mayor variedad de situaciones, incluyéndose en los PGI de los centros los nuevos servicios y programas que se vayan incorporando. Asimismo, parece que algunas fórmulas que hemos observado en nuestra exploración funcionan de manera adecuada para facilitar que estos centros resulten más flexibles, como por ejemplo:



- a. El desarrollo de Centros de Día anexos o próximos a residencias con el fin de aprovechar las economías de escala que éstas proporcionan, tanto en lo que se refiere a profesionales, como a sistemas organizativos y al sistema de atención permanente que funciona en ellas.
  - b. El concierto con centros privados que funcionan durante noches y fines de semana.
  - c. Establecer un copago adicional y baremado de los usuarios por recibir atenciones en fines de semana o por las noches.
  - d. Fomentar acuerdos con asociaciones de familiares de afectados y de voluntariado especializado en la atención de determinadas afecciones para ayudar en la provisión de los servicios de respiro durante los fines de semana, e incluso para colaborar en los de atención nocturna.
2. **Garantizar el servicio de transporte.** - Teniendo en cuenta que el CD es un recurso especializado para la atención de personas en situación de dependencia, no cabe duda de que la falta de transporte accesible que existe en algunos lugares 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. Por tanto, la existencia de transporte debe formar parte, inexcusablemente, de los servicios básicos del CD con independencia de que pueda haber algunas personas que, por la cercanía de su domicilio o por cualquier otra razón, no lo precisen.
3. **Generalizar los programas de intervención con familias.** Como se ha mencionado en diferentes partes de este trabajo, nuestra exploración ha detectado lagunas importantes en cuanto se refiere al desarrollo de estos programas: se prevé la información y la orientación personalizada de manera general, pero son raros los lugares en los que desde los CD se planifican y desarrollan programas de intervención para grupos de familiares de formación y de apoyo psicológico (grupos de autoayuda, psicoeducativos...). Teniendo en cuenta la aceptación y consenso general que hemos encontrado en cuanto a los objetivos de las intervenciones desde los CD, relacionados con la atención a la persona mayor y el apoyo a las familias y teniendo en cuenta también la especialización que se ofrece desde los mismos, derivada de la composición de su equipo multiprofesional, nos reafirmamos en la conceptualización (cap. 2) que hemos propuesto, y recomendamos la incorporación de este tipo de programas a la oferta de los CD.
4. Mayor **coordinación entre los distintos eslabones de la cadena asistencial y con los Centros de Salud.** Concretamente, debería mejorar el nexo dinámico entre los diferentes recursos de los servicios sociales para establecer el adecuado plan de cuidados y la cooperación entre ellos: un usuario de CD puede serlo, a su vez, del SAD (para levantarse y acostarse, por ej.), y precisar periódicamente de una atención temporal en una residencia. Asimismo, se favorecería que esta continuidad de cuidados evitara situaciones como algunas de las que hemos detectado, como es que existan usuarios de CD que no tienen una situación de dependencia y, en el otro extremo, que haya usuarios con tan alto grado de ella que impide recibir la atención adecuada. Como muestran Tobaruela et al (2002) en cuatro Centros de Día en Madrid, suele ocurrir que el acceso desde los Centros de Día a otros recursos es lento y muy burocrático, y que la coordinación de los Centros de Día con los Centros de Salud suele ser muy limitada, entre otras razones por el escaso conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de los Centros de Salud del funcionamiento y estructura de los Centros de Día. Por ello, propondríamos, por una parte, elaborar planes individualizados de cuidados y periódicamente revisados, que garanticen la continuidad de cuidados y la coordinación entre recursos de los servicios sociales, y, por otra parte, elaborar protocolos de actuación conjunta con los centros de salud e informes documentados para mejorar y agilizar la información entre ambos tipos de centro.
5. Elaborar un **registro público de Centros de Día, públicos y privados, de fácil acceso para las familias,** clasificados por tipologías según destinatarios preferentes, servicios y programas ofrecidos, así como grado de

calidad asistencial (por ejemplo, utilizando un sistema de clasificación de categorías a base de “bastones” similar a la utilizada para los hoteles -Ferrerres, Ortuño y Peris, 2000).

6. Elaborar **mapas de localización de Centros de Día** utilizando criterios rigurosos de planificación y, por tanto, atendiendo a la demanda real y a la previsible e incorporando las adecuaciones precisas según tipos de hábitat.

Todo este tipo de propuestas tiene como propósito avanzar en la calidad y adecuación de este tipo de recurso y también en la consolidación conceptual y metodológica del Centro de Día como recurso asistencial. En este sentido es crucial consolidar en el conjunto del Estado un cuerpo común doctrinal sobre los objetivos, contenidos terapéuticos y formas de evaluación del Centro de Día, y confiamos en que los contenidos que aquí se han propuesto sirvan para avanzar en ese objetivo.

## 6.4

### EL DESARROLLO FUTURO DE LOS CENTROS DE DÍA EN LAS GRANDES CIUDADES

Tal como señalamos en las conclusiones del capítulo 5, el envejecimiento de la población en las grandes ciudades españolas, con un incremento notable de la población de 80 y más años con el consiguiente crecimiento de las demencias y problemas de tipo cognitivo (Alzheimer, en particular), en un contexto de cambio profundo en la estructura de cuidados informales de tipo familiar, obliga a situar el Centro de Día como recurso central en la trama institucional de la atención social y sanitaria.

Ahora bien, y como es sabido, el reto para las políticas públicas no es solamente el conjunto de las consecuencias del envejecimiento de la población, sino particularmente el incremento de las personas mayores en situación de dependencia que éste lleva parcialmente aparejado ya que entre ambos procesos, dependencia y envejecimiento, no existe una relación causal.

Madrid como gran ciudad con una creciente población mayor de elevada edad ha tenido que afrontar, primero, el reto de la expansión de la red de Centros de Día a la vez que apoyarse en la red privada para dar satisfacción a la creciente demanda, una expansión aún no concluida; segundo, ya en la actualidad, afrontar la ordenación de la red, su equilibrio territorial y la planificación del futuro de la misma. La definición de protocolos de acceso a los centros y de atención individual y familiar, la creación de criterios de control, calidad y evaluación son tareas en las que actualmente está embarcado el sistema de servicios sociales municipal.

Ciertamente, la necesidad de la expansión de la oferta pública y privada de servicios intermedios, como es el Centro de Día, es indiscutible y necesaria para hacer frente a los problemas del Alzheimer y otros problemas cognitivos en los próximos venideros. Sin embargo, los problemas cruciales en los años venideros son también de carácter cualitativo. En este sentido, cabe señalar los siguientes: la diversificación de los Centros de Día en función del tipo de usuarios, ya que los problemas relacionados con las demencias están pasando al primer plano de la atención social; la adaptación a las especificidades de edad y género, así como de tipos de población familiar cuidadora; la definición de protocolos de intervención comunes en todo los centros de la red pública y privada; y la implantación de sistemas de calidad de estructuras, actividades y efectividad de los modelos de intervención respecto de los usuarios y cuidadores.

En Madrid, como en otros grandes núcleos, la población con 80 y más años viene a ser la cuarta parte del total de la población mayor de 65 años. Sin embargo, aquel colectivo supone el grupo mayoritario, por tanto el grupo diana, en la atención de las situaciones de dependencia. El crecimiento de la red de Centros de Día de los últimos años necesariamente tiene que continuar, tal como se deduce de las políticas puestas en marcha, pero sobre todo orientado a reforzar los centros dirigidos a la atención de las personas con Alzheimer y otras demencias.



## BIBLIOGRAFÍA

- 
- Argoud, D. (1999): Les structures de tour, Documents Cleirpa, nº 257.
  - Arriola Manchola, E. e Inza Irazola, B. (2000) “Centros de Día y actuación en demencia. Demencia y Geriátría”. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Vol.35.
  - Artaso, B., Martín, M. y Cabasés, J.M. (2002): Análisis coste-consecuencia de un centro de día psicogeriátrico, Revista Española de Geriátría y Gerontología, 37 (6), pp 291-297.
  - Ayuntamiento de Madrid (2002) “Programa de Atención a las Personas Mayores”.
  - Ayuntamiento de Madrid (2004) “Programa de Atención a las Personas Mayores. Memoria 2003”.
  - Ayuntamiento de Madrid (2005) “Dirección General de Mayores. Memoria 2004”.
  - Baumgarten y otros (2002): Adult Day Care for the Frail Elderly: Outcomes, Satisfaction, and Cost, Journal of Aging and Health, vol 14, nº 2, May 2002, pp 237-259.
  - Caamaño, J.L. y otros (2004): Recursos asistenciales para personas mayores dependientes en Galicia: Hacia un diagnóstico estratégico de los centros de día. Agathos Atención Sociosanitaria y Bienestar, año 4. nº 1 (marzo 2004)
  - Colectivo Ioé/IMSERSO/CIS (1995): Cuidados en la Vejez. El apoyo informal. IMSERSO. Madrid.

- Deimling, G. (1991): "Respite use and caregiver wellbeing in families caring for stable and declining AD patients", en *Journal of Gerontological Social Work*, nº 18: 117-134.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995): *Who will care? Future prospects for family care of older people in the European Union*, Shankill, Co. Dublin.
- Ferreres, C.F.; Ortuño, M.A. y Peris, S (2000): Plan de Calidad Asistencial para los mayores: situación de la Comunidad Valenciana, *Geriatría*, vol 16 (1), pp 19-22.
- Friss, L. y Kelly K. (1995): "A well-deserved break: Respite programs offered by California's statewide system of caregiver resource centers", en *The Gerontologist*, vol. 35, nº 5: 701-706.
- Fundación Grupo Eroski (2002): *Centros de Día para personas mayores: De día en el centro, de noche en casa*, Revista Consumer, octubre 2002
- Fundación Matía (2003): *Centros de Día. Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Gaugler, J. E. y Zarit, S. H. (2001): The Effectiveness of Adult Day Services for disabled Older People, *Journal of Aging & Social Policy*, vol 12 (2).
- Gil, M (coord) (1996): *Centros de Día para personas mayores dependientes. Guía Práctica*. IMSERSO.
- Gil, P. et al (2000): Centros de Día especializados y Enfermedad de Alzheimer, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36 (S2): pp 19-22.
- Goñi, A. y otros (2003): Satisfacción del usuario de un Centro de Día Psicogeriátrico en Navarra, *Geriatría*, 19 (4), pp 132-136.
- IMSERSO, 2005a: *La atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco*. IMSERSO. Madrid.
- IMSERSO, 2005b: *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. IMSERSO. Madrid.
- Izal, M., Montorio, I. Y Díaz Vega, P. (1997): *Guía de cuidadores de personas mayores dependientes*. IMSERSO. Madrid.
- Jani-Le Bris, H. (1993): *Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays del Communautés Européennes*, Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin.
- Jarrott y otros (2000): Effects of Adult Day Services Programs on Time Usage by Employed and Non-Employed Caregivers, *Journal of Applied Gerontology*, vol 19, nº 4, pp 371-388.
- Johnson, J (2002): Taking Care of Later Life: A Matter of Justice, *The British Journal of Social Work*, vol 32, pp 739-750.
- Koslosky, K. y Montgomery, R.J. (1993): "The effects of respite on caregivers of Alzheimer's patients: One year evaluation of the Michigan model respite programs", en *Journal of Applied Gerontology*, 12: 4-17.
- Koslosky, K. y Montgomery, R.J. (1995): "The impact of respite use on nursing home placement", en *The Gerontologist*, vol. 35, nº 1: 67-74.
- Leturia Arrazola, F.J., Uriarte Méndez, A., Yanguas Lezaun, J.J. (directores) (2003) "Centros de Día: atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo". Guipúzcoa: Diputación Foral de Guipúzcoa.
- Martín Tejedor, F. (2005) "Centros de Día en el Ayuntamiento de Madrid: Calidad y Cercanía". En VV.AA. "Centros de Día. Modelos y perspectivas en las grandes ciudades".
- Martínez, T. et al. (2000): *Centros de día para personas mayores con dependencias*. Consejería de Asuntos Sociales. Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo.
- Montorio I, Díaz Veiga P, Izal M. (1995). "Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 3 0, n.º 3 .
- Moragas, R. (1994) "El Centro de Día para enfermos de Alzheimer". Barcelona: UCB, Pharma.
- Naciones Unidas, 2002: *Plan Internacional de Acción sobre el envejecimiento*. N. York.
- OCDE (1996): *Caring for frail elderly people. Policies in evolution*. Paris.



- Ogg, J. y Gorgeon, C. (2003): Ageing Update. Social Gerontology in France: Historical Trends and Recent Developments, *Ageing and Society*, vol 23, pp 797-814.
- Pearling LI (1994) Conceptual strategies for the study of caregiver stress, en E. Light y C. Niederehe y BD Lebowitz (eds.) *Stress effects on family of Alzheimer's patients*, Nueva York: Springer.
- Rodríguez Rodríguez, P. (1996): "Los Centros de día: Un servicio de respiro para la familia cuidadora", en Gil, M: *Centros de Día para personas mayores dependientes. Guía Práctica*. IMSERSO.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2002): "Familia y cuidados en la vejez. Más protección social a las personas en situación de dependencia", en *Envejecimiento y Familia*. UNAF.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2004): "El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. Una visión desde el análisis de género", en *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar*. Forum de Política Feminista. Madrid.
- Rodríguez Rodríguez, P (2005): *Política social de atención a personas mayores en situación de dependencia*. Ed. Fundación Universitaria Iberoamericana / Universidad de Granada. Barcelona.
- Rodríguez Rodríguez, P. y Valdivieso, C. (2001): ■ *Los Servicios de Ayuda a Domicilio*. Ed. Panamericana. Madrid.
- Ruiz, V. et al (2002): Rentabilidad terapéutica del CD para personas mayores, *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 37 (S1): pp 23-25.
- Salom, J. R. et al (2000): La estimulación continua en los Enfermos de Alzheimer y otras demencias en un centros de día y rehabilitación, *Geriatría*, vol 16 (9), pp 308-314.
- Samuelson, L., Malmberg, B. y Hansson, J.H. (1998): Daycare for elderly people in Sweden: a national survey, *Scandinavian Journal of Social Welfare*, vol 7, pp310-319.
- Sancho Castiello, M. T. (1999) "Centro de Día. Conceptualización". En M. Gil (ccordinador): *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes. Guía Práctica*. Madrid: IMSERSO.
- Scharf, T. (2001): Ageing Update. Social Gerontology in Germany: Historical Trends and Recent Developments, *Ageing and Society*, vol 21, pp 489-505.
- Tanner, D (2003): Older People and Access to Care, *British Journal of Social Work*, vol 33, pp 499-515.
- Tobaruela, J.L. et al (2002): Centros de Día: coordinación con Centros de Salud, *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 37 (S1) pp 23-25)
- Twigg, J. (1996): "Les soins informels aux personnes âgées: Problèmes de fond et solutions", en OCDE: *Protéger les personnes âgées dépendantes*, París.
- VV.AA. (2005) "Centros de Día. Modelos y perspectivas en las grandes ciudades". Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Ware, T. Matosevic, T y otros (2003): Commissioning care services for older people in England: the view from care managers, users and carers, *Ageing and Society*, vol 23, pp 411-428
- Yanguas, J. et al. (1998): *Intervención psicosocial en gerontología*. Cáritas Española. Madrid.
- Zank S, y Schacke, C. (2002): Evaluation of Geriatric Day Care Units: Effects on Patients and Caregivers, *Journal of Gerontology*, vol 57 B, nº 4, pp 348-357.
- Zank S, y Schacke, C. (2003): Science Is A Matter of Cumulative Learning: Authors' Reply to the Commentary.
- Zarit, S. H. y otros (1998): Stress reduction for family caregivers: Effects on adult day care use. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 53 B, pp 267-277.
- Zarit, S. H. y otros (2003): Commentary on "Evaluation of Geriatric Day Care Units: Effects on Patients and Caregivers" and Authors' Replay. Give Day Care a Chance To Be Effective: A Commentary, *Journal of Gerontology*, vol 58 B nº 3, pp 195-199.

