



VIVIENDAS PARA PERSONAS MAYORES EN EUROPA. NUEVAS TENDENCIAS PARA EL SIGLO XXI

Pilar Rodríguez Rodríguez (ed.)

3

Colección
Papeles de la Fundación, N.º3

Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI

Pilar Rodríguez Rodríguez (editora)

Autores y autoras:

Domínguez Velasco, Marina

García-Milà Lloveras, Xavier

García Muñoz, Carlos

Lamagrande Picos, Teresa

Lindström Karlson, Astrid

de Martí Vallés, Josep

Martín Rodríguez, Paz

Martínez Ortega, Jorge

Martínez-Quesada, Maria del Carmen

Montero Lange, Miguel

Ochoa Mendoza, Estíbaliz

Porteus, Jeremy

Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. N.º 3, 2018

VIVIENDAS PARA PERSONAS MAYORES EN EUROPA.

NUEVAS TENDENCIAS PARA EL SIGLO XXI

Diseño de la colección: Carlos Molinero Brizuela

Traductora: Ainhoa Casado de Otaola

Maquetación: Amelia Fernández Valledor

pilares@fundacionpilares.org | www.fundacionpilares.org

Impreso en Afanías

ISBN: 978-84-09-06952-1 | Depósito Legal: M-38080-2018

Presentación	
Pilar Rodríguez Rodríguez, Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal	11

Capítulo 1

Longevidad: el gran reto de la arquitectura para un nuevo milenio,
por Paz Martín Rodríguez, Arquitecta.

Directora de FUNDC

Introducción	19
Consideraciones generales	20
Envejecimiento, vejez y longevidad	22
Urbanizando la vejez	29
Habitando la vejez	35
Disfrutando la vejez	43
Colofón	48

Capítulo 2

El papel de la vivienda y su evolución en las políticas de atención a las personas mayores en Suecia,
por Astrid Lindström Karlson, Trabajadora social, Experta en Servicios Sociales y consultora

El contexto	51
La política sueca de vivienda para personas mayores	56
La Ley de Servicios Sociales y las competencias de los Municipios	78
Derechos de las personas mayores	80
Proyectos recientes de mejora de la calidad de la atención	81
Referencias bibliográficas	83

Capítulo 3

Alternativas de vivienda para personas mayores en Alemania,
por Miguel Montero Lange, Sociólogo, experto en políticas
sociales y cuidados de larga duración (CLD)

Introducción	91
El tipo y grado de implantación de las viviendas alternativas para las personas con necesidad de cuidados	95
La revisión del Modelos de Atención Residencial	115
Los retos para las viviendas alternativas para personas mayores	118
Recursos	126
Referencias bibliográficas	131

Capítulo 4

Nuevos modelos colaborativos de vivienda y atención para las
personas mayores en Inglaterra,
por Jeremy Porteus, Director Gerente de Housing LIN Ltd y del
Plan Nacional *Lead for Housing* del Ministerio de Sanidad de
Inglaterra

Introducción	138
Retos demográficos y financieros	140
Mejor atención, más opciones y más control	142
Diseños amigables con las personas mayores	145
El deseo de contar con hogares de calidad en la edad avanzada	150
La política: responder a la demografía, satisfacer las expectativas crecientes e integrar salud, cuidados personales y alojamiento	152
Obstáculos para la vivienda con atención y cuidados	159
Diseño – ¿La baza ganadora de la vivienda con atención y cuidados?	163
El camino a seguir: nuestras futuras generaciones	165
Nota sobre la Red Housing Lin	166
Referencias bibliográficas	167

Capítulo 5

La visión de un promotor de viajes geroasistenciales por Europa... y una mirada a EE.UU.

por Josep de Martí Vallés, Jurista y Gerontólogo experto en residencias de personas mayores y director del Portal inforesidencias.com

Impresiones y reflexiones de un viajante	169
La residencia Humanitas-Akropolis, en Rotterdam, y la cultura del sí	174
La filosofía del “Free Choice”	180
El modelo <i>Greenhouse Project</i> . Una forma de atención centrada en la persona que nos llega de Estados Unidos	183

Capítulo 6

El modelo de viviendas de mayores en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha,

por Carlos García Muñoz, Psicólogo. Jefe Sección Programas Mayores. SS. Centrales JCCM y Teresa Lamagrande Picos, Psicóloga responsable del Programa de Apoyo Psicosocial Viviendas de Mayores de Castilla-La Mancha

Introducción	195
Las viviendas de mayores en Castilla-La Mancha	199
Definición del recurso	200
Formación de los y las profesionales	206
Situación actual de las Viviendas de Mayores y perspectivas de futuro	208
Referencias bibliográficas	214

Capítulo 7

Adaptación funcional de las viviendas existentes y características de las de nueva construcción.

por Xavier García-Milà Lloveras, Arquitecto, experto en accesibilidad

Introducción	217
--------------	-----

El marco europeo	219
La situación en España	225
Conclusiones	252
Referencias bibliográficas	253

Capítulo 8

Espacios saludables para las personas con enfermedad de Alzheimer,
por María del Carmen Martínez-Quesada, Doctora Arquitecta.
Universidad de Sevilla y Marina Domínguez Velasco, Graduada
en Arquitectura. Universidad de Sevilla

Introducción	257
El Alzheimer	262
Vivienda y bienestar en el Alzheimer	276

Capítulo 9

Las Tic como mejora del bienestar de las personas mayores,
por Estíbaliz Ochoa Mendoza, Ingeniera de Telecomunicaciones,
Ingeniera en organización industrial. Directora de Proyectos de
Innovación Social TIC en Fundación Vodafone España

Las Tic y la brecha digital	297
Las ventajas de las Tic para las personas mayores	299
La tecnología se va integrando en la vida de las personas mayores	304
Envejecer en casa: la tecnología necesaria para que las personas mayores sean independientes	305
Internet de las cosas, inteligencia artificial y chatbots	312
Europa y la promoción del envejecimiento activo	315
España y su papel en la promoción de la tecnología en los hogares de los mayores	319
Referencias bibliográficas	322

Capítulo 10

La vecindad en el marco de la copropiedad. Hacia una política de lo común,

por Jorge Martínez Ortega, Psicólogo experto en discapacidad y en Comunidades de vecinos. Consultor en Desarrollo Organizacional

Introducción	325
La comunidad de vecindad: un subsistema social invisibilizado	328
Situación actual	331
Política pública	334
El modelo "Elkarbizi Gestión.5	340
Resumen y algunas conclusiones	348
Referencias bibliográficas	350
Anexo. Películas y series	354

Presentación

*por Pilar Rodríguez Rodríguez,
Presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal,
editora del libro*

*El bienestar que experimento ante el fuego cuando el mal tiempo cunde
es todo animal. La rata en su agujero, el conejo en su madriguera, la
vaca en el establo deben sentirse tan felices como yo, en mi casa
(Maurice de Vlaminck)*

Las sociedades modernas están experimentando una enorme transformación desde múltiples perspectivas. Uno de los indicadores que más está contribuyendo a este cambio es el incremento constante de la esperanza de vida y, como corolario de la misma, de la longevidad humana. Según las últimas proyecciones demográficas del INE para España, dentro de tan solo quince años la población mayor de 65 años pasará de representar un 19% a más del 25% del total. Y durante ese corto periodo de tiempo el número de personas mayores de 80 años se incrementará en un millón de personas.

Sorprende que, ante un cambio como el mencionado, que no tienes precedentes en la historia de la humanidad, en algunos países, entre los que podemos incluir a España, no se esté respondiendo en materia de oferta de viviendas a este grupo de población de manera adecuada, cuando tanto la planificación urbanística como la arquitectura tienen un alto potencial de ser generadoras de soluciones adaptadas a los cambios sociales. Sin duda, la escisión que desde siempre ha existido en nuestro país entre las políticas

de vivienda y las de servicios sociales y de sanidad están entre las causas de esta debilidad en la oferta pública de viviendas para personas mayores incluidas aquellas que tienen situaciones de dependencia. Que estas casas se diseñen integradas en entornos comunitarios (y no en el extrarradio de las ciudades) y que los apoyos y cuidados se presten con el enfoque de atención centrada en la persona es la tendencia clara que se aprecia en los países más avanzados.

Conocemos por la investigación desarrollada que las personas mayores de hoy, y aún más las que están llegando a la edad de jubilación, presentan un perfil muy diferente al de generaciones anteriores: mucho más alto nivel de estudios, pensiones más elevadas, modelos de ocio más sofisticados, mayor conciencia de sus derechos y, por tanto, con un grado de asertividad y exigencia superiores. Este cambio de perfil agudiza la negativa percepción que las personas mayores tienen en cuanto a los modelos de alojamientos actualmente existentes para cuando se precisan apoyos y cuidados (las residencias). Y reclaman cada vez con más fuerza contar con viviendas modelo hogar en el que puedan mantener el máximo control de sus vidas, aunque lleguen a desarrollar situaciones de dependencia.

Estas son las razones principales por las que en nuestra Fundación nos planteamos continuar colaborando al mejor conocimiento de las alternativas que se están desarrollando desde hace años en diferentes países de Europa para personas mayores en materia de vivienda.

El resultado de esa preocupación es el libro que aquí se presenta y que comienza en su primer capítulo planteando la lon-

gevidad como un gran reto para la arquitectura, pero también para promotores, planificadores y gestores de vivienda y de las políticas de servicios sociales y sanitarios. Incorporar la visión y la voz de la arquitectura, reclamando una política urbanística y de vivienda ajustada a las necesidades y deseos de las personas mayores creemos que constituye un buen pórtico de entrada a esta publicación. Urbanizar, habitar y disfrutar la vejez; tales son los sugerentes apartados en los que se va presentando un conjunto de propuestas para innovar en este campo.

Le siguen una serie de capítulos (del 2 al 5) en los que pueden encontrarse ejemplos de países que, aunque con sistemas de bienestar diferenciados, resultan coincidentes en ofrecer una diversidad de alternativas de vivienda para que las personas mayores puedan tomar decisiones y elegir dónde vivir con garantía de que recibirán la atención y apoyos que puedan precisar y conservando siempre el máximo control sobre sus vidas. De la mano de reconocidos expertos de cada país se van presentando la evolución y las últimas tendencias en Suecia, Alemania, Inglaterra, Países Bajos y Estados Unidos. Podrá observarse a lo largo de su lectura que el denominador común de estos alojamientos es que en todos ellos hay un alejamiento y rechazo razonado del modelo institución, predominando los conceptos de “vivienda” y “hogar” que se mantienen y se cuidan hasta el final de la vida, con independencia del estado de salud y de la capacidad funcional de las personas que las habitan.

En el capítulo sexto se describe una experiencia española que se está revelando en sus resultados de evaluación como muy adecuada para su enmarque en hábitats rurales con población

dispersa. Se trata de las viviendas comunitarias de Castilla-La Mancha, que se ofrecen como alternativa viable para combatir la soledad de muchas personas mayores que quedan aisladas en sus pueblos, favorecer el apoyo mutuo y desarrollar la solidaridad vecinal. Además de cumplir estos loables objetivos, esta modalidad de vivienda también presenta una nada desdeñable potencialidad de creación de empleo al ofrecer puestos de trabajo a la población joven en unos territorios muy marcados por la despoblación.

Pero, además de planificar un nuevo modelo de viviendas para personas mayores, se considera muy relevante plantear la necesidad de desarrollar una política de adaptación del parque de viviendas existente. Más de un 95% de la población mayor española vive en su propia casa, y la mayoría son propietarias de la misma. Pero alrededor de un 40 por ciento de estas viviendas tienen problemas de accesibilidad importantes al carecer de ascensor, salvaescaleras o rampas, de manera que, en algunos casos, el hogar puede llegar a convertirse en una cárcel. ¿Y qué decir de las barreras del interior de la casa, que obstaculizan a muchas personas llevar a cabo las actividades de la vida diaria cuando se tienen limitaciones funcionales? En el capítulo 7 del libro se describe, recogiendo recomendaciones y resultados empíricos de evaluación, cómo llevar a cabo programas coherentes y estructurados de adaptación funcional personalizada de viviendas.

Desde el capítulo octavo se advierte de la necesidad de desarrollar proyectos constructivos o de adaptación de viviendas que tengan en cuenta las limitaciones de las personas con deterioro cognitivo, fundamentalmente el derivado de la Enfermedad de Alzheimer. Para desarrollar este apartado se ha considerado de

interés incluir la mirada experta que desde la arquitectura se proyecta para, desde el conocimiento preciso de las consecuencias de esta enfermedad, generar espacios que minimicen las dificultades de estas personas para desenvolverse en su entorno y conseguir ambientes que resulten estimulantes, orientadores y significativos en campos como el emocional, sensorial o cognitivo.

Y no podía faltar en una publicación que trata de orientar sobre diferentes facetas que tienen que ver con la vivienda de las personas mayores y su bienestar, el tema de las Tecnologías de la información y la comunicación (TIC), que tienen ya en la actualidad, pero lo tendrán mucho más en el futuro, un relevante papel. En el capítulo 9 se describe parte de la amplia oferta ya disponible que puede resultar de utilidad para personas mayores (interfaces accesibles, asistentes de voz, mensajería instantánea), así como diversas aplicaciones para mejorar la memoria, para hacer ejercicio físico o para disfrutar del ocio. También las TIC avanzan y se perfeccionan en todo lo relacionado con la domótica y la teleasistencia avanzada (detectores de presencia, de humo, gas, apertura de puertas, videoatención, control de constantes vitales...). Y se da cuenta también en esta parte de un futuro nada lejano en el que la robótica tendrá cada vez más presencia, entre otras cosas, para mejorar el cuidado de las personas que tienen una situación de dependencia. España forma parte de potentes equipos con diferentes países europeos que están desarrollando proyectos que abren escenarios muy prometedores para mejorar la vida de las personas mayores mediante las TIC.

El libro se cierra con un capítulo (el décimo) dedicado a la vejez en el marco de la propiedad, en el que se apela a trascen-

der el significado de las comunidades de propietarios y recuperar el concepto, hoy invisibilizado, de vecindad, entendida esta como un bien común que se configura como un subsistema situado a medio camino entre la familia y el barrio. En este capítulo final se da cuenta de la aparición de algunas iniciativas comunitarias que tratan de recuperar lo más noble de la noción de vecindad y, desde ellas, se presenta un modelo que emana de la proximidad y la cercanía de personas que viven juntas, mediante el que rescatar valores como la comunicación, la valoración de lo común, la práctica de la solidaridad, de la reciprocidad y de los cuidados de las personas y del entorno.

Se espera, en fin, contribuir con este libro a recordar la enorme relevancia que la vivienda tiene para todos y, lógicamente, también para las personas mayores. Si, parafraseando a Bachelard, nuestra casa es nuestro rincón del mundo, nuestro nido, nuestro cosmos, nuestro refugio, y, por tanto, el lugar de la integración de nuestros pensamientos, recuerdos y sueños, esa percepción de “casa” igual a seguridad, reposo, intimidad, adquiere en la última etapa de la vida resonancias aún más fuertes y vívidas que en otros momentos vitales más ligadas a la actividad externa.

Apoyar que sea posible que los alojamientos para personas mayores, incluidas las residencias hoy existentes, evolucionen hacia el concepto “casa”, con toda la riqueza de significados que el término evoca, y se facilite así que la vida siga teniendo un sentido pleno hasta el final, es el objetivo de este libro.



Colección
Papeles de la Fundación

Longevidad: el gran reto de la arquitectura para un nuevo milenio,

*por Paz Martín Rodríguez, Arquitecta.
Directora de FUNDC*



Fotografía: Cesar García Guerra ARKINOTECTURA

Introducción

Mi interés personal en este campo comienza por una experiencia personal que me marcó profundamente, la enfermedad y fallecimiento de mi padre víctima de una enfermedad degenerativa, habitual en la edad avanzada, por la que no solo entré en contacto directo con una realidad que hasta ese momento desconocía, sino que también produjo en mí una profunda reflexión acerca de cómo la disciplina de la arquitectura, a la que había dedicado más de veinte años de mi vida profesional, estaba abordando un tema tan complejo como el envejecimiento de la población y las consecuencias del mismo en nuestro entorno construido.

Este texto pretende resumir las conclusiones resultado de la investigación que realicé durante los años 2015 a 2017 en el marco de la Beca Leonardo a Investigadores y Creadores Culturales 2015 de la Fundación BBVA, y que tuvo como resultado la exposición iti-

nerante ‘envejezANDO. Diseño para Todos: Arquitectura y Tercera Edad en España’ que ha visitado ya varias ciudades españolas y se encuentra actualmente en el Burgo de Osma.

El objetivo de la misma es, aparte de dar a conocer los resultados de dicha investigación, experimentar la realidad existente de la vejez de manera contemporánea y propositiva, persiguiendo que el visitante pueda entender los valores intrínsecos de la propia Arquitectura como generadora de soluciones para necesidades reales y también tomar contacto con las consecuentes particularidades de un colectivo hasta ahora invisible para entender que el respeto a la edad debe formar parte de nuestro presente. Para ello propone un viaje temporal del propio visitante que se confrontará con la inexorabilidad del paso del tiempo en su propia persona y que deberá al final del mismo decidir en qué mundo le gustaría vivir.

Organizada en cuatro ejes, la exposición aborda la vejez en sí misma y sus relaciones con la ciudad, la vivienda y el ocio, aspectos relacionados con el diseño arquitectónico, y en los que el visitante puede comparar dos escenarios sobre esta realidad: el presente (2016) y el del futuro (2050).

Intentaré en este texto hacer partícipe al lector de mi propio viaje de inmersión en el apasionante mundo de las relaciones entre longevidad y la arquitectura y de las conclusiones obtenidas en el mismo, y para ello utilizaré como guía los ejes expositivos que no son otros en los que la arquitectura debe y puede aportar.

Consideraciones generales

“Cada vez hay una discrepancia mayor entre la aceleración de la cultura y la lentitud persistente de la arquitectura”. Rem Koolhaas 2004.

Esta afirmación es muy relevante en tiempos de una sociedad altamente envejecida, ya que algunos de los aspectos específicos de la vida humana –la vejez, la enfermedad, la decadencia, los cuidados– parecen estar adscritos a determinados espacios físicos que se mantienen separados del espacio de la vida cotidiana que nos rodea.

La arquitectura, como un medio de organizar las relaciones humanas en el espacio y el tiempo, está sujeta a una fuerte ortodoxia en cuanto a dónde y cómo ciertas funciones se deben ubicar en el paisaje urbano.

Mientras que la arquitectura contemporánea admite el ideal de estructuras multifuncionales, a un urbanista nunca se le ocurriría mezclar espacios de vida con espacios de degradación. Ubicados frecuentemente en la periferia de la ciudad, es como si los espacios de la senectud, la decadencia o la enfermedad –cementeros, hospitales, sanatorios, residencias– hayan sido arrojados fuera del alcance de nuestra conciencia corporal.

Está claro que la arquitectura alcanza físicamente lo que la sociedad de consumo intenta aplicar mentalmente. La vejez y la idea de ella no tiene cabida en una sociedad que solo alaba las virtudes de la juventud, la movilidad y el éxito.

O más que un no lugar en absoluto, ¿no asignamos topografías bien definidas, pero camufladas, estéticamente cuestionables e introvertidas a la vejez y a la discapacidad? Es como si la propia arquitectura como generadora de soluciones para necesidades reales hubiese olvidado su finalidad social para centrarse exclusivamente en las funciones productivas y representativas.

También es cierto que a pesar de que están mucho menos expuestos y que no generan atención en esta sociedad bulímica de

imágenes, sí que empiezan a aparecer ejemplos de nuevos proyectos para mayores que, desde el respeto, reivindican la dignidad de esta etapa de la vida.

El envejecimiento de la población, también llamado *tsunami gris*, constituye un reto de grandes dimensiones a todos los niveles, comparable al que se enfrentaron aquellos arquitectos que diseñaron las modernas ciudades que acogían un éxodo rural masivo o aquellos que reconstruyeron las ciudades después de la guerra, periodos en los que la necesidad de actuar con rapidez y ofrecer soluciones innovadoras y adaptadas a los recursos existentes hizo que las soluciones aportadas sentasen las bases para muchos desarrollos posteriores.

A diferencia de entonces, en que el reto era un objetivo prioritario de todos los agentes públicos y privados implicados y por lo que se contrataron a muchos e importantes arquitectos, parece que hoy todavía no se ha llegado a considerar la escala y dimensión del reto de la longevidad y de lo mucho que esta afectará a las viviendas y a las ciudades que habitamos, e intentar anticiparnos al escenario, previendo qué características y necesidades reales tendrá esa compleja sociedad envejecida, y darle soluciones innovadoras a la altura.

Envejecimiento, vejez y longevidad

Para poder definir qué áreas afectan directamente a la arquitectura y al diseño es necesario definir qué condiciones son las que varían debido a la edad en las personas y cuáles de ellas deben ser tenidas en consideración para el diseño.

“El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.

Es difícil determinar el momento en que éste se inicia, algunos autores consideran que se manifiesta a partir del momento de la máxima vitalidad, alrededor de los 30 años en el hombre”¹

“En la actualidad el período de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, cuando los fenómenos intrínsecos del crecimiento y del envejecimiento se desarrollan en un medio adecuado. De no ser así, la duración cronológica de la vida humana se reduce proporcionalmente, aun cuando el espacio biológico sea en todos los individuos el mismo”.²

Esto es, el medio en el que habitamos y las condiciones de vida que tenemos son determinantes para envejecer más y en mejores condiciones.

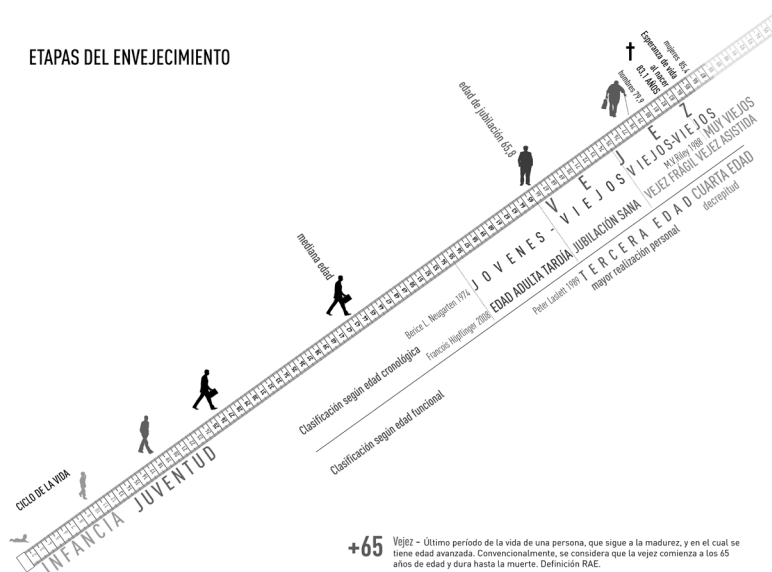
Por el contrario, la vejez representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humana. Según la RAE, se trata del último periodo de la vida de una persona, que sigue a la madurez y en el cual se tiene una edad avanzada. Convencionalmente, se considera que la vejez comienza a los 65 años de edad y dura hasta la muerte.

Esta etapa de la vida, ha sido y está siendo objeto de muchos estudios, que intentando clasificar a su vez las distintas etapas de este periodo, o bien por edad cronológica o bien por edad funcional, han dado lugar a muchos términos, que actualmente nos son muy familiares, como Tercera Edad o incluso Cuarta Edad.

1 Rodés Texidor J. Guardia Massó J. Biología del envejecimiento. Editorial Masson. Edición 1997. Barcelona (España). 3472- 3475.

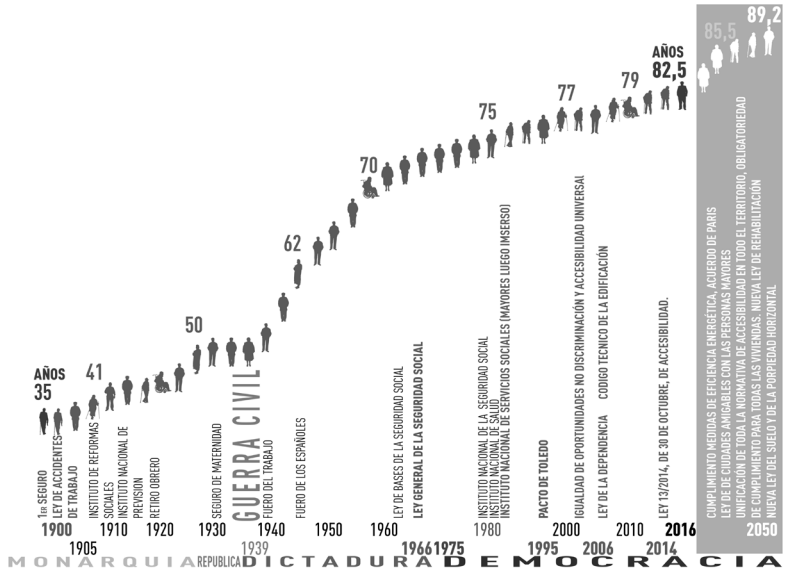
2 Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 100 - Diciembre/2000 Páginas: 21-23 ENVEJECIMIENTO Prof. Dr. Juan F. Gómez Rínessi Srtas. Soledad Saiach, Natalia Lecuna

ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO

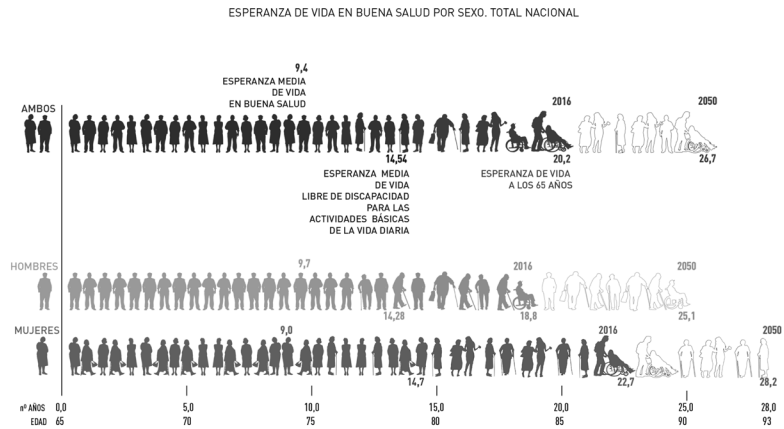


Esto es debido a que cada vez la esperanza de vida en los países desarrollados y en vías de desarrollo está creciendo de manera muy significativa dando lugar al concepto de revolución de la longevidad. España es el segundo país con mayor esperanza de vida de la OCDE por detrás de Japón, situándose esta en 83.1 años de media, pero si analizamos la misma principios de siglo pasado en nuestro país esta era de 35 años. Como se puede observar en el siguiente gráfico, esta esperanza de vida ha venido condicionada por muchos hechos históricos, además de por muchos avances como el acceso a la cobertura sanitaria, prevención de la salud, alimentación y practicas saludables, pero también por unos entornos físicos y sociales muy favorecedores.

Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI

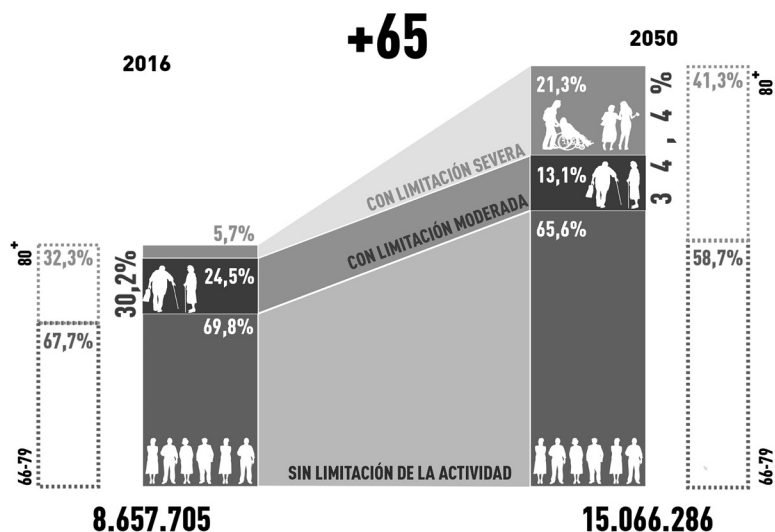


Está que claro entonces que en España cada vez vivimos mas y en mejores condiciones, según el INE unos 20.2 años de media desde la jubilación, de los cuales 14.54 años estarán libres de discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria, y en los restantes probablemente necesitemos ayuda externa.



Fuente: MUJERES Y HOMBRES EN ESPAÑA 2016, TABLAS DE SALUD INE 2016 E INDICADORES DE DESARROLLO SOSTENIBLE EUROSTAT. INEBASE : Proyecciones de Población 2016-2066 Y ELABORACIÓN PROPIA

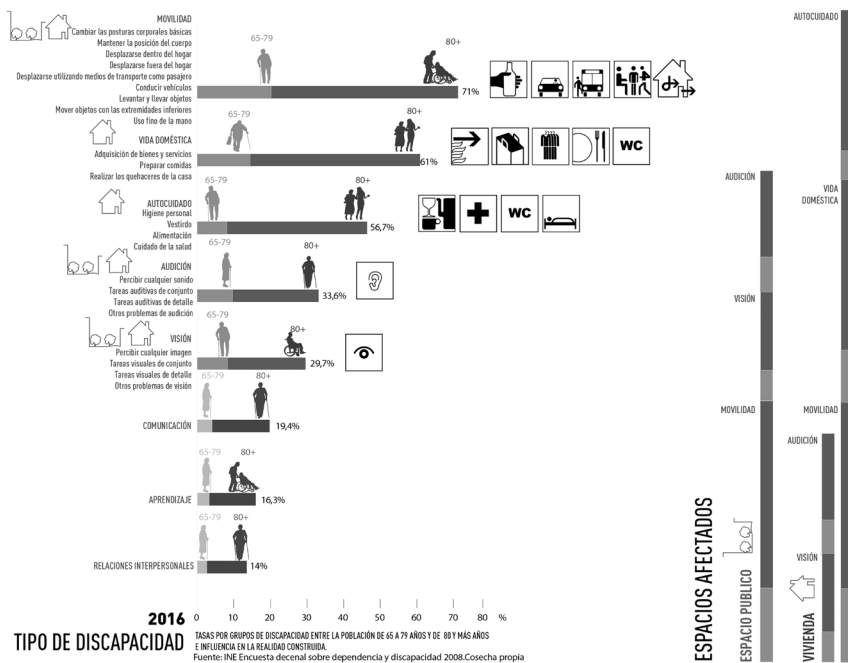
Este hecho no afectará a toda la población ni tampoco por igual a hombres y a mujeres, ya que nosotras vivimos peor durante más años, y si analizamos el índice de discapacidad y tipos de discapacidad de las personas mayores hoy en día, se puede afirmar que, en contra de lo que se cree, cerca del 70% de la población mayor en España no presenta ninguna limitación en su actividad diaria, un 24.5% presenta alguna limitación moderada y un 5.7% presenta limitaciones severas.



También está demostrado que las personas con limitación moderada por medio de ayudas técnicas y productos de apoyo pueden reducir dicha limitación hasta en un 10 %, lo que nos lleva a concluir dos aspectos. El primero tiene que ver con el diseño de los entornos para personas sin limitaciones o limitaciones moderadas y el otro, es que debido al número de personas cada vez más mayores los casos de discapacidad severa aumentarán en número, lo que sí que nos debe hacer cuestionarnos cómo deberían ser estos espacios en el futuro.

Analizando los diferentes tipos de discapacidad que presentan las personas mayores y los espacios afectados por las mismas, se puede concluir que la vivienda es el espacio donde más problemas se producen por la discapacidad de sus habitantes, la movilidad, la vida doméstica, el autocuidado, la audición y visión

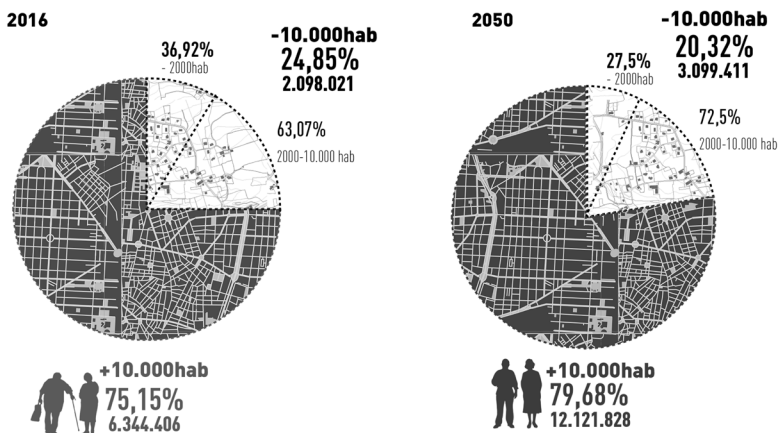
ordenados de mayor a menor son los tipos de discapacidad más comunes en personas mayores, aunque hay que señalar que la auténtica revolución que se está produciendo en la discapacidad de las personas mayores son las enfermedades degenerativas, que llevan aparejadas el resto de discapacidades, como son el Alzhéimer y otras demencias, el Parkinson, entre otras.



Deberíamos por tanto empezar a imaginar arquitecturas facilitadoras que completen con su diseño la limitación posible de los usuarios en el futuro, conceptos como la antropometría, las dimensiones de los espacios cotidianos y las relaciones entre ellos, los niveles de iluminación y de señalización, la materialidad y la confortabilidad, son elementos básicos con los que empezar a trabajar.

Urbanizando la vejez

Según el INE en nuestro país el 75,15% de las personas mayores habita en municipios mayores de 10.000 habitantes, aunque el envejecimiento de la población, proporción entre adultos mayores y jóvenes, es mayor en municipios más pequeños y según las proyecciones esto continuará siendo así en el futuro.



España rural: población que vive en los 5.831 municipios de 2.000 ó menos habitantes, 2.776.748 personas. Total España: 8.117 municipios, 46.771.341 habitantes.
Fuente: INE. INEBASE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2014. Consulta, abril 2015.

Esto es debido a varias causas, en primer lugar, al éxodo rural que todavía sigue siendo un gran problema, sobre todo en comunidades como Castilla y León, y, en segundo, a que la mayoría de los servicios se concentran siempre en grandes poblaciones, lo que obliga a muchos mayores de zonas rurales a emigrar a poblaciones mayores donde existen servicios para ellos.

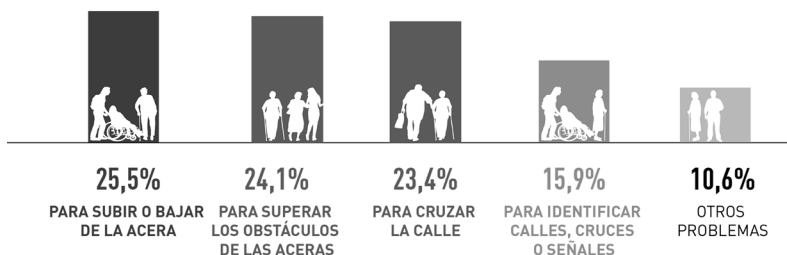
La ciudad, o pueblo, es el espacio donde se produce la relación entre los diferentes grupos sociales, donde se establecen las relaciones humanas y donde se produce la integración social y es

el espacio público como extensión del espacio doméstico donde se produce la socialización de los mayores.

Si analizamos la configuración actual de nuestras ciudades, estas han sido diseñadas para una vida productiva, en la que la movilidad, el aprovechamiento de recursos y la logística de servicios, están pensados para una población activa y eminentemente joven.

Esta condición añadida a la presión inmobiliaria que hemos vivido durante los últimos años, ha convertido nuestras urbes en lugares donde los espacios de relación eminentemente públicos, aceras, plazas, parques, y jardines, han sido descuidados. Temas como la accesibilidad, el mobiliario urbano, las dotaciones urbanas, y la movilidad comienzan de nuevo a estar en las agendas públicas.

PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS CIUDADES PARA LOS MAYORES



Total de encuestados con Discapacidad o dificultad

Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 y elaboración propia

Ciudades amigables con las personas mayores

La OMS, en su programa de 2005, *Age Friendly Cities* (Ciudades Amigables), fusiona el fenómeno del envejecimiento de la po-

blación mundial con la preocupación por el control de la urbanización del planeta y el control de las grandes aglomeraciones urbanas.

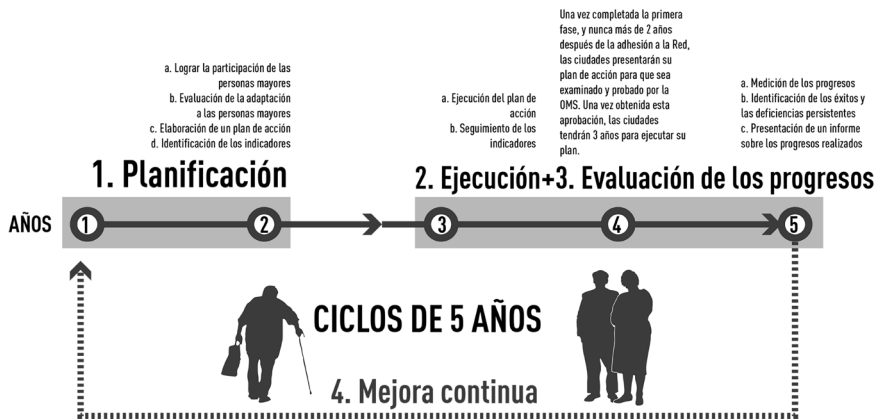
Para ello, el programa identifica una serie de aspectos que determinan la vida diaria de las grandes urbes: la vivienda, la movilidad y el transporte, la participación ciudadana, la inclusión social, el empleo, el diseño de los edificios, el espacio libre, las dotaciones y servicios, las redes colaborativas, la comunicación y el derecho a la información.

“Una ciudad amigable con las personas mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”. (OMS, 2007:7). Esta afirmación del texto del programa abunda en la necesidad de una ciudad en la que sea posible un envejecimiento de calidad haciendo posible la ocupación y el disfrute del tiempo de los mayores en un entorno participativo.

Este programa al que se adscriben voluntariamente las ciudades y pueblos, se implementa en periodos de cinco años, durante los cuales se realiza un diagnóstico de todos los campos anteriormente citados, se elaboran unas conclusiones y objetivos, se proponen mejoras, se llevan a cabo las mismas y se comprueba si estas mejoras han surtido efecto en los objetivos iniciales. Una vez transcurrido este tiempo, se comienza otra vez detectando nuevos problemas y continuando solamente con las iniciativas de éxito y con otras nuevas.

EL CICLO DE LA RED DE CIUDADES AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES

LAS CIUDADES PARTICIPANTES EN LA RED SE COMPROMETEN A REALIZAR EVALUACIONES Y MEJORAS CONTINUAS DE SU ADAPTACIÓN A LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: OMS. RED MUNDIAL OMS DE CIUDADES AMIGABLES CON LAS PERSONAS MAYORES

Lo realmente interesante del mismo es que se aborda el envejecimiento desde una perspectiva transversal ya que forman parte de él todos los agentes desde las diversas administraciones y disciplinas que abordan los temas que afectan a los mayores, y en el que precisamente este colectivo es el centro mismo del programa.

En España hay actualmente 156 ciudades y municipios adscritos este programa gestionado por el IMSERSO³, número que no ha dejado de crecer desde el año 2015. Cabe señalar que la comunidad autónoma donde más tiempo y con más recursos se ha ido implementado el mismo es Euskadi, tanto a nivel urbano como rural.

Si tomamos como ejemplo Euskadi, en el diagnóstico⁴ de las carencias que han detectado en sus ciudades y pueblos y las

3 http://ciudadesamigables.imsero.es/imsero_01/ciudades_amigables/ayun_parti/redespana/espana/index.htm

4 Ver https://issuu.com/envejezando/docs/ciudades_amigables_imprimir_a4lr

extrapolamos al resto de España, es llamativo constatar que las demandas de los mayores pasan por tener espacios públicos accesibles de calidad, con aceras sin obstáculos, con bancos y aseos públicos, más paradas de transporte público y con sistemas que les ayuden a orientarse con claridad. También se reclaman edificios públicos accesibles, con servicios y actividades intergeneracionales, mayores y mejores servicios sanitarios y de asistencia a domicilio y más posibilidades de acceso a una vivienda adaptada para ellos.

Conclusiones

Un entorno más amigable para las personas mayores desde el urbanismo supone que las ciudades deben rediseñarse para las diferentes capacidades humanas: la calidad del diseño urbano y su mantenimiento son cuestiones fundamentales que deben evaluarse y mejorarse en las ciudades envejecidas, y pasa por soluciones que no son tan complicadas o que no llevan un gasto aparejado tan importante. Una ciudad con suficientes bancos y zonas de sombra para sentarse y descansar, aseos públicos, aceras amplias sin obstáculos, buena iluminación y señalización, arbolado y zonas verdes... que promuevan la independencia, la salud física, la integración social y el bienestar emocional.

Dado que para los mayores son más difíciles los desplazamientos, se deberá planificar la ubicación de los lugares y servicios necesarios para su vida cotidiana (viviendas asequibles, comercios de proximidad, equipamiento sanitario, dotaciones, espacios públicos, etc....) de manera cercana, favoreciendo así la sinergia entre usos, espacios y lugares y aumentando la posibilidad de actividades al aire libre.

En otras palabras, una regeneración urbana entendida como “la consecución de un desarrollo urbano más inteligente, sostenible y socialmente inclusivo”, (Declaración de Toledo de 2010), en la que se establece que son las ciudades existentes las que han de asumir nuevos modelos de desarrollo para abordar la regeneración de sus barrios desde una perspectiva integrada, que por supuesto tendrá que tener al colectivo de los mayores como centro de la misma.

Si por otra parte intentamos ver los nuevos retos que se nos plantean en el futuro del diseño de nuestras ciudades, hay dos aspectos que van a suponer una revolución en el diseño de las mismas: la forma en que trabajamos y la forma en que nos movemos.

Debido la presión demográfica y a como está planteado nuestro estado del bienestar, está claro que, por primera vez en la historia, cuatro generaciones estarán activas en el mercado de trabajo. El trabajador envejecido con experiencia será un grupo demográfico cada vez más amplio, y que cada vez retrasará más su edad de jubilación. Por otra parte, la robótica y la inteligencia artificial, harán que muchos de los trabajos que hoy conocemos desaparezcan. El aumento de la economía colaborativa, habilitada por la tecnología, creará entornos nuevos de trabajo orientados hacia la flexibilidad, el trabajo en equipo y la convivencia, haciendo obsoletas muchas de las estructuras existentes en las ciudades para sus lugares productivos. Es por esto que los espacios de *coworking* no solamente aparecerán en las zonas de oficinas, sino que cada vez mas estarán presentes en nuestras calles y barrios y hasta incluso se convertirán en programas necesarios en las nuevas viviendas intergeneracionales.

La industria automovilística está inmersa en una revolución de consecuencias hasta ahora desconocidas para nuestras ciudades, los coches eléctricos con bajas emisiones, los coches compartidos y los coches autónomos (sin conductor), supondrán un cambio de paradigma en la forma en que hoy nos movemos y en la que entendemos la propiedad de los mismos.

Muchos de estos avances supondrán reducir de manera significativa los requisitos de espacio que hoy ocupan los viales y aparcamientos, dejando libres otra vez grandes espacios en las ciudades que podrán ser reclamados de nuevo por los que realmente los necesitan. El diseño de estas nuevas calles, libres de contaminación y vehículos, a lo mejor se asemeja a lo que fueron en su día los bulevares, reconvirtiéndose en espacios verdes y de esparcimiento para todas las edades.

Por otra parte, para un colectivo que ve reducida su movilidad ya que llegada cierta edad ya no puede conducir, el automóvil sin conductor puede suponer un gran avance para recuperarla y permitir el acceso a los diversos servicios que la ciudad ofrece. Esto mismo aplicado en el entorno rural, supondría que muchas de las personas que hoy se ven obligadas a abandonar sus pueblos por imposibilidad de acceso a servicios no tendrían que hacerlo.

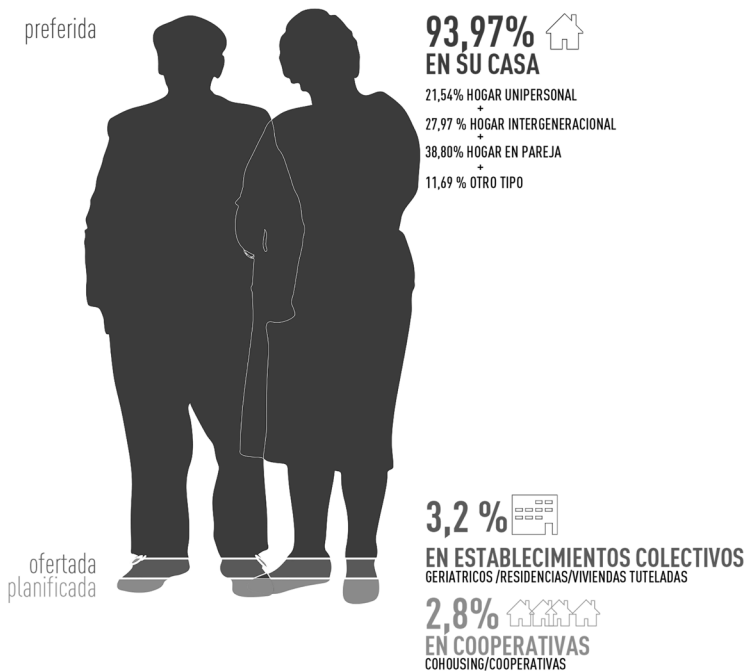
Habitando la vejez **Habitando individualmente...**

Actualmente en España el 18,8%⁵ del total de la población es mayor de 65 años y, según las proyecciones realizadas por el INE, en el año 2050 en nuestro país las personas mayores de

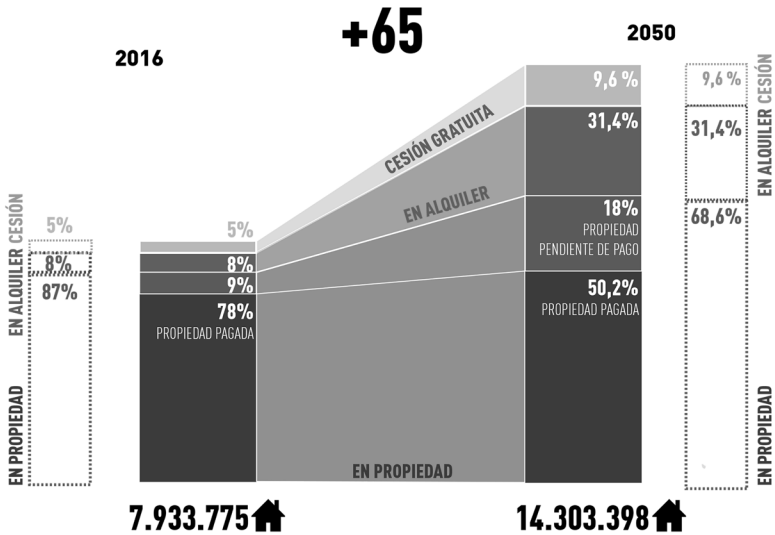
5 Según los datos del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2017.

65 años estarán por encima del 30 % de la población total, de los cuales aproximadamente el 30 % será mayor de 80 años.

Cuando una persona se hace mayor en España, prefiere quedarse en su propia casa el mayor tiempo posible (*age in place*). Hasta el 93,6 % de la población así lo quiere, según apuntan los indicadores estadísticos.



Esto se debe a tres factores clave; el primero es patrimonial, ya que, en nuestro país, el 89,2 % de las personas mayores de 65 años tiene su vivienda en propiedad completamente amortizada.



El segundo es médico-social, ya que cada vez hay más personas en esa franja de edad con una esperanza media de vida saludable y con un nivel cultural cada vez mayores, que gestionan su vida y su tiempo libre a su manera y que no están dispuestos a ser institucionalizados.

Y el tercero es económico, ya que, dependiendo del nivel de ingresos, el coste de trasladarse a otro modelo de habitar puede suponer variar desde una categoría inferior a un cuasi hotel de lujo.

Está demostrado que continuar viviendo en la propia casa y en su entorno es una muy buena opción para disfrutar de un envejecimiento activo, saludable y una buena calidad de vida.

Para ello existen programas específicos de ayuda a domicilio, de adaptación funcional de viviendas, etc. Pero hay que reconocer que muchas personas mayores necesitarán ayuda

externa intensiva al final de su vida y que determinadas tipologías de vivienda existentes presentan una dificultad o un coste tales de adaptación, en ausencia de prestaciones públicas para ello, que es imposible un correcto uso de las mismas, convirtiéndose *de facto* en auténticas cárceles para este colectivo.⁶

Según el informe publicado por el Observatorio Social de la Caixa con datos obtenidos del censo de población y viviendas de 2011 el 20,1% de las personas mayores de 65 años en España (1.596.675 personas) vive en una situación de vulnerabilidad residencial extrema, es decir, en hogares con problemas graves de habitabilidad. Dichos problemas son mayoritariamente de falta de accesibilidad y falta de calefacción, aunque también hay que señalar que algunas de ellas no cuentan con agua potable, o aseo dentro de la vivienda ni tampoco acceso a las redes de saneamiento.

Tradicionalmente, el modelo social mediterráneo y, en concreto, el español, en especial cuando aparecían problemas relacionados con la dependencia o la soledad, había asumido esta etapa de la vida de las personas mayores de dos maneras:

Por una parte, asumiendo las propias familias el cuidado de las mismas, de manera interna en sus propios domicilios, según los datos del INE de 2012 España es uno de los países de la UE con menor proporción de mayores viviendo solos y donde resulta más frecuente encontrar mayores que viven en hogares con más personas, además de su pareja.

Por otra parte, cuando esto no era posible, la sociedad venía ofreciendo hacerlo de manera externa, a través de las llamadas residencias de ancianos, fundamentalmente. Los servicios de

6 Más detalles ver publicación: https://issuu.com/envejezando/docs/libro_viviendalr

atención a domicilio (SAD) comenzaron a generalizarse a partir de mediados de los años 80 y sus ratios e intensidad no alcanzan en la actualidad a muchas de las personas que lo precisan.

Está claro que nuestro modelo social ha cambiado enormemente en los últimos años, y también el tamaño y la tipología de las viviendas, haciendo imposible para muchas familias el asumir el cuidado de sus familiares en sus domicilios.

Habitando colectivamente...

En España tan solo el 4,2% de las personas mayores vive en establecimientos colectivos gestionados externamente –residencias, viviendas tuteladas u otro tipo de alojamientos– no alcanzando significación estadística quienes lo hacen en viviendas autogestionadas. Está claro que este es un modelo que representa, hoy por hoy, un porcentaje muy bajo respecto a la población mayor. Pero, por otro lado, la tipología de proyectos de alojamientos para personas mayores son los que ahora y en el futuro representan los mayores retos en posibilidad de innovación y sostenibilidad social.

Frente a este desafío y desde la perspectiva de un cambio de modelo social, se están llevando a cabo multitud de intentos, más allá del cuidado institucionalizado, para diseñar formas alternativas y más innovadoras de viviendas para mayores, cada una de ellas relacionada con el grado de fragilidad y dependencia de los mismos.

Ordenadas de menor a mayor nivel de institucionalización encontramos, fundamentalmente: las viviendas *senior* independientes, las viviendas colaborativas de mayores, los proyectos intergeneracionales, las viviendas tuteladas, las viviendas asistidas, las residencias y los centros sociosanitarios.

El objetivo actual en este sector es extender la independencia y la autonomía de las personas mayores al máximo para que su estancia en viviendas independientes se prolongue y el cuidado institucional sea sustituido por modelos radicalmente nuevos de cuidado, con unidades mucho más pequeñas de convivencia, asimilables a unidades familiares, y con un modelo de atención centrado en la persona.

Conclusiones

Teniendo en cuenta los datos acerca del parque de viviendas actual, es muy importante señalar que uno de los grandes retos futuros para los arquitectos será la necesaria rehabilitación y remodelación de viviendas y edificios existentes para adaptarlos a las necesidades de este colectivo (accesibilidad universal, espacios de socialización específicos, adecuaciones de tamaño a las posibilidades de mantenimiento, condiciones de confort y reducción de las demandas de consumo energético, etc.) y todo ello dentro de entornos integradores .

En otro orden, debemos también investigar nuevas tipologías residenciales colectivas más acordes a dichas necesidades para alojar a personas que quieran envejecer activamente en una vivienda adaptable a sus necesidades presentes y futuras, mejoras que giran en torno a la accesibilidad y adaptabilidad de los muebles y estancias que cambien a lo largo del tiempo de manera individualizada.

Un ejemplo de estas nuevas formas de convivencia son las viviendas autogestionadas de mayores en forma de cooperativa, o también llamados *cohousing* de mayores, modelo importado de países del mundo anglosajón donde existe una gran tradición al respecto. Son cooperativas sin ánimo de lucro de personas ma-

iores que se asocian para construir unas viviendas con servicios que les permitan vivir de manera independiente y que les ofrezcan servicios adaptados a sus necesidades. Existen tanto en la ciudad como el entorno rural y aunque todavía no son muchos es un modelo de éxito entre los mayores.⁷

Personalmente estoy más a favor de la integración y aunque la segregación de los mayores sea solo en un edificio o complejo, me parecen mucho más interesantes los modelos de vivienda intergeneracional⁸, en el que jóvenes y mayores conviven en viviendas independientes, pero compartiendo servicios comunes. Desafortunadamente, todavía no hay muchos ejemplos nuevos en España, pero lo realmente interesante es que estos edificios suponen una negociación entre intereses diversos, pero también un apoyo entre generaciones, y en los que está demostrado que los diferentes grupos de edad aprenden unos de otros de maneras fascinantes.

Cabe reseñar que este modelo que ahora se presenta como novedoso, se lleva haciendo desde hace muchos años en nuestro país en las conocidas corralas, donde jóvenes y mayores siempre han convivido y donde los lazos vecinales siempre han sido muy fuertes. Con esto quiero decir que deberíamos estudiar mejor estos modelos de convivencia tan nuestros y readaptarlos a las nuevas necesidades contemporáneas.

En resumen, no se trata solamente de resolver correctamente edificios adecuados para la gente que hoy es mayor, ni de avanzar decididamente en materia de accesibilidad, aspecto en el que se ha experimentado un cambio notabilísimo, sino también en

7 Ejemplos en España: https://issuu.com/envejezando/docs/cohousing_01lr.

8 Ejemplos en España: https://issuu.com/envejezando/docs/intergeneracionales_01lr.

anticiparse y pensar que necesidades presentará la población que será mayor en el futuro.

Esto supone aportar nuevos enfoques en las viviendas con cuidados que impidan el aislamiento y estigmatización asociadas a soluciones que están diseñadas exclusivamente para personas mayores y permitan, como ya sucede en los edificios intergeneracionales, combinaciones nuevas y sorprendentes: escuela infantil y residencia de mayores⁹, casa de acogida de madres solteras y de mentores mayores¹⁰, etc. Ha llegado el momento de probar, investigar y medir programas emergentes.

Por último, voy a detenerme en los edificios de cuidados para personas con una discapacidad severa y sus modelos de convivencia, ya que, aunque en estos casos no se pueda estar “en casa”, se están implementando ya los modelos existentes de residencia geriátrica para convertirlos en estar “como en casa”. Esto supone que en muchos casos ya se anima a los residentes llevarse consigo mobiliario y objetos de sus viviendas, también se están mejorando sus instalaciones para dotarlas de espacios naturales (huertos) con la incorporación de la posibilidad de tener mascotas, que están demostrando ser muy importantes para la mejor calidad de vida de sus ocupantes, y también reduciendo la cantidad de personas que habitan en ellos. Todas estas mejoras todavía están lejos de las conseguidas en países como Dinamarca, en los que las residencias tal y como las conocemos aquí en España están prohibidas por ley desde 1987 y donde estos lugares son, como en Suecia y el resto

9 Ver Centro Intergeneracional A Farixa, Ourense, Fundación Amancio Ortega, recién inaugurado. <http://www.laregion.es/articulo/ourense/centro-intergeneracional-ourense-ofrecera-82-plazas-ninos-otras-80-mayores/20180312172059777568.html>.

10 Ver Centro Intergeneracional en Beekmos, Holanda <https://www.ageofnoretirement.org/stories/youngmum-sandoldercoaches>

de países nórdicos, unidades de convivencia de 8 o 9 personas que habitan en pequeños complejos integrados en las ciudades.

Un ejemplo que merece especial mención por su concepción única en el mundo es Hogeweyk¹¹, en Holanda, una pequeña villa donde los pacientes con demencia viven en viviendas compartidas de 6 o 7 personas en completa autonomía, y donde desarrollan una vida normal. Con instalaciones como plaza, teatro, jardín, cafetería, supermercado y oficina de correos, cada vivienda está diseñada y amueblada para el momento en que los residentes comenzaron a perder la memoria, años 50, 60 o incluso 2000, ya que esto les ayuda a sentirse más en casa. Más de 250 empleados a tiempo completo y parcial se ocupan de los residentes, asumiendo roles en la villa como dependientes en las tiendas, cines, restaurantes o en la oficina de correos.

Es un gran ejemplo que demuestra una vez más como el ambiente afecta el comportamiento y el estado de ánimo, permitiendo a esas personas vivir sus vidas al máximo de su capacidad, ejemplo que Francia ya ha anunciado que seguirá en la ciudad de Dax¹².

Por último, me gustaría señalar aquí que sería necesario una revisión profunda de la normativa existente con respecto a la vivienda y los espacios habitacionales, para poder permitir estos nuevos usos aquí comentados.

Disfrutando la vejez

«El ocio es una experiencia integral de la persona y un derecho humano fundamental»

¹¹ Ver <https://hogeweyk.dementiavillage.com/>.

¹² Ver https://www.abc.es/sociedad/abci-francia-construye-pueblo-para-personas-alzheimer-201806080921_noticia.html.

En el año 2002 la propia OMS, como se ha señalado anteriormente, define el término envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (O.M.S, 2002:79). De esta manera se considera el envejecimiento como una experiencia positiva, una vida más larga acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. Esta definición no solo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas social, económica y cultural que afectan al envejecimiento de las personas.

Las actividades de ocio, ya sean de forma pasiva o activa, ocupan un espacio fundamental dentro del tiempo de las personas mayores. Los patrones de actividad activos marcan la tendencia del envejecimiento activo y saludable, formulándose como elemento clave para la prevención de la dependencia. El mantenimiento de una vida social activa, a través de las actividades de ocio, garantiza un envejecimiento satisfactorio tanto a nivel cuantitativo como cualitativo.

El ocio no solo es un derecho de las personas mayores sino una experiencia personal. Ello implica reconocer que los mayores no son un grupo homogéneo; que no todos los mayores tienen el mismo estilo de vida y, consecuentemente, tampoco el mismo estilo de ocio.

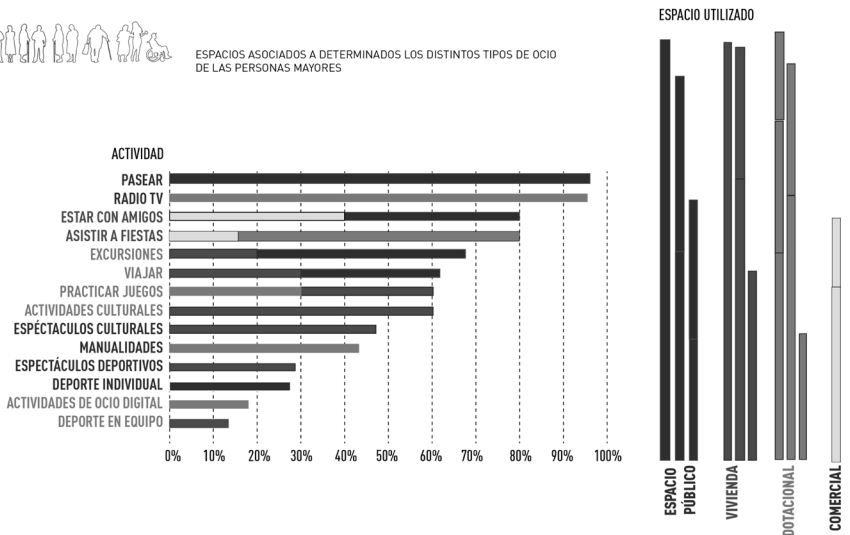
Para analizar las actuales y futuras necesidades de los mayores con respecto al ocio debemos tener en cuenta sus tipos sociales, que presentan patrones de comportamiento y consumo similares, dicho de otra manera, cada generación presenta unas demandas muy diferentes con respecto al uso de su tiempo libre.

A día de hoy, centrando el análisis en cada una de las actividades obtenidas de la encuesta de consumo y hábitos culturales de 2011, se observa como el propio hogar es el lugar elegido por la mayoría de las personas mayores que en su tiempo libre eligen dedicarlo a juegos de mesa, manualidades, oír la radio y ver la televisión, actividades vinculadas al ocio digital, asistir a fiestas, actividades culturales (leer...), e incluso deportes de carácter individual.

Algunas de estas actividades también tienen una presencia importante en equipamientos comunitarios, como son los juegos de mesa, las manualidades, el ocio digital y el deporte individual, los espectáculos deportivos y el deporte en equipo. Los espacios abiertos son los elegidos por las personas mayores para pasear y estar con amigos.

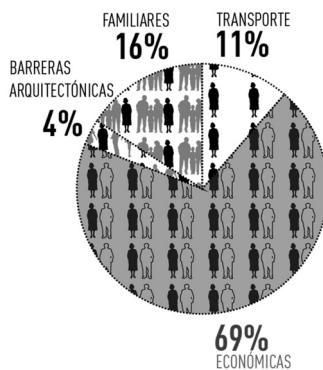


ESPACIOS ASOCIADOS A DETERMINADOS LOS DISTINTOS TIPOS DE OCIO DE LAS PERSONAS MAYORES

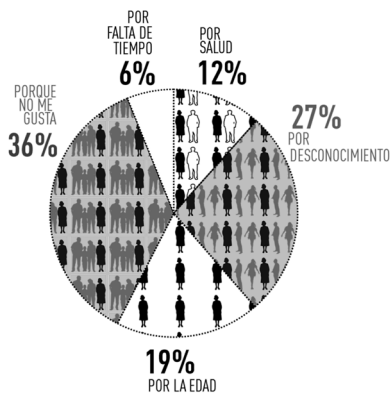


Es importante señalar que la práctica del ocio no es posible para un 4% de sus usuarios debido a las barreras arquitectónicas, esto es, acceso y deambulación por los edificios dotacionales.

BARRERAS EXTERNAS A LA PRÁCTICA DEL OCIO



BARRERAS INTERNAS A LA PRÁCTICA DEL OCIO



Por otra parte, según el INE en su encuesta de turismo y hoteles de 2015, en España se produjeron un total de 13.590.000 viajes de personas mayores de 65 años en un año, incluyendo en esta cifra los viajes del IMSERSO y los 6.000.000 de turistas extranjeros mayores que nos visitan cada año. Cifras que han continuado creciendo hasta nuestros días según los datos recientemente publicados.

Pero si analizamos nuestra oferta hotelera y el nivel de accesibilidad de nuestro patrimonio cultural, la mayoría de los 14.995 hoteles y de nuestros monumentos no son accesibles. Esto es un dato devastador para nuestra industria, ya que somos el segundo destino hotelero a nivel mundial.

Podemos afirmar también que todo hotel de categoría elevada (más de 3*) cuenta con una disposición de espacios suficiente como para garantizar unos mínimos de accesibilidad. Tales cifras parecen indicar que, en relación al espacio necesario para la accesibilidad, no existen limitaciones que justifiquen la presencia de barreras físicas en las zonas privadas, públicas o administrativas.

Conclusiones

La vejez puede hacer difícil dedicarse a actividades nuevas o no convencionales. Sin embargo, el entorno en el que vivimos puede cambiar esto. El primer reto al diseñar infraestructuras sociales, interiores o al aire libre, y edificios públicos, los arquitectos y diseñadores urbanos deberán crear entornos que permitan a las personas practicar actividades como interactuar, jugar, relajarse, caminar, sentarse o tomar el sol.

Por otra parte, cada vez son más los agentes sociales que han ido prestando atención a la necesidad emergente de promover

programas y espacios intergeneracionales generando prácticas de encuentro y colaboración entre personas de diferentes edades. Hablamos de un fenómeno extendido en toda Europa como un medio efectivo para el logro de una sociedad solidaria e integradora.

Es por ello que otro gran reto para los urbanistas será localizar espacios de oportunidad para la implantación de servicios innovadores de alta calidad para este sector de la población que sean utilizables por el mayor número de personas en la mayor cantidad de situaciones posibles, contemplando tanto la posibilidad de ocupación de parcelas exclusivas como de hibridación con otros usos.

Otro gran reto que se nos plantea como arquitectos es la necesaria readaptación de nuestras infraestructuras hoteleras y culturales a unos consumidores con necesidades diferentes que supondrán un impulso económico de primer orden, se trata de ofrecer servicios de calidad para conseguir un turismo sostenible.

Y para finalizar, deberemos también pensar en cuales serán las demandas de los futuros mayores con un nivel de estudios mucho mayor y con unos patrones de ocio completamente distintos a los de ahora, para prever espacios muy flexibles, convertibles y adaptables con el paso del tiempo.

Colofón

Todo reto plantea nuevas oportunidades y en concreto el de la longevidad abre nuevos e inexplorados caminos no solo para arquitectos, sino también para promotores, y empresas innovadoras que sean capaces de anticipar este escenario y darle respuestas de calidad.

Evolución de las viviendas en Suecia, Inglaterra, Alemania, Estados Unidos...



**Colección
Papeles de la Fundación**

El papel de la vivienda en el contexto de las políticas de vejez en Suecia.

*por Astrid Lindström Karlsson,
Trabajadora social, Experta
en Servicios Sociales y consultora*

El Contexto

Suecia tiene 9,6 millones de habitantes, el 19,4% tienen 65 años y más, y un 11,5% de estos han nacido en otro país. Entre los países de la UE, Suecia es de los que tiene la mayor proporción de personas de 80 años y más: el 5,3%, y un 8,8% de estas personas han nacido fuera de Suecia. Según las proyecciones demográficas, las personas de 65 años y más llegarán al 23% en el año 2030.

En cuanto a la oferta de servicios y alojamientos, los servicios a domicilio, de gran expansión a partir de 1950 (complementados con enfermería a domicilio, “patrullas de noche”, adaptaciones de la vivienda, ayudas técnicas, tele-asistencia, etc.), constituyen una pieza clave en la construcción del Estado del bienestar universal sueco. Fue el primer servicio social dirigido a toda la población y no únicamente a las personas sin recursos. Esta política es la que ha

hecho posible a las personas mayores frágiles y con limitaciones funcionales seguir viviendo en su domicilio, sin tener que depender de la familia. Y a las hijas de esa generación les ha permitido no tener que renunciar el trabajo remunerado debido a la necesidad de cuidar a su padre o madre.

El sistema de pensiones y el derecho constitucional a una vivienda en buenas condiciones han sido también muy importantes para la autonomía y la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores, reforzado mediante una resolución parlamentaria (año 1985) y la ley marco de la Vivienda, según la cual, las personas mayores y las personas con discapacidad tienen derecho a vivir y recibir cuidados en una “vivienda completa”, incluso cuando viven en un centro residencial/vivienda asistida. En consecuencia, en Suecia ya no hay habitaciones compartidas en los centros, sino apartamentos de unos 30 m², como mínimo, equipados con baño, *kitchenette* y alcoba, que los residentes decoran con sus propios muebles y pertenencias. Los residentes tienen un contrato de alquiler de su apartamento en todas las tipologías de vivienda. El alquiler y la comida se pagan aparte. Las personas con bajos ingresos pueden solicitar un subsidio estatal para el alquiler y, para los cuidados y las comidas, hay una tarifa máxima de co-pago, establecida por el gobierno central, que se actualiza cada año en función de la evolución del índice de precios al consumo, que para el año 2017 es 1.792 SEK al mes (unos 190 Euros) para los servicios, y 2.737 SEK al mes (unos 280 Euros) para las comidas. El alquiler puede costar entre 400 a 700 Euros al mes. A todas las personas que reciben servicios y alojamiento en una vivienda especial se les garantiza, además, poder disponer de una cantidad

para otros gastos personales, que para el año 2017 es 5.057 SEK al mes (unos 510 Euros).

Por otra parte, quienes pueden pagar el alquiler y las tarifas máximas para los servicios y las comidas con sus propios medios, no necesitan declarar sus ingresos. El principio que rige es que hay que evitar, en lo posible, interferir en la intimidad de las personas. Esta filosofía forma parte del modelo universal de Estado de bienestar, que, a la vez, ahorra tiempo y dinero en burocracia de la administración pública, ya que las tarifas máximas están fijadas en un nivel que la mayor parte de las personas mayores pueden pagar.

Para poder tener acceso a un apartamento en un centro/vivienda asistida y a los servicios y espacios comunes del centro/vivienda, la persona mayor o con discapacidad tiene que presentar una solicitud a la unidad de valoración de los servicios sociales municipales, que aplicará el baremo correspondiente. Según la ley estatal de servicios sociales (1980, 2001), la persona solicitante tiene derecho a participar activamente en la valoración de la necesidad y en la elección del centro/vivienda y/o servicio/s que mejor se adecuen a sus necesidades y preferencias. Si la resolución del municipio es negativa puede apelar, dirigiéndose al ente estatal supervisor de los servicios sociales municipales.

Para las personas con discapacidad menores de 65 años, ya no hay instituciones o centros grandes de ningún tipo en Suecia! Las que necesitan cuidados las 24 horas, que no pueden o quieren seguir viviendo con su familia, viven, o bien, en “Viviendas de Grupo”, (*Gruppboenden*) integradas en el barrio, de como máximo 6 apartamentos agrupados alrededor de un piso de apoyo, con espacios comunes y una habitación para el personal cuidador. O

bien viven solas en una casa unifamiliar o en pisos adaptados, integrados en bloques de pisos del barrio, con apoyo de un Asistente personal y/o con acceso a un piso de apoyo del barrio, con personal las 24 horas, donde pueden ir a comer y pasar el tiempo libre en compañía con otras personas.

En las viviendas para personas mayores, la normativa no impone una restricción en cuanto al número de apartamentos que puede haber en cada edificio. Pero los apartamentos que son para personas con grandes necesidades asistenciales, que necesitan atención las 24 horas, tienen que formar pequeñas unidades (*Gruppboenden*), con 8 y como máximo 12 apartamentos agrupados alrededor de una cocina (abierta al comedor, para que los residentes puedan sentir el olor, ver como se prepara y/o colaborar en la preparación de las comidas), comedor, sala de estar, terrazas y/o jardín de uso común.

Ya en los años sesenta se empezó a diversificar la oferta construyendo “Viviendas con servicios” (*Servicehus*) para personas mayores frágiles y, más tarde, “Viviendas de grupo” (*Gruppboenden*), primero para las personas mayores con demencias y más tarde para todas las personas con grandes necesidades asistenciales. En las ciudades grandes hay “Centros multi-servicios” con las dos tipologías de vivienda y, en la planta baja, un Centro de Día y espacios abiertos a los vecinos del barrio: restaurante, café, sala de actos, biblioteca, peluquería, podología, un pequeño colmado, sala de *fitness*.

Otras tipologías, promovidas por empresas privadas y asociaciones de mayores, complementan la oferta pública, como las “Viviendas Sénior” (*Seniorboenden*), y otras auto-gestionadas y

de ayuda mútua (*Cohousing*) llamadas: “Viviendas Colectivas/Colaborativas” (*Gemenskapsboenden*), “Viviendas para la Segunda Etapa de la Vida” (*Boenden för den andra livshalvan*) y “para Todas las Edades”. Todas estas modalidades de vivienda pueden ser de alquiler o de compra (con derecho al uso) y se puede acceder sin la valoración previa de la necesidad por parte de los servicios sociales municipales, poniéndose en la cola de la inmobiliaria (municipal o privada), o bien hacerse miembro de la Asociación o Cooperativa. Si algún o algunos residentes necesitan servicios a domicilio, pueden solicitarlos como cualquier otra persona, presentando una solicitud a su ayuntamiento.

Centros y servicios en los ayuntamientos de Suecia y sus Coberturas *Sveriges Kommuner och Landsting 2013*

Centros y servicios para personas mayores	Cobertura personas 65 años y más	Cobertura % personas 65 años y más	Cobertura empresas privadas
Servicios a domicilio	162.300	9,0	23%
Enfermería a domicilio (prestada en el domicilio habitual + en las “viviendas con servicios”)	164.500	9,3	–
Servicio de tele-asistencia	170.000	9,9	–
Adaptación viviendas	176.000	10,0	–
- Servicios de transporte en taxi y adaptado para viajes de ocio, para visitar familia y para recibir asistencia - Productos y Tecnologías apoyo (cobertura muy amplia, sin cuantificar)	325.000	–	–
Centros día	11.400	0,9	–
Viviendas especiales: “Viviendas con servicios” + “Viviendas con apartamentos agrupados en unidades de convivencia”, según definiciones SoL (Ley Servicios Sociales de 1980, 2001)	87.600	5,0	21%

Centros y servicios para personas mayores	Cobertura personas 65 años y más	Cobertura % personas 65 años y más	Cobertura empresas privadas
Alojamientos de corta estancia (según def. SoL)	11.200	0,8	12%
- “Viviendas Sénior” (sin prueba necesidad) - “Viviendas Co-housing” auto-gestionadas y de ayuda mútua (sin prueba necesidad) para personas mayores y para todas las edades	34.000 50 bloques en total + 12 en proyecto, 9 para personas 40+	2,0	40%

La política sueca de vivienda para personas mayores

En Suecia, a partir de la mitad de los años sesenta del siglo xx y, en línea con los principios de normalización y proximidad, en vez de construir más residencias de concepción tradicional, se empieza a diversificar la oferta, construyendo “Viviendas con Servicios” (*Servicehus/Servicevägenheter*) para personas mayores y discapacitadas en cada barrio, dentro del “Programa Nacional del Millón de Viviendas” y, más tarde, “Viviendas de Grupo” (*Gruppboenden*).

La filosofía de la normalización impone dismantelar las instituciones y abandonar el concepto de Residencia (*Äldershem, Sjukhem*) y sustituirlo por el de “Viviendas Especializadas” (*Särskilda Boendeformer*), que es el nombre genérico que se usa en los discursos políticos, leyes y documentos de la administración, para referirse a las diferentes tipologías de alojamientos existentes y en construcción para personas y grupos con necesidades especiales (personas mayores, personas con discapacidad, estudiantes...).

Los municipios tienen las competencias y determinan los criterios de acceso, tanto para los Servicios de atención a Domi-

cilio, como para las “Viviendas Especializadas” (*Särskilda Boendeformer*). Todas éstas son en régimen de alquiler y con derecho a amueblar el apartamento con los propios muebles y objetos para evitar la despersonalización. Apartamentos que los residentes pueden cerrar con llave y en los cuales tienen derecho a seguir viviendo hasta el final de sus vidas, si lo desean (principio llamado: *kvarboendepincipen*), preservar su intimidad, privacidad, hábitos, estilo de vida, relaciones sociales significativas, y recibir atención personal (sanitaria y social) en función de sus necesidades. Las personas con bajos ingresos pueden solicitar un subsidio estatal para el alquiler, para los cuidados y las comidas, y hay una tarifa máxima de co-pago establecida por el gobierno central, que se actualiza cada año en función de la evolución del índice de precios de consumo.

Las diversas resoluciones parlamentarias aprobadas durante los años ochenta y noventa del pasado siglo han reforzado el derecho de las personas mayores (y de las que tienen discapacidades) a recibir los servicios necesarios para poder seguir viviendo en su casa o “vivienda especial” de barrio hasta el final de la vida. Para poder hacer real y efectivo este derecho, aparte de los Servicios a Domicilio y las nuevas “Viviendas con Servicios” (de gran expansión durante los años sesenta y setenta), durante los años ochenta se crearon otras tipologías de vivienda, a la vez que programas nacionales complementarios de rehabilitación, adaptación y reconversión de viviendas (normales y especiales), con eliminación de las barreras, instalación de ascensores, rampas en los accesos, etc.

Las “Viviendas con Servicios” del “Programa del Millón”

Respecto de las “Viviendas con Servicios” (*Servicehus*), el año 2004 había en la ciudad de Estocolmo (que tiene 897.700 habitantes) 51 complejos para personas mayores (5.643 apartamentos en total) integrados en los barrios, la mayor parte construidos los años 1965-1975 dentro del “Programa Nacional del Millón de Viviendas” (*Miljonprogrammet*).

El “Programa del Millón de Viviendas” se puso en marcha en todo el país para paliar el déficit de viviendas modernas para la gran cohorte del *baby-boom* (nacidos en los años cuarenta) y otros grupos con necesidades especiales, como los estudiantes, las personas jóvenes discapacitadas y mayores frágiles (sin grandes necesidades asistenciales), que vivían solas en viviendas poco adecuadas.

Dentro de este programa, en las grandes ciudades se construyeron unos complejos de viviendas (*Servicehus*) muy grandes para las personas mayores: bloques o un conjunto de bloques de 150 a 200 apartamentos (*servicelägenheter*) de una a dos habitaciones, con pequeñas salas de estar comunes en cada planta. Y en la planta baja, recepción, despachos del personal del servicio a domicilio, tele-asistencia, “patrulla de noche” del barrio, y amplios espacios comunes abiertos a las personas mayores del barrio: restaurante, cafetería, peluquería, podología, quiosco de prensa (en algunas hay incluso un pequeño colmado), biblioteca, salas de gimnasio/*fitness*, jardín y/o pequeños patios interiores con árboles, plantas y bancos. En el sótano, salas con lavadoras y secadoras y pequeños espacios (trasteros) a disposición de los residentes para guardar muebles y pertinencias de valor afectivo. En algunos

complejos, hay incluso un pequeño apartamento a disposición de familiares de visita, que viven en otra parte del país, con unas tarifas establecidas por día de ocupación.

Los apartamentos en estos complejos de viviendas están generalmente equipados con cocina, comedor, uno o dos dormitorios, un cuarto de baño adaptado, grandes armarios y un balcón. Los residentes decoran los pisos o apartamentos a su gusto y con sus propios muebles y pertenencias. Tienen un contrato de alquiler y derecho a recibir atención social, de enfermería y médica en su vivienda en las mismas condiciones que las personas que viven en domicilios normales (incluso de noche), con unas tarifas de copago en función del tipo de servicio y cantidad de horas de atención. Hay una tarifa máxima para los servicios asistenciales y las comidas (establecida por el gobierno central, que se revisa cada año, en función del índice de precios de consumo), que para el 2017 es 190 Euros al mes para los servicios y 280 Euros al mes para comidas. El precio del alquiler depende de la zona y la antigüedad del edificio y puede variar entre unos 400 a 900 Euros al mes. Los servicios hoteleros (alquiler y comida) se pagan aparte a la administración de fincas y/o al departamento municipal de servicios sociales.

Las personas que pueden van con su andador (que llevan una cesta y un asiento) o silla de ruedas eléctrica a comprar comida o complementos a la tienda del barrio y/o al pequeño colmado del complejo.

Las inmobiliarias municipales siguieron construyendo este tipo de viviendas (*Servicehus*) con subvenciones del Estado, tanto en la ciudad de Estocolmo como en el resto del país, hasta cubrir toda la demanda, pero durante las últimas décadas se han creado

otras tipologías de tamaños más reducidos, para adecuar la oferta a la demanda y evitar la masificación.

En Estocolmo, Göteborg y Malmö, la mayor parte de las nuevas tipologías han sido creadas mediante programas de reconversión de algunos bloques de las “Viviendas con Servicios” (más grandes y con barreras) en “Viviendas Sénior”, “Viviendas para Estudiantes” y/o en “Viviendas de Grupo” (Stockholms Stad, 2002) (Göteborgs stad, 2002).

“Las Viviendas de Grupo” (apartamentos agrupados en unidades de convivencia), su evolución y evidencias sobre sus ventajas

A principios de los años 80 ya se había empezado a complementar la oferta existente en el país con las denominadas “Viviendas de Grupo” para el creciente número de personas con demencias y, posteriormente, también para otros grupos de personas mayores con grandes necesidades asistenciales.

Poco a poco, “las Viviendas de Grupo” (8-12 apartamentos agrupados en unidades de convivencia, con cocina abierta al comedor, comedor, sala de estar, terraza o balcones grandes en cada unidad) vienen a sustituir por completo (a partir de la reforma Ädel en 1992), tanto las residencias municipales tradicionales (*Ålderdomshem*), como los “centros socio-sanitarios” de los Condados (*Långvårdssjukhus, Sjukhem*). Estos últimos se crearon en la década de los años 50 del pasado siglo (la mayor parte como anexos a los hospitales) para personas con enfermedades crónicas. Pero ya quedan muy pocos, su única función hoy en día (de los todavía existentes) es realizar diagnósticos y atender casos subagudos durante un tiempo muy breve (Paulsson, J., 2002).

“Las Viviendas de Grupo” son, por tanto, la tipología que predomina ahora en Suecia para las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración y atención las 24 horas del día. Se trata de un tipo de vivienda, que inicialmente se había ido implantado progresivamente en todo el país para las personas con discapacidad intelectual con muy buenos resultados de evaluación, en vista de lo cual se generó un recurso de estas características para personas mayores, inicialmente para las personas con demencias concebido como un servicio *intermedio* entre la casa particular y las unidades psico-geriátricas de los centros socio-sanitarios, con resultados también muy positivos. Pero hoy en día ésta se ha convertido en la tipología considerada más adecuada para todas las personas con grandes necesidades asistenciales, para vivir y recibir cuidados hasta el final de sus vidas. Esta modalidad de vivienda especializada con asistencia 24 horas al día, 7 días a la semana, es la que pasó a denominarse y así se las conoce en la actualidad “Vivienda de Atención y Cuidados” (*Vård-och Omsorgsboende*) (Socialstyrelsen, 1996, 2011).

No fue hasta finales de los años 70 y principios de los años 80 del siglo XX cuando se empezó a prestar atención a la situación de las personas con demencias. En diversos informes y evaluaciones se informaba que estas personas no se encontraban bien en los centros existentes, y por aquellos años se comenzó a extender el conocimiento sobre de la influencia del ambiente en el bienestar (Küller R, 1980, 1983, 1986, 1987, 1988). Durante este período, coincidente con el inicio de la reforma de la atención psiquiátrica durante los años setenta y ochenta, se descubrió que había muchas personas con demencias en los hospitales psiquiátricos,

motivo por el cual, en las directrices del gobierno (*Socialstyrelsen*) para la atención psiquiátrica de los años ochenta, se añadió que las personas con demencias en fases avanzadas deberían estar atendidas en centros socio-sanitarios.

Con el desmantelamiento de las instituciones (centros socio-sanitarios y psiquiátricos) y el traspaso de competencias de los Consejos de Condado a los Municipios, acompañadas de la financiación y gestión de estos centros, en 1992 (Reforma Ädel) y 1996 (Reforma psiquiátrica), se inició un debate sobre qué tipo de centro podría ser el más adecuado para las personas con demencias, si la mejor solución para ellas sería estar en unidades separadas o compartiendo espacios en los centros/viviendas asistidas municipales para mayores.

A partir de diversas experiencias previas, se decidió apostar por un nuevo tipo de alojamiento, con ambiente hogareño, donde pudiesen vivir una vida normal y mantener su capacidad de autonomía el máximo tiempo posible y las relaciones con la familia y la comunidad, con apoyo de personal (Socialdepartementet DS 2003:47).

En el año 1977, al cerrar uno de los hospitales psiquiátricos de la región de Estocolmo, se necesitaba encontrar un alojamiento alternativo para las personas ingresadas en el hospital. Para alojar y adecuar la atención a las personas con demencias, se decidió adaptar una planta en una vivienda vacía de la localidad, y dividirla en dos unidades, con 6 habitaciones, cocina y comedor en cada unidad (*Råbyhemmet, Upplands Bro*). Las personas se adaptaron muy bien, su capacidad de autonomía y bienestar mejoró de forma significativa viviendo una vida normal, realizando “las actividades

(típicas de una casa particular) “llenas de sentido”, concepto que se incorporó en la nueva ley de servicios sociales de 1980.

En 1985, para adecuar la atención a las personas mayores con demencias ingresadas en la unidad psico-geriátrica del hospital de Motala, la directora médica, Barbro Beck-Friis, inspirada en la experiencia de Råbyhemmet, convenció a las autoridades sanitarias del condado de la necesidad de encontrar un alojamiento y cuidados alternativos para estas personas. Se acordó habilitar una casa grande de la localidad con 10 habitaciones y un jardín, propiedad del condado. 4 personas con demencias de la unidad psiquiátrica y 2 del hospital psiquiátrico de la localidad fueron seleccionadas para vivir en las habitaciones y compartir los espacios de esta casa (*Baltzarsgården*), así como personal cualificado e interesado en asumir la responsabilidad de su atención. Para crear un ambiente familiar, se convenció a los familiares a llevar los muebles favoritos y pertinencias de las personas a las habitaciones y otros de las familias para la cocina y salas de estar.

Una iniciativa parecida se llevó a cabo en Malmö, Sundsvall y algunas otras ciudades.

La Dra. Beck-Friis pudo demostrar clínicamente, que para las personas con demencias, vivir en grupos de 6 personas en un entorno doméstico, con apoyo de personal instruido y motivado para cambiar la manera de tratar y atender a estas personas, es posible mejorar su capacidad de autonomía y bienestar de una forma notable. Ente otras mejoras, se logró reducir la medicación, la incontinencia y los comportamientos disruptivos de las personas. Escribió un libro (Beck-Friis, B 1988), que fue traducido al inglés, alemán y japonés, y empezó a recibir visitas de delegaciones de

todo el mundo (Canadá, Australia, Minnesota (USA), Japón...), y estableció un intercambio de profesionales con Japón (Ver descripción en inglés de las primeras experiencias con viviendas de grupo para personas mayores de Suecia en: https://www.sfu.ca/uploads/page/09/GRC_010.pdf).

La experiencia de Malmö (entre 1982-1985) también fue positiva para las personas con demencia que tuvieron la oportunidad de dejar la unidad psico-geriátrica del hospital y entrar a vivir en un apartamento dentro de un edificio reconvertido en viviendas de grupo de la ciudad.

La investigación básica y aplicada de Rikard Küller (reconocido internacionalmente) y su equipo de la unidad de psicología ambiental de la Universidad Politécnica de Lund, contribuyeron con sus estudios de estas experiencias a acelerar el desmantelamiento de las instituciones en Suecia (Steen, B & Küller, R, 1988) (Küller, R 1988 a,b) (Hallen, U & Küller R, 1990)(Küller, R 1991). La crítica de los psiquiátricos, centros socio-sanitarios de larga estancia, residencias e instituciones en general ya era insistente por parte de la población y los medios de comunicación, lo que, unido a las experiencias llevadas a cabo y su evaluación por parte del equipo de Küller y otros, permitió al gobierno, condados y municipios que tomaran la decisión de realizar grandes reformas y la reconversión de todos los centros del país (socio-sanitarios de los condados y residenciales de concepción tradicional de los municipios) en “Viviendas de grupo” de ambiente doméstico para las personas con demencias (y para todas las personas con grandes necesidades asistenciales, en general), fundamentándose en la evidencia científica de sus buenos resultados (ver descripción en inglés de

las primeras experiencias en Küller, Rikard, 1988b: Environmental activation of old persons suffering from senile dementia. 10th International conference of the IAPS In *Looking back to the future. Proceedings IAPS 10 2*. p.133-139 http://iaps.architexturez.net/system/files/pdf/iaps_10_1988_1_038.content.pdf

Küller fue el primer presidente de la *International Association of People-Environment Studies* – IAPS. Realizó 40 proyectos de investigación y fue autor de 200 publicaciones, una decena sobre la influencia del ambiente en el comportamiento y bienestar de las personas ingresadas en psiquiátricos y centros socio-sanitarios de los condados. (Ver crónica sobre su figura en: <http://mpe.arkitektur.lth.se/forskargrupp/rikard-kuller-1938-2009/>)

En 1990, La Asociación de Alzheimer de Suecia, elaboró los criterios básicos a tener en cuenta a la hora de diseñar viviendas para la atención a personas con demencias: *un máximo de 8 usuarios en cada unidad, cada usuario tiene que tener su propio apartamento de unos 30m², con cuarto de baño de dimensiones suficientemente grandes, kitchenette y fácil acceso a los espacios comunes. Los espacios comunes han de tener cocina, comedor y sala de estar. El apartamento y los espacios comunes han de tener un aspecto lo más hogareño posible. Las características distintivas de las unidades tienen que ser: su escala pequeña, el aspecto hogareño y la cercanía entre los residentes y el personal. Para poder acceder a estas viviendas, la persona tiene que tener un diagnóstico de demencia y poder desarrollar una vida y convivencia cotidiana natural (naturlig gemenskap), con un ritmo adecuado de actividad y descanso. Por parte del equipo profesional se tiene que prestar gran atención a las capacidades individuales*

de cada persona para poder estimularle a realizar las actividades de la vida cotidiana. Una condición importante es asimismo que el personal tenga formación en la atención a personas con demencias y que existan equipos técnicos disponibles para recibir supervisión y apoyo en su trabajo (Demensförbundet 1990).

Con la Reforma Ädel se traspasaron 40.000 plazas de los centros socio-sanitarios y 55.000 profesionales de los condados a los municipios (en términos económicos, la suma total transferida de los condados a los municipios fue de 20.000.000.000 SEK). Tales centros, poco a poco fueron reconvertidos en viviendas de grupo, mediante subvenciones del estado. Los centros socio-sanitarios, de aspecto frío e impersonal, con habitaciones de 4 camas, fueron reconvertidos todos en viviendas con pequeñas unidades acogedoras para ofrecer una vida y vivienda dignas y cuidados de calidad a las personas más frágiles y necesitadas. Tal reconversión significó que estas personas pudieron acceder a una vivienda asistida de alquiler.

La expansión fue rápida. En el año 1985 había 500 personas con demencias que vivían en una vivienda de grupo, y en el año 2002, ya eran 23.500 personas. Hoy en día, todos los alojamientos para personas mayores con necesidad de atención las 24 horas del día y los 7 días de la semana están distribuidos en el equipamiento en grupos de unos 8-12 apartamentos de 30 m² cada uno, agrupados en unidades de convivencia (*vård-och omsorgsboenden*) (Socialstyrelsen 1996 op.cit., 2009).

El año 2010, el gobierno (*Socialstyrelsen*) publicó una Guía (*Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning*) con recomendaciones actualizadas para la atención a las personas con demencias y la adaptación del

entorno a sus necesidades, basadas en la evidencia científica disponible y *los principios de la atención centrada en la persona*, a partir de estudios complementarios, realizados por otros investigadores suecos reconocidos a nivel internacional, como David Edvardsson, Yngve Gustafsson, Astrid Norberg, Per-Olof Sandman y otros.

Es un modelo en evolución constante. Entre otros, se han hecho esfuerzos continuos para *enriquecer las vivencias* de los diferentes grupos de personas mayores, que hoy en día conviven en las diferentes unidades, incorporando elementos diversos de reminiscencia (muebles y objetos de los años 40 y 50) y de estimulación sensorial, como “jardines de los sentidos”, spas y/o instalaciones tipo *snoeze/en*.

En algunas, se ha creado espacios estimulantes que se parecen a una isla en el Caribe, pintando una playa, sol y palmeras en la pared, poniendo arena en el suelo, unas hamacas, luces fuertes, para simular los rayos de sol, y música caribeña, cantos de pájaros (ver vídeo: “*Vårdboende i Helsingborgs stad*” <https://www.youtube.com/watch?v=HZDg20FGfm4>).

En otras encienden velas e inciensos y ponen música oriental. Y cada vez es más frecuente estimular la participación de los residentes en actividades mediante iPad, juegos electrónicos (como la Wii), sesiones de música, teatro y cinema, pintura, jardinería, bricolaje y otras, con la ayuda de familiares y jóvenes voluntarios. Y se facilita a los residentes estar en contacto con la naturaleza y animales domésticos. Se han creado empresas que adiestra a perros (*vårdhundar*) para asegurar su comportamiento adecuado y el efecto deseado en los residentes. En las que disponen de un jardín, se ha empezado a incorporar conejos, gallinas, etc. Y tanto

en el invierno como el verano se celebran las fiestas tradicionales del campo en los jardines.

En los bloques de “Viviendas con Servicios” de Estocolmo y de otras ciudades grandes, reconvertidos en “Viviendas de Grupo”, no ha sido posible, en algunos casos, dar acceso fácil a un jardín a residentes y personal, pero el solo hecho de re-convertirlos en pequeñas unidades hogareñas y acogedoras, se considera un logro importante. La mayor parte tienen ventanales con buenas vistas, y terrazas y patios interiores con plantas. Y tienen la ventaja de estar integradas en edificios que, además, disponen de restaurante y sala de actos a la planta baja y otros espacios que facilitan el encuentro entre personas de las diferentes tipologías de vivienda y, en su caso, con personas del barrio y la celebración de fiestas todos juntos, cuando se considera adecuado y oportuno.

Según los estudios realizados, una de las principales ventajas de estas viviendas es que permite a la persona mayor vivir en un entorno parecido a su hogar, sin restricciones innecesarias, con los apoyos que necesita en cada momento y que, además, permite y es frecuente que el esposo o esposa de la persona mayor pueda pasar el día e incluso algunas noches con la persona en el pequeño apartamento, y también otros familiares, que a menudo también ayudan y participan en la realización de actividades en los espacios comunes (Ver estudio de Nordh, C. 2013: https://www.researchgate.net/publication/236126028_A_day_to_be_lived_Elderly_peoples'_possessions_for_everyday_life_in_assisted_living)

En Suecia se ha apostado por esta tipología en todo el país, en base a una serie de principios y la experiencia acumulada. Las diversas investigaciones realizadas durante los años ochenta y

noventa contribuyeron a avalar su implantación progresiva en todo el país, y también en muchos otros países (ver referencias). Y se sigue investigando permanentemente para mejorar su diseño y organizando conferencias sobre cómo deben ser “las viviendas para las personas mayores del futuro”.

El famoso arquitecto y gerontólogo americano, Victor Regnier (2002), afirma en su libro: *Design for Assisted Living: Guidelines for Housing the Physically and Mentally Frail*, que algunas de las “Viviendas de Grupo” para personas mayores de Suecia (construidas durante los años ochenta y noventa) pueden ser consideradas entre las 15 mejores del mundo. Este autor ha realizado diversos viajes a los países nórdicos para estudiar sus modelos y ha escrito libros, artículos y ha dado conferencias sobre las diferentes tipologías de vivienda para las personas mayores en estos países (ver descripción de Regnier, 1993: Empowering the Frail Elderly <http://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/analysis---empowering-the-frail-elderly-pdf-pdf.pdf?sfvrsn=0>; y Regnier V, Denton A (2009): Ten new and emerging trends in residential group living environments. *NeuroRehabilitation* 2009;5(3): 169-88 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19893186>. Y de Scarlach, A (2011): Aging in Sweden and Denmark http://cssr.berkeley.edu/research_units/casas/documents/aging_sweden_denmark10.2011.pdf)

En los Estados Unidos, el *Culture Change Movement* ha promovido un modelo parecido a las viviendas de grupo de Suecia desde los años noventa, inicialmente bajo el nombre de “la Alternativa Edén”, inspiradora del modelo de residencia llamado “Household model” y el “Modelo de las Casas Verdes” (*the Green House Model*) (The Commonwealth Fund, 2007) (Thomas, B., 2006).

En España, los proveedores y expertos que conocen este modelo suelen poner en cuestión su coste, entre otros aspectos.

Sin embargo, según resultados de los diversos estudios realizados en Suecia (y en Estados Unidos)¹³ sobre las “Viviendas de Grupo”, se concluye que se generan economías de escala con 2 o 3 unidades de convivencia por planta (con 8-13 apartamentos y espacios comunes en cada unidad) y 40 a 66 apartamentos, en total, por bloque. A partir de 80 apartamentos, se ha comprobado que se generan des-economías con rendimientos decrecientes. En consecuencia con estos resultados, la mayor parte de esta tipología de vivienda en Suecia es de 65 apartamentos, cómo máximo (Socialstyrelsen, 2011 op.cit.).

En todo caso, es el modelo que se está implantando en un número creciente de países, como Holanda, Bélgica, Estados Unidos, Australia, Canadá, Reino Unido, Japón, Suiza, Alemania y otros, sobre todo para personas con demencias.

Es importante hacer hincapié en que cada vez se dispone de más evidencia científica sobre las ventajas de este modelo, a partir de múltiples estudios realizados, tanto en los países nórdicos como en otros países. (Ver estudios de: Marquardt, G *et al.* (2014): Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Review. <https://www.herdjournal.com/article/impact-design-built-environment-people-dementia-evidence-based-review>, de Fleming, R (2014) The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care: <http://dem.sagepub.com/content/early/2014/05/05/1471301214532460.abstract>, de Chaudhury, H, *et*

¹³ <http://www.thegreenhouseproject.org/solutions/justify-green-house>

al., (2014): Design matters in dementia care: The role of the physical environment in dementia care settings https://www.researchgate.net/publication/269710754_Design_matters_in_dementia_care_The_role_of_the_physical_environment_in_dementia_care_settings), y la revisión de Martínez, Teresa (2016): *La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*, publicada en la colección Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía personal. N.º 3, 2016. http://www.fundacionpilares.org/docs/2016/TeresaACP/teresaACP_web.pdf).

En los países que han introducido este modelo de alojamiento se ha llegado a la conclusión de que es el que ofrece mejores posibilidades de prestar una atención personalizada y de calidad, principalmente debido a su escala pequeña y carácter doméstico, y que es el que permite mayor flexibilidad, ya que las unidades pueden ser agrupadas y conectadas de diversas maneras, y porque en cada unidad se puede acoger a personas o grupos con diferentes niveles de dependencia y/o con intereses y aficiones parecidas.

Tiene otras ventajas: el personal tiene lo que necesita para atender a los residentes más cerca y ahorra muchos pasos, comparado con los centros con agrupaciones de habitaciones y espacios comunes muy grandes, repartidos en diferentes plantas. Por este motivo incluso se ha empezado a crear pequeñas unidades en los hospitales, porque, además, esta organización espacial facilita conocer a cada paciente, observar directamente cómo se encuentra y qué puede necesitar en cada momento. También facilita el trabajo de supervisión y cuidado de los pacientes y las relaciones entre los/as profesionales, entre estos/as y los/as pacientes y entre estos pacientes de la unidad. Asimismo, contribuye a evitar que se cometan errores médicos y

asistenciales y contribuye a una mayor satisfacción de pacientes y personal y a un menor absentismo del personal, lo que ahorra costes (Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola, 2011. Den goda vårdavdelningen, Slutrapport).

Medidas complementarias de promoción de la autonomía

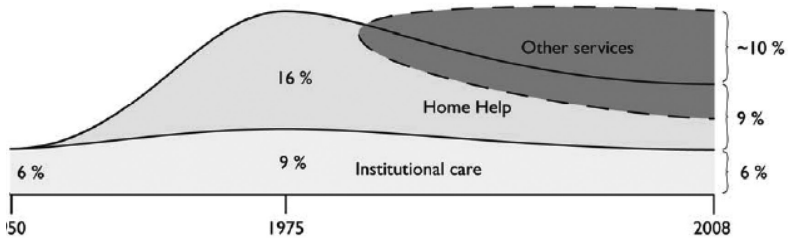
Se debe añadir que, en Suecia, durante la crisis económica de principios de los años noventa, los municipios empezaron a restringir el acceso a las “Viviendas Especiales” (*Särskilda Boendeformer*) y a los Servicios de Atención Social y de Enfermería a Domicilio, priorizando el acceso de las personas con grandes necesidades asistenciales, pero aumentando el número de horas (de los Servicios a Domicilio) para estos grupos, para poder cumplir con el objetivo fundamental de prevenir el internamiento en las viviendas especializadas (Boverket, 2003, Socialstyrelsen, 2009 op.cit).

Estas medidas generaron alarma social en la población, que, según estudios realizados por parte de la Asociación Nacional de Municipios y Consejos de Condado (*Sveriges Kommuner och Landsting*), estaba muy justificada, ya que, tanto el “Programa del Millón de Viviendas”, como los diferentes programas de diversificación, reconversión y adaptación de los centros y las viviendas (normales y especiales), habían dotado el país con un *stock* de viviendas con un estándar generalizado comparativamente elevado, que hacía posible a muchas más personas mayores y con discapacidad seguir viviendo en su entorno habitual durante más tiempo, con o incluso sin servicios profesionales de atención personal.

Otras medidas contribuyeron a hacer posible que las personas mayores pudieran seguir viviendo en su casa durante más

tiempo, como fue, p.ej., la extensión de los Servicios de Enfermería y Atención Social a Domicilio a los fines de semana y las noches (“patrullas de noche”), la prescripción a todas las personas necesitadas de productos y tecnologías de apoyo (andadores, asideros, elevadores WC, video-portero, tele-asistencia, etc.), así como prestaciones para la adaptación de la vivienda. Y también se incluye el transporte en taxi subvencionado o en vehículos adaptados (para poder visitar familiares y amigos, realizar compras o hacer una excursión al mismo coste para el usuario que los viajes con transporte público).

La evolución de estos servicios de atención domiciliaria la ilustra el gerontólogo sueco, Gerdt Sundström (2011) en su artículo: *Swedish old-age care: traditions, challenges, and experiences* de la siguiente forma:



Fuente: Sundström, Gerdt: “Swedish old-age care: traditions, challenges, and experiences” <http://www.cepal.org/ddds/noticias/paginas/3/41413/GSundstrom.pdf>.

Todo un conjunto de “servicios de proximidad”, en definitiva, que disminuyeron las necesidades objetivas y sentidas y, por tanto, la demanda de “Viviendas Especiales” y también de atención en el domicilio. De todas maneras, durante los años de crisis de principios de los noventa, la alarma social generó algunas iniciativas privadas que valen la pena destacar.

Las Viviendas Sénior y Compartidas/Colaborativas/para la Segunda Etapa de la Vida y para Todas las Edades

En los años ochenta, con la reconversión de algunas de las “Viviendas con Servicios” del programa del millón en “Viviendas Sénior”, la demanda de esta tipología de vivienda empezó a crecer. Dado que este es un tipo de vivienda pensada para personas con 55 años y más, con alto poder adquisitivo y el deseo de compartir espacios, a principios de los años noventa algunas inmobiliarias privadas empezaron a especializarse en la construcción de viviendas Sénior, dejando participar en su diseño a los futuros residentes.

Paralelamente, durante la década de los años ochenta del pasado siglo, un creciente número de personas mayores (y familias jóvenes) empezaron a formar asociaciones y hacerse miembros de cooperativas para promover la construcción de “Viviendas Colaborativas”, “Viviendas para la Segunda Etapa de la Vida” o para “Todas las Edades” a medida de sus necesidades y preferencias. Es decir, Viviendas auto-gestionadas y de ayuda mutua, llamadas *Co-housing* en el contexto internacional.

Una iniciativa destacable es la de la Asociación *Färdknäppen*, que fue la primera que consiguió convencer y firmar un convenio con una inmobiliaria municipal de Estocolmo, hace ya 30 años, para la construcción de su propia “Vivienda para la segunda etapa de la vida”, con apartamentos de alquiler y espacios compartidos a medida de sus necesidades y preferencias, en las que cocinan por turnos y comen juntos, realizan actividades de mantenimiento de la vivienda y el jardín, plantan hortalizas y flores, realizan labores de bricolaje, costura, gimnasia, escuchan música, estudian idiomas y

otras conjuntamente, ver web Asociación Färdknäppen http://www.fardknappen.se/fardknappen.se/In_English.html.

Actualmente, cada vez más personas (mayores y jóvenes) se apuntan a este tipo de asociaciones, algunas porque simplemente desean compartir espacios y ayudarse mutuamente, otras porque desean vivir en una vivienda sin barreras y más fácil de cuidar (sobre todo personas mayores y de mediana edad que viven en casas muy grandes con jardines), y/o porque se han divorciado o han quedado viudas o son recién llegados, sin familia y amigos en la localidad. Muchas familias jóvenes con niños se apuntan, porque les parece una forma de vivir práctica y atractiva, tanto por la posibilidad de compartir espacios y realizar actividades conjuntamente con otras familias, sin salir de casa, como por la posibilidad de poder intercambiar servicios de cuidado de los niños y otros. Para padres y madres, solteros y separados, con niños, es en muchos casos la mejor solución.

De momento hay 50 Viviendas colaborativas (*Co-housing*) en Suecia (+12 en proyecto), creadas por asociaciones, 9 Bloques de “Viviendas para la Segunda Etapa de la Vida” para personas con 40 o 50 años y más, y 43 bloques de “Viviendas para Todas las Edades”, que quedan descritas en la memoria de la primera conferencia internacional sobre *Co-housing*, celebrada en Estocolmo en 2010, ver info en inglés en la web de la Asociación [kollektivhus.nu](http://www.kollektivhus.nu) http://www.kollektivhus.nu/english/index_eng.html).

Respecto a las “Viviendas Sénior”, construidas por empresas privadas y municipales, actualmente hay un stock de unos 34.000 apartamentos en el país, el 60 % de los cuales son públicos de alquiler. Un ejemplo es la “Vivienda Sénior”, de la Asociación Regnbågen (*The Rainbow House*), creada recientemente para personas LGTB

(lesbianas, gays, transexuales y bisexuales), que, después de intensas negociaciones con la inmobiliaria municipal de Estocolmo, ha logrado poder alquilar (en bloque) tres plantas con sus respectivos apartamentos, 27 en total, y espacios comunes de “la Vivienda Sénior” Rio, construida en los años 1980 (ver: http://www.regnbagen.net/wp-content/uploads/2014/06/253455_Regnb%C3%A5gen-fl-yer-eng_low.pdf).

No hay una norma específica que regule en detalle cómo deben ser estas viviendas. Las promovidas por empresas privadas son generalmente viviendas bastante lujosas, sin barreras, ubicadas en lugares atractivos, céntricos y con buenas vistas.

Las “Viviendas Sénior”, promovidas por las inmobiliarias municipales, son generalmente menos lujosas, pero su ubicación no suele ser muy distinta. La mayor parte de estas están integradas en los grandes complejos de las “Viviendas con Servicios” reconvertidas en “Viviendas Multiservicios” y/o “Multigeneracionales”, con apartamentos y servicios comunes para Séniors y/o Estudiantes; y en algunos casos, se han reconvertido, además, algunas plantas o bloques de estos complejos en Apartamentos agrupados en Unidades de Convivencia para personas mayores con grandes necesidades asistenciales.

Planificación urbanística, política de vivienda y criterios de diseño de las viviendas especiales

Los municipios son responsables del abastecimiento de viviendas, y de la financiación, planificación, diseño, construcción y criterios de acceso a las diferentes tipologías de “Viviendas Especializadas” (*Särskilda Boendeformer*). Respecto del diseño de estas, la Agencia del Ministerio de la Vivienda (*Boverket*), ha

definido unos criterios mínimos de los apartamentos y de los espacios comunes que hay que cumplir en todas, sin excepción. Aparte de los criterios de diseño universal: tienen que tener el mismo estándar y ser lo más parecidos posible a una vivienda/hogar normal, facilitar la orientación, autonomía y participación/convivencia de los residentes, y reunir criterios específicos de accesibilidad y usabilidad (*bostadslikhet, hemlikhet, överblickbarhet, tillgänglighet, användbarhet*) (Boverket, 1993, 2008).

Suecia es un país con muchos ejemplos de cómo se puede renovar el stock de viviendas y diversificar la oferta mediante una planificación urbanística, que contemple las necesidades de vivienda de colectivos con necesidades especiales, aplicando los principios de normalización, flexibilidad, proximidad y de “diseño para todos”, creando espacios accesibles, acogedores y “hogareños”, incluso en equipamientos destinados a personas con grandes necesidades asistenciales.

Las diversas resoluciones parlamentarias, leyes, directrices y líneas de subvención han ayudado a adecuar la oferta a las necesidades y preferencias de las personas y la evidencia científica disponible. Y, en definitiva, a crear entornos, donde pueden seguir su proyecto vital y sentirse como en casa, mediante medidas prácticas y tangibles, como el contrato de alquiler para todos los residentes, en todas las tipologías, y el derecho a decorar el apartamento con los propios muebles y pertenencias, para evitar la despersonalización, y con acceso a espacios compartidos y personal asistencial en función de sus necesidades y preferencias.

La Ley de Servicios Sociales y las competencias de los municipios

En la Ley de Servicios Sociales (1980, 2001) hay un apartado sobre “medidas estructurales” y un parágrafo que dice que los servicios sociales, por su experiencia social, tienen que ser consultados y participar en la planificación urbanística, para asegurar que se tenga en cuenta las necesidades de colectivos con necesidades especiales (Socialdepartementet, 2001 op.cit).

Esta ley se define como una “ley de objetivos” que contiene medidas individuales, generales y estructurales, y diferentes apartados: uno de objetivos generales, otro que describe las obligaciones de los municipios, otro que describe los derechos subjetivos de las personas, y otro que describe los principios y objetivos específicos a conseguir para la infancia y adolescencia, personas mayores, personas con discapacidad, familias, víctimas de delitos.

Se define como una ley de objetivos, porque no describe en detalle las medidas que hay que aplicar en cada caso (no contiene un catálogo de servicios). En los documentos preparatorios de la ley se argumenta que las necesidades de las personas son multi-casuales y cambiantes, y que la persona tiene que participar en la decisión sobre qué medidas aplicar en cada caso y situación. Respecto al nivel de las ayudas a que se tiene derecho, la ley estipula que tienen que contribuir a alcanzar “un nivel de vida razonable” (*skålig levnadsnivå*). Algunas medidas para alcanzar este nivel están descritas en la ley, pero de forma muy general. Si la persona no recibe las ayudas o servicios que considera necesarias para alcanzar este nivel, puede reclamar a un tribunal, y el

tribunal puede cambiar la resolución del municipio, si se demuestra que no ha aplicado la ley según las intenciones del legislador.

De todas maneras, los municipios tienen la libertad de decidir *cómo* aplicar la ley para alcanzar los objetivos estipulados, autonomía financiera y suficientes competencias en las materias de planificación urbanística, vivienda y atención socio-sanitaria, que les permiten realizar auténticas políticas integrales. Recaudan los impuestos directamente y financian con recursos propios hasta a un 80-90% los servicios que están obligados a prestar, y otros que consideran necesarios o deseables. Las subvenciones del Estado no son finalistas, sino globales (excepto una pequeña parte que se tiene que destinar a ciertos proyectos prioritarios).

Por todo ello, Suecia es considerada uno de los Estados de bienestar de los más descentralizados de Europa.

A partir de la reforma Ädel (*Ädelreformen*) de 1992, los municipios han pasado a tener la responsabilidad financiera incluso de las estancias no justificadas (por razones médicas) en los hospitales. Esta responsabilidad entra en vigor a partir de los 5 días siguientes al que el director médico haya comunicado al municipio que el hospital no puede añadir valor con sus recursos a la calidad de vida de la persona. Una responsabilidad que ha servido como un incentivo a los municipios más potentes porque ha promovido la creación de alternativas más normalizadas y costo-efectivas en la comunidad, y resolver así el problema del bloqueo de las camas hospitalarias, mucho más costosas.

En los países del Norte de Europa se enfatiza mucho la importancia de que los Centros (“Viviendas Especializadas”) estén integrados en la comunidad, y que se fomente la interacción de los

residentes con los vecinos y los servicios del entorno. Un ejemplo es la práctica en estos países de ubicar las viviendas para mayores en el mismo local y/o con vistas a una guardería para niños, fomentando así la distracción de las personas mayores y la realización de algunas actividades conjuntamente con los niños.

Derechos de las personas mayores

Respecto a los derechos de las personas, como ya se ha mencionado, diversas resoluciones parlamentarias han reforzado el derecho de las personas con necesidades socio-sanitarias de recibir los servicios que necesitan en el propio domicilio o en una “Vivienda Especializada” de barrio, donde pueden seguir viviendo hasta el final de sus vidas, si lo desean. Y las leyes de sanidad, servicios sociales y vivienda amparan este derecho. Una resolución parlamentaria reciente refuerza, además, el derecho a poder seguir viviendo con la pareja cuando uno de ellos necesita vivir en una “Vivienda Especializada” (que resulta más fácil cumplir en los apartamentos de las “Viviendas con Servicios”, por tener apartamentos y espacios comunes más grandes que las nuevas “Viviendas de Grupo”). Y hay directrices del gobierno, ya desde los años 70, sobre el derecho a tener una Persona de Contacto (de referencia) en el Servicio Domiciliario y en la “Vivienda Especializada”, que participa en la elaboración del Plan Individual de Atención y que garantiza un trato personalizado, recomendándose recoger la Historia de Vida de la persona, si la persona y la familia quiere facilitarla. En estas directrices también se estipula que se tienen que adaptar las rutinas y actividades a los ritmos y deseos de las personas a atender. Medidas, todas, implantadas progresivamente de forma generalizada en el país, en base a ley de servicios sociales de 1980.

Respecto de posibles irregularidades o malas prácticas en la atención, hay, aparte de un servicio de inspección, una ley (Lex Sara) que obliga a toda persona que presencia o sospecha que hay una situación de maltrato a denunciarlo y, en algunas grandes ciudades, como Estocolmo, se ha implantado, además, la figura del Defensor de las Personas Mayores.

El gobierno de coalición (2006-2012 de centro-derecha) introdujo, además, una “garantía de dignidad”. Y el actual, social-demócrata, otras medidas dirigidas a la supresión de las restricciones físicas y farmacológicas.

Proyectos recientes de mejora de la calidad de la atención

Entre los proyectos recientes promovidos por el gobierno anterior y por el actual, cabe mencionar las nuevas directrices para potenciar el contenido social de la atención, reforzar el apoyo a los cuidadores no profesionales y revisar los patrones de prescripción de medicamentos a las personas mayores con demencias y personas con pluri-patologías. El gobierno actual social-demócrata ha vuelto a promover, entre otros, la “rehabilitación para la vida cotidiana” (*vardagsrehabilitering*), tanto preventivamente y sobre todo después del alta de personas ingresadas en hospital. Una forma de rehabilitación no tradicional, con cierta relación con el concepto de “actividades llenas de sentido”, que se incorporaron en los documentos preparatorios y principios de la ley de servicios sociales de 1980. Una rehabilitación orientada a potenciar y entrenar las capacidades de autonomía preservadas de las personas con demencias y pluriopatologías que se realiza, no en las salas de rehabilitación del hospital o centros especializados, sino en los propios domicilios

y entornos naturales, donde viven, conviven y realizan las actividades cotidianas (como en el baño, la cocina, comedor, jardín de la propia casa o apartamento habitual o especializado y el entorno próximo), partiendo siempre de las propias metas, motivaciones y deseos de logro de la persona (Socialstyrelsen, 2011 op.cit).

Con la reforma Ädel de 1992 de traspaso de competencias de los Consejos de Condado a los Municipios, se crearon las figuras: “Responsable de Enfermería” y “Responsable de Rehabilitación” en los municipios, y se habilitaron más recursos para formar y dotar, bajo la dirección y supervisión de estas figuras, a los Servicios Domiciliarios y las “Viviendas Especializadas” del país con equipos de apoyo especializados en demencias, cuidados paliativos, “rehabilitación para la vida cotidiana” y otros, con resultados muy positivos.

Hay muchos proyectos en marcha por todo el país. P.ej. respecto de la nutrición, se imparten cursos de cocina para grupos de hombres mayores que viven solos, y se han promovido concursos de chefs famosos de cocina y editado manuales para los profesionales sobre cómo componer las comidas para que sean más nutritivas, sabrosas y atractivas. De especial interés son las denominadas “comidas pedagógicas”, es decir, comidas durante las cuales el personal, familiares y/o voluntarios jóvenes comen con los residentes para crear un ambiente más familiar y tranquilo, que han demostrado su eficacia en las investigaciones desarrolladas, especialmente para las personas con demencias.

Ya hay una tradición de hacer bollos y pasteles (en la cocina típica de las “Viviendas de Grupo”, abierta al comedor), dejando participar a los residentes en su elaboración, y tomar el café junto

con ellos. En todas las viviendas tienen un consejo de nutrición, del que forman parte un/a dietista, representantes del personal y de los residentes y familiares para planificar los menús. La hora de la comida es un evento de los más importantes para muchas personas de avanzada edad y constituye uno de los pocos placeres sensoriales que les queda. Un motivo por el cual el gobierno ha emitido directrices y financiado proyectos para concienciar sobre la importancia que tienen las comidas que, aparte de ser nutritivas, deben fomentar la socialización, las conversaciones y ser placenteras para todos, por lo que el ambiente que se crea en torno a las comidas es uno de los criterios de calidad, que se incluyen en la evaluación y forman parte de las encuestas a los usuarios del gobierno y de los municipios.

Por otra parte, para poder comparar la calidad de la atención y favorecer la libre elección de proveedor, el gobierno anterior, conjuntamente con la Asociación de Municipios y Consejos de Condado, elaboraron criterios para poder hacer “comparaciones abiertas” de la calidad alcanzada en todos los servicios y equipamientos (municipales y de gestión privada) del país, y ya se han publicado informes de resultados de estas comparaciones (desde el año 2007). (Socialstyrelsen 2009, op.cit., pp. 14–17 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf>).

Referencias bibliográficas

- Beck-Friis, B. (1989). *At Home At Baltzargarden. Caring for the Geriatric Senile in Small Scale Group Living Environments*. Örebro: Bokforlaget-Libris.
- Boverket (1993). Boverkets Byggregler (BFS 1993:57 med ändringar t.o.m. BFS 2008:6).

Boverket (2003). Varför kan inte behovet av särskilda boendeformer tillgodoses? http://www.boverket.se/globalassets/publikationer/dokument/2003/varfor_kan_inte_behovet_av_sarskilda_boendeformer_tillgodoses.pdf.

Centrum för världens arkitektur, Chalmers Tekniska Högskola (2011). Den goda vårdavdelningen, Slutrapport.

Chaudhury, H., *et al.* (2014): Design matters in dementia care: The role of the physical environment in dementia care settings https://www.researchgate.net/publication/269710754_Design_matters_in_dementia_care_The_role_of_the_physical_environment_in_dementia_care_settings).

Commonwealth Fund (2007). National Survey of Nursing Homes: Culture Change in Nursing Homes: How Far Have We Come? <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2008/may/culture-change-in-nursing-homes--how-far-have-we-come--findings-from-the-commonwealth-fund-2007-nati>.

Demensförbundet (1990). Riktlinjer gällande gruppboende för personer med demens, Stockholm.

Fleming, R (2014) The relationship between the quality of the built environment and the quality of life of people with dementia in residential care: <http://dem.sagepub.com/content/early/2014/05/05/1471301214532460.abstract>.

Färdknäppen, Vivienda Colectiva (*Co-housing*) de Estocolmo http://www.fardknappen.se/fardknappen.se/In_English.html y web de la Asociación Kollektivhus.nu <http://www.kollektivhus.nu/pdf/Livingtogether3.pdf>.

Gallagher, Elaine: Group Homes: The Swedish Model of Care For Persons With Dementia of The Alzheimer's Type. In Progressive Accomodation for Seniors: Interfacing Shelter and Services. Gerontology Research Centre Simon Fraser University, Canada https://www.sfu.ca/uploads/page/09/GRC_010.pdf.

Göteborgs stad (2002). Ramprogram för ombyggnad av Servicehus till Äldreboende. Äldreprojektet – Etapp 4. [http://www5.goteborg.se/prod/medichus/webbplats/dalis2.nsf/vyFilArkiv/Bilaga%204.PDF/\\$file/Bilaga%204.PDF](http://www5.goteborg.se/prod/medichus/webbplats/dalis2.nsf/vyFilArkiv/Bilaga%204.PDF/$file/Bilaga%204.PDF)

Hallen U; Küller R, (1990). Förbättring av sjukhusmiljö och gruppboende i Malmö. Chalmers Tekniska Högskola.

HandikappInstituet (2011). *Bo Bra på Äldre Dar*. Stockholm <http://www.hi.se/Global/dokument/publikationer/2012/12308-projekt-om-aldres-bostader-och-boendemiljoer.pdf>. <http://www.hi.se/en/Activities/Projects-Current-and-Ended-projects/Testa/>.

Küller, Rikard (1980). Architecture and emotions In *Architecture for people* p.87-100 Studio Vista, London & Holt, Rinehart & Winston, New York

Küller, Rikard (1980). Inflyttning till Servicehuset af Klint, Karlskrona. Resultat fran en enkätundersökning. Miljöpsykologiska Enheten, Lunds Tekniska Högskola

Küller, Rikard (1983). De äldres upplevelser av olika boendemiljöer, Sjette Nordisk Kongres i Gerontologi In *Proceedings Sjette Nordisk Kongres i Gerontologi* 1983 p.158-163

- Küller, Rikard and Mattsson, Rolf (1986). The dining room at a geriatric hospital. IAPS 8 p.137-141 Environment and human Action, Proceedings IAPS 8, Hochschule der Kuenste, Berlin.
- Küller, Rikard (1987). Hur vill de gamla bo - och far de det?. Familjen och boendet Rapport 1. p.65-79 Föreningen för Kommunal Statistik och Planering, Malmö.
- Küller, Rikard (1988a). Housing for the Elderly in Sweden In *Ethnoscapes Environmental policy, assessment and communication* p.199-224 Gower Publishing Company, Aldershot
- Küller, Rikard (1988b). Environmental activation of old persons suffering from senile dementia. 10th International conference of the IAPS In *Looking back to the future. Proceedings IAPS 10 2*. p.133-139 http://iaps.architexturez.net/system/files/pdf/iaps_10_1988_1_038.content.pdf.
- Küller, R (1991). Familiar design helps dementia patients cope. In *Design intervention: Toward a more human architecture* p.255-267 Van Nostrand Reinhold, New York
- Marquardt, G *et al.* (2014). Impact of the Design of the Built Environment on People with Dementia: An Evidence-Based Review <https://www.herdjournal.com/article/impact-design-built-environment-people-dementia-evidence-based-review>
- Martínez, Teresa (2016): La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación, Colección Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 3, 2016. http://www.fundacionpilares.org/docs/2016/TeresaACP/teresaACP_web.pdf

- Nord, C (2013) A day to be lived. Elderly peoples' possessions for everyday life in assisted living. *Journal of aging studies* 04/2013; 27(2):135-42. https://www.researchgate.net/publication/236126028_A_day_to_be_lived_Elderly_peoples'_possessions_for_everyday_life_in_assisted_living
- Paulsson, J. (2002). *Det nya äldreboendet*. Svensk Byggtjänst, Stockholm
- Regnier, (1993). *Empowering the Frail Elderly* <http://www.chausa.org/docs/default-source/health-progress/analysis---empowering-the-frail-elderly-pdf-pdf.pdf?sfvrsn=0jores>
- Regnier, V., (2002) *Design for Assisted Living: Guidelines for the Mentally and Physically Frail*: New York: Wiley Publishing.
- Regnier V, Denton A: Ten new and emerging trends in residential group living environments. *NeuroRehabilitation* 2009;5(3): 169-88 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19893186>
- Scarlach, A (2011) *Aging in Sweden and Denmark*. Center for the Advanced Study of Ageing Services. School of Social Welfare, University of California, Berkeley http://cssr.berkeley.edu/research_units/casas/documents/aging_sweden_denmark10.2011.pdf
- Socialdepartementet: *Socialtjänstlag* (2001:453)
- Socialdepartementet (Ds 2003:47): *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och deras anhöriga*. Stockholm.
- Socialdepartementet: *Bo för att leva - seniorbostäder och trygghetsbostäder*, SOU 2007:103) y *Bo bra hela livet*, SOU 2008:113

- Socialstyrelsen (2009). "Care of Older People in Sweden 2008"
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf>
- Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011) Bostad i särskilt boende är den enskildes hem. Stockholm.
- Steen, Bertil and Küller (1988) Psychological and nutritional effects of redecorating the physical environment in nursing homes. In *Interdiscipl Topics Geront* 26(4).
- Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum (2010): Lämplig bemanning i boende avsett för personer med demenssjukdom.
- Stockholms Stad (2002) Ramprogram ombyggnad servicehus till äbo. Äldreprojektet Etapp 4.
- Stockholms Stad (2017) Fees for elderly care. [WEBB%20Avgifter%20för%20äldreomsorg%202017%20engelska%20\(1\).pdf](http://www.stockholm.se/WEBB%20Avgifter%20för%20äldreomsorg%202017%20engelska%20(1).pdf)
- Sundström, Gerdt (2011) "Swedish old-age care: traditions, challenges, and experiences" <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/GSundstrom.pdf>
- Sveriges Kommuner och Landsting (2013): Estadísticas sobre coberturas http://skl.se/download/18.5e95253d-14642b207ee4a2d/1401353242213/SKL_aldreomradetkortfakta+2012-2013.pdf.
- Thomas, Bill: The Eden Alternative and the Green House Model <http://thegreenhouseproject.org/>.

**Otras Referencias en inglés
de estudios realizados en Suecia
sobre “Viviendas de Grupo” para mayores**

- Asplund, K., Adolfson, Lundgren, K., Ronnaback, E., Sandman, P., Wimo, A. & Astrom, S. (1988). Group living for dementia - Experience after two years. *Läkartidningen*, 85, 1-11.
- Annerstedt L. Development and consequences of group living in Sweden. A new model of care for the demented elderly. *Soc Sci Med* 1993;37(12):1529-38. <http://www.healthpolicyjrnl.com/article/0168-8510%2896%2900839-1/references>
- Elmståhl, Solve; Annerstedt, Lena; Åhlund, Owe (1997) How Should a Group Living Unit for Demented Elderly Be Designed to Decrease Psychiatric Symptoms?. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*: http://journals.lww.com/Alzheimer-journal/Abstract/1997/03000/How_Should_a_Group_Living_Unit_for_Demented.8.aspx
- Norbergh KG, Hellzen O, Sandman PO, Asplund K. The relationship between organizational climate and the content of daily life for people with dementia living in a group-dwelling. *J Clin Nurs* 2002;11(2):237-46.
- Sandman PO, Wallblom A. Characteristics of the demented living in different settings in Sweden. *Acta Neurol Scand Suppl* 1996;168:96-100.
- Svensson M, Edebalk PG, Persson U (1996) Group living for elderly patients with dementia- a cost analysis. Swedish Institute for Health Economics Lund. *Health Policy* 1996, Nov; 38(2)83-100.

Wimo A, Wallin JO, Lundgren K, Rönnbäck E, Asplund K, Mattson B, et al. Group Living, an alternative for dementia patients. A cost analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:21-29.

Wimo A, Asplund K, Mattsson B, Adolfsson R, Lundgren K. Patients with dementia in group living: experiences 4 years after admission. *Int Psychogeriatr* 1995;7(1):123-7.

Zingmark K, Sandman PO, Norberg A. Promoting a good life among people with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs* 2002;38(1):50-8.

Alternativas de viviendas para personas mayores en Alemania

*por Miguel Montero Lange, Sociólogo,
experto en políticas sociales
y cuidados de larga duración (CLD)*

Introducción

El diseño de las viviendas para personas mayores está profundamente relacionado con el modelo de los servicios y refleja la visión que la sociedad tiene del individuo, el grado de autonomía que se cree esencial y en qué medida los deseos, las aspiraciones y las perspectivas individuales de las personas mayores son decisivas a la hora de diseñar las políticas públicas. Son conceptos centrales en este contexto la Autonomía Personal y la Vida Independiente. Como describe García Lantarón (2015) en el ejemplo danés, los modelos de vivienda para las personas mayores están en continua evolución, están profundamente inmersas en los debates en la sociedad y dependen de las mayorías políticas que dominan la política.

Como señala Höpflinger (2017) una vez que las personas abandonan la vida laboral, a menudo la propia vivienda se convierte en su centro vivencial. Las necesidades que la persona mayor tiene de una vivienda, los deseos del tipo de vivienda y las posibilidades de realizar los deseos y las necesidades son dispares y dependen de tres factores: el proceso individual de envejecimiento; la extracción social, el nivel de formación, los ingresos y, por último, la propia historia de vida.

Las viviendas alternativas presentan diversas variantes; algunas de ellas apuestan por una vivienda en comunidad y por reforzar los lazos con otras personas, familiares, vecinos, amigos o sencillamente desconocidos con los que deciden compartir una nueva fase de vida en una vivienda común. Estos proyectos contradicen en cierta medida la tendencia de la individualización y quieren dar respuesta a la creciente debilidad de los lazos familiares, del trabajo como seña de identidad y de la capacidad de instituciones como la iglesia, sindicatos etc. de crear comunidades (Fedrowitz y Matzke 2013).

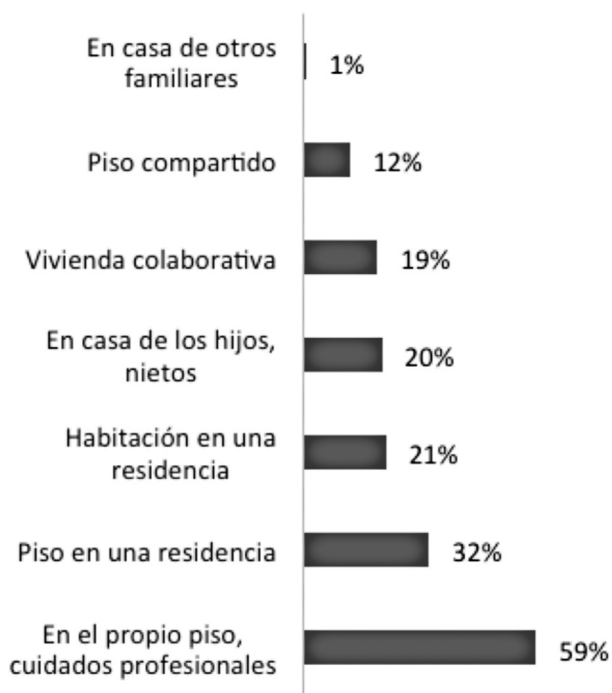
Mensch (2011) identifica algunos de los denominadores comunes de los proyectos alternativos de vivienda: espacios comunes que complementan las viviendas o las habitaciones individuales, la composición del grupo es voluntaria, rige el principio de la autogestión, el grupo acuerda las normas que regulan la convivencia, los inquilinos del proyecto se prestan apoyo mutuo y no hay jerarquías en el grupo, todos los miembros actúan en pie de igualdad. No obstante, existen diferentes modelos que no cumplen algunos o todos los requisitos (Mensch 2011), pero que de todas maneras se mencionan en este capítulo:

- Pisos compartidos iniciados por los proveedores, en los que los miembros tampoco se juntan de forma voluntaria, la autogestión es limitada.
- Modelos de vivienda asistida ubicadas en un complejo residencial (unidades de convivencia), en el que los inquilinos no se encuentran de forma voluntaria y no asumen las tareas típicas de un proyecto de vivienda alternativo: selección de los habitantes, autogestión, apoyo mutuo. A menudo los familiares son los interlocutores del proveedor.

El segmento de las viviendas alternativas para personas mayores es altamente interesante para el sector inmobiliario y de la construcción, que tiene como grupo diana al segmento de personas mayores con ingresos elevados. Como señala Held (2017) *“la actual generación de jubilados no solamente está en buenas condiciones y es flexible, sino que además dispone de considerables recursos. El propio piso suele estar pagado y puede ser vendido con una considerable ganancia, los ahorros han crecido hasta alcanzar un volumen considerable. Esto le abre al sector de la construcción un potencial prácticamente inexplorado porque este grupo diana con tanto poder adquisitivo seguirá creciendo en los próximos años y demandará viviendas especiales, apenas disponibles hoy en día: viviendas adaptadas en zonas atractivas, viviendas asistidas, viviendas colaborativas, pisos compartidos y centros residenciales hacen posible que el jubilado de hoy en día pueda llevar un tipo de vida independiente y según sus deseos individuales hasta una edad muy avanzada”*. (Held 2017: 280). No obstante, el autor obvia el creciente riesgo de pobreza en la vejez (ver el último apartado).

Según diversas investigaciones realizadas en Alemania, las preferencias de las personas mayores de 50 años en lo referente a la vivienda son claras: la mayoría desea mantenerse en su propia vivienda y recibir en ella cuidados profesionales si llega a necesitarlos, pero un porcentaje considerable se decanta por vivir en un piso o habitación propia en una residencia y otro segmento de este grupo poblacional estaría dispuesto a vivir en un piso compartido o una vivienda colaborativa.

Preferencias de la vivienda, total población



Preferencias de la vivienda, población total y mayores de 50 años de edad

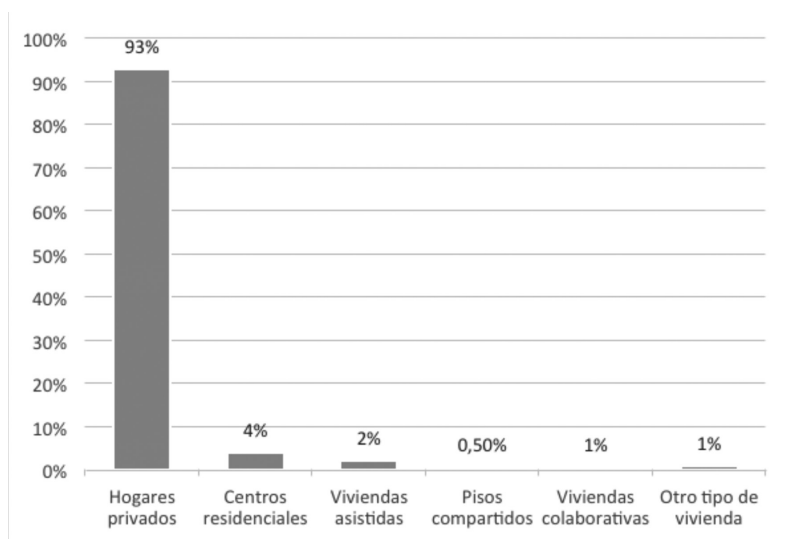


El tipo y grado de implantación de las viviendas alternativas para las personas con necesidad de cuidados

Recientemente el Gobierno Federal ha publicado el Séptimo Informe sobre la situación de las personas mayores en Alemania (<https://www.siebter-altenbericht.de/>). El Gobierno subraya en este informe la importancia que tienen la vivienda para las personas mayores y el papel central de los municipios para desarrollar este tipo de viviendas.

El informe ofrece algunos datos acerca de las formas de vivienda de las personas mayores. El 93% de los mayores de 65 años vive en una vivienda en alquiler o en propiedad, el 48% alquila su vivienda (Alemania oriental: 55%, Alemania occidental: 70%, zonas rurales aproximadamente el 80%, ciudades: 46%), el 7% vive en un centro residencial. Aunque son muchas las personas mayores que se muestran interesadas en participar en proyectos de vivienda alternativos, la realidad es que éstas tienen una importancia marginal. Menos del 1% de los mayores de 65 años viven en un tipo alternativo de vivienda, según el informe se trata de 27.000 personas repartidas en aproximadamente 900 proyectos.

Tipos de vivienda en los que residen las personas mayores de 65 años



El informe señala por último que faltan modelos intermedios entre la vivienda propia y el centro residencial para la atención a la dependencia. Los proyectos alternativos, afirman los autores del

informe, implican un considerable esfuerzo para los interesados tanto en lo que se refiere a la organización como en cuanto a la carga económica.

La mayoría de las personas mayores viven en sus propias viviendas y lo hacen desde hace muchos años, pero estas viviendas propias no están adaptadas a las necesidades de sus inquilinos. Solamente 570.000 de los 11.000.000 de hogares de personas mayores, el 5,2% sobre el total, cuenta con una vivienda que cumple con los requisitos mínimos y solamente el 7% de los mayores con una movilidad reducida residen en una vivienda libre de barreras o con barreras reducidas. Dos tercios de las personas mayores viven en la periferia de sus ciudades de residencia, el 7% residen en el centro y el 31% cerca del centro (Au & Soworka 2013). De todas maneras, parece curioso que solamente un porcentaje muy bajo de las personas mayores que afirma vivir en un piso no adaptado a sus necesidades afirma que esto le plantea un problema (Heinze 2013).

Como señala el Ministerio de Transportes, Construcción y desarrollo urbanístico (Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung 2011: 11), aproximadamente el 25% de las personas mayores estaría dispuesta a mudarse para garantizarse una vida autónoma en la vejez. Jolanki y Vilkkko insisten en que la disposición de las personas mayores a mudarse no solamente está ligada con la cobertura de las necesidades básicas sino con *“encontrar nuevos entornos de vivienda que ofrezcan la oportunidad de mantener el estilo de vida y llevar una vida llena de sentido en la vejez”* (Jolanki y Vilkkko 2015: 112 – traducción del autor). Precisamente los modelos que vamos a presentar pretenden hacer posible

la vida autónoma, facilitar el contacto con el entorno social, basarse en los principios de apoyo mutuo y tener la posibilidad de compartir tiempo y espacio con personas afines (Jolanki y Vilkkio 2015).

Los pisos compartidos

En líneas generales podemos distinguir diferentes formas de viviendas alternativas para personas mayores. Los pisos compartidos (Senioren WG en alemán) tienen una característica similar, muy centrada en el empoderamiento y la participación, si bien suelen recurrir a un mix de servicios, combinando los profesionales con el apoyo mutuo y el del entorno (voluntarios y familiares). Si bien cabe la opción de que todos los ocupantes de la vivienda pueden contratar diferentes servicios de atención domiciliaria, por regla general suelen optar por solo uno (Wolf-Ostermann y Fischer 2013).

En lo relativo a la organización caben diferentes opciones: el piso compartido, creado por iniciativa propia de los inquilinos y gestionado por ellos, y aquellos en los que la creación y la gestión corre a cargo de un proveedor profesional. El principio básico que rigen los pisos compartidos es el de la vida independiente, la descentralización y la normalización de la vida cotidiana y rompe con ello con la lógica de los centros, en los que prima la eficacia y el modelo institucional en la atención (Wolf-Ostermann y Fischer 2013). No obstante, en un contexto de desfamiliarización, los autores vaticinan que los modelos impulsados por los proveedores tendrán cada vez mayor importancia (Wolf-Ostermann *et al.* 2014). Existen además modelos híbridos, como p.ej. el modelo de Friburgo, en el que familiares y voluntarios crean una red compartida de apoyo a los habitantes de un piso compartido (Wolf-Ostermann *et al.* 2014).

Hasenau y Michel (2016) remiten a la Ley regional para las viviendas y la participación de Renania del Norte-Westfalia para definir lo que es un piso compartido. Se trata de ofertas de vivienda y de cuidados en las que conviven varias personas mayores o necesitadas de cuidados de larga duración o personas con una discapacidad en un solo hogar y los servicios son proporcionados por uno o varios proveedores servicios de atención. Esto no es de aplicación para las personas que, siendo pareja o familiares, conviven en un mismo hogar” (artículo 24, apartado 1) o “*tipos de vivienda que tienen la finalidad de posibilitar la vida en un hogar común y a su vez el acceso de servicios pagados de cuidados de larga duración y apoyo a personas necesitadas de apoyo o cuidados... o con una discapacidad...*”. (artículo 4, apartado 1).

El modelo ideal de piso compartido es aquel que logra integrar y recurrir a los recursos de cercanía, es decir, coordinar los diferentes servicios formales e informales del entorno. Wolf-Ostermann y Fischer (2013) señalan que los modelos de referencia son los “*Cantou*” en Francia, el “*Group Living*” en Suecia, el “*Small-scale Living*” en los Países Bajos y los “*Domuses*” en el Reino Unido. Los primeros pisos compartidos de personas con necesidad de cuidados se crearon en Alemania en 1988 en *Braunschweig*¹⁴. Este tipo de pisos compartidos tienen en común que el contrato de alquiler es independiente del contrato con el proveedor de los cuidados de larga duración, que deberá poder elegir libremente.

La filosofía de las personas que conviven en un piso compartido es central y conviene definirla para evitar p.ej. ser dominado por los intereses de los proveedores de servicios (Hasenau y Michel

14 <https://ambet.de/>

2016). La filosofía será determinante a la hora de diseñar el modelo de piso compartido (organización y estructura), la comunicación (interna y externa) y el modelo financiero (diseño de los servicios, financiación). Así por ejemplo, en el diseño de los servicios caben dos modelos. El modelo centrado en la persona, en el que prima la individualidad de las personas y los procesos de normalización e integra las actividades de los mayores y de sus familiares en el paquete total de servicios. El modelo hotelero da prioridad a los procesos y su eficiencia y suele transferir todas las tareas y servicios al proveedor.

Es importante mantener la diferenciación entre los pisos compartidos auto gestionados y aquellos otros gestionados por proveedores de servicios (Hasenau y Michel 2016). Éstos han descubierto los pisos compartidos como un segmento del mercado con un enorme potencial y, como señalan ONG del sector de la demencia, priorizan aspectos mercantiles sobre la autodeterminación de las personas que conviven en estos pisos¹⁵. Además conviene diferenciar los pisos compartidos de las nuevas formas de convivencia en los centros residenciales denominados de cuarta generación (Hasenau y Michel 2016), que, si bien trasponen modelos innovadores en cuanto a su concepción y planteamiento (Montero 2012), no dejan de ser centros residenciales que limitan considerablemente la autonomía de las personas que conviven en ellos.

Berlín fue una región pionera en crear el marco legal que en los años noventa impulsó la difusión de este modelo –tanto definiendo el piso compartido como “micro-residencia” como en la financiación de algunos de los servicios relacionados con la

¹⁵ Ver p.ej. la organización *Freunde alter Menschen e.V.* que pertenece a la red internacional “les petits frères des Pauvres” <http://www.famev.de/demenz-wgs/aktuelle-entwicklung/>

estructuración de la vida diaria. Sin embargo, como señala Bura (2016), este auge tuvo también otros motivos, no directamente relacionados con los cuidados de larga duración, entre los que destacan una sobreoferta inmobiliaria. *“Berlín fue el pionero en Alemania. A finales de siglo existía una sobreoferta en mercado inmobiliario y los proveedores de los cuidados de larga duración tenían la sensación de ser buscadores de oro. Los propietarios de las viviendas veían en ellos buenos clientes para las superficies que, de otra manera, no se podían comercializar. Todos miraban hacia Berlín, ya que el número de pisos compartidos rápidamente subió en varios centenares. Pero en cuanto miraban con detenimiento, la visión se hizo más crítica. Los proveedores habían conquistado –sin que nadie se diera cuenta– un campo de actuación que no se correspondía con los niveles de calidad que de él se esperaba”.* (Bura 2016: 145).

Hamburgo intentó estructurar mejor este proceso. En 2003 –a la vez que los tres primeros pisos compartidos se estaban creando– creó una *“Mesa redonda para el fomento de pisos compartidos con atención de CDL domiciliarios”*. En 2005 el gobierno regional convocó la creación de un centro de coordinación de los pisos compartidos, y en 2007 la Sociedad para el Alzheimer publicó el *“Manual para familiares”* por encargo del departamento de asuntos sociales regional. El centro de coordinación cuenta con 22 especialistas de diferentes disciplinas (arquitectos, gerontólogos, juristas, etc.). El gobierno regional ofrece vías de financiación a través del programa específico *“formas de viviendas alternativas”*.

En líneas generales podemos diferenciar tres fases en la creación de los pisos compartidos Kuratorium (Deutsche Alters-

hilfe; Wüstenrotstiftung 2014). En una primera fase se trataba de iniciativas privadas, sin encaje normativo ni financiación pública. En una segunda fase los pisos compartidos pasaron al catálogo de modalidades de vivienda, recibiendo ayudas sobre todo de los gobiernos regionales y de los municipios. En la tercera fase los pisos compartidos cuentan con normativas regionales.

El Ministerio para Mayores financió la creación de estructuras y el intercambio de estas estructuras y hoy en día la mayoría de las normativas regionales regulan los pisos compartidos. Este proceso ha estado acompañado por una descentralización de la competencia clave. En 1976 se aprobó una Ley para todo el territorio que regulaba las residencias para las persona mayores (Heimgesetz), complementada en 2002 con el artículo 25a, que permitía a las autoridades regionales autorizar viviendas alternativas. La reforma del federalismo aprobada en 2006 abrió la vía para una normativa regional en materia de centros y viviendas para mayores, competencia de la que hicieron uso entre 2008 y 2014, año en el que último parlamento regional aprobó una normativa propia (Wolf-Ostermann 2014).

Los pisos compartidos tienen diversas opciones para formar una comunidad de este tipo: crear una sociedad civil, una asociación registrada sin ánimo de lucro o una cooperativa. La organización del grupo puede ser externalizada o gestionada de forma autónoma por los propios habitantes de la vivienda. Existe una normativa regional que regula los requisitos para la creación de una vivienda con estas características, pero el control de calidad de los pisos compartidos únicamente se produce en aquellos en los que la gestión ha sido externalizada. Solamente en Baviera todo

tipo de vivienda compartida debe someterse a un control de calidad y solamente en Berlín se regula un requisito relacionado con la formación del personal que trabaja en estos pisos.

En función de la titularidad de las viviendas y de la gestión de las mismas son de aplicación las normas reguladoras de las residencias para la atención a la dependencia o las normas reguladoras del arrendamiento de vivienda. Si la vivienda compartida es gestionada por una entidad se aplica lo regulado por las normas regionales para las residencias de mayores, si se trata de un piso auto gestionado apenas existen normas que regulan su funcionamiento. A nivel federal rige desde 2009 una ley que regula tan solo los aspectos civiles del régimen de residencia (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (W BVG)) desde la perspectiva de la defensa de los consumidores. Desde 2006 existe una norma DIN (DIN 77800) para las viviendas asistidas.

En líneas generales, resulta difícil determinar el número exacto de pisos compartidos existentes a pesar de que las normativas de 8 de las 16 regiones prevén la obligatoriedad de notificar la creación de un piso compartido (Wolf-Ostermann *et al.* 2014). A comienzos de 2016, en Hamburgo existían 65 pisos compartidos en los que conviven 597 personas. Por otra parte, 320 personas viven en pisos compartidos integrados en centros residenciales, 214 personas viven en 27 pisos auto gestionados y 63 personas viven en 10 pisos dependientes de diversas entidades privadas o del Tercer Sector (Bura 2013). En Berlín, el número pasó de 230 pisos compartidos en 2006 a 331 en 2009 (Wolf-Ostermann y Fischer 2013) y a 570 en 2013 (Deutsche Altershilfe, Wüstenrotstiftung 2014).

En 2013 aproximadamente existían 1.600 pisos compartidos para personas que precisan de cuidados de larga duración con un total de 17.000 personas, lo que equivaldría al 0,7 % del conjunto del colectivo (Deutsche Altershilfe; Wüstenrotstiftung 2014).

Pisos compartidos en Alemania, 2013

Región	Pisos	Plazas	Tasa de atención sobre el total (2011)
Baden-Wurtemberg	aprox. 100	aprox. 1.000	0,36 %
Baviera	169	1.355	0,41 %
Berlín	570	aprox. 5.700	5,28 %
Brandenburgo	>150	aprox. 1.500	1,56 %
Bremen	25	aprox.250	1,13 %
Hamburgo	23	aprox. 230	0,49 %
Hesse	6	aprox. 60	0,03 %
Mecklemburgo-Pomerania Occidental	15	aprox. 150	0,22 %
Baja Sajonia	56	aprox. 560	0,21 %
Renania del Norte-Westfalia	511	aprox. 5.110	0,93 %
Renania Palatinado	90	aprox. 900	0,80 %
Sarre	>1	>10	0,03 %
Sajonia	23	aprox. 230	0,17 %
Sajonia-Anhalt	25	aprox. 250	0,28 %
Schleswig-Holstein	42	446	0,55 %
Turingia	–	–	–
Total Alemania	1.595	17.751	0,71 %

Deutsche Altershilfe; Wüstenrotstiftung 2014: 34

Según Wolf-Ostermann (2014) en 2011 había 1.420 pisos compartidos para personas con necesidad de cuidados de larga

duración. Si bien resulta difícil analizar las características del conjunto de los pisos, en 531 de ellos vivían exclusivamente personas con una demencia senil y otros 171 eran de tipo integrativo.

Las expectativas a la hora de crear un piso compartido son evitar el ingreso en una residencia de CLD, mejorar la calidad de vida de las personas que conviven en él, mantener las capacidades motrices y cognitivas, evitar el aislamiento, la apatía y la depresión, el suministro excesivo de fármacos, y el *burn-out* de los familiares cuidadores y de los cuidadores profesionales (Wolf-Ostermann 2014). Los pisos compartidos se caracterizan por tener una media de 6 a 8 personas que viven en ellos, en su mayoría mujeres alrededor de los 80 años de edad, con todo tipo de enfermedades o discapacidades. No suelen ser inusuales los cuidados de 24 horas al día y una ratio habitante/cuidador más intensa que en los centros, pero con un porcentaje inferior de personal especializado (Wolf-Ostermann 2014).

Wolf-Ostermann y Fischer (2013) señalan que, hasta la fecha, la base científica es demasiado exigua para certificar a los pisos compartidos un impacto positivo en el estado de salud de las personas. Los resultados de los pocos estudios desarrollados desvelan que en el momento del ingreso en el piso compartido presentan un nivel de necesidad de cuidados inferior a las personas que entran a una residencia, una incidencia menor de síntomas neuro-psiquiátricos (depresión y agresión) y una mejor calidad de vida. Al parecer no existen diferencias con las personas que se encuentran en un centro en cuanto a la progresión de la demencia y del empeoramiento de la condición física y síquica o en lo referente al apoyo por familiares (Wolf-Ostermann 2014).

Auer *et al.* (2017) comparan la calidad de vida de los habitantes de un piso protegido para personas con una demencia con los de dos centros de atención residencial. Llegan a la conclusión de que, sin ser representativos, los resultados indican que no existen diferencias significativas en la calidad de vida o el grado de satisfacción de los trabajadores. Otros estudios explorativos llegan a una conclusión diferente: la convivencia de personas con esta enfermedad en un piso compartido presenta una elevada calidad de vida, el apoyo mutuo y el aspecto comunitario de estos pisos resultan en una atención más eficaz que los que puede ofrecer un centro residencial clásico si bien no resulta más barato (Dellgrün 2011).

El Ministerio para Familias financia un proyecto que elabora y coordina criterios de calidad para los pisos protegidos <http://www.wg-qualitaet.de/aktuelles/>. Existen además criterios de calidad regionales, algunos de ellos no vinculantes como el de Berlín: <http://www.swa-berlin.de/index.php?id=74>.

En lo relativo a la financiación de los pisos protegidos, el Banco estatal Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) cuenta con una línea de créditos blandos para la reforma de viviendas y edificios para mayores¹⁶. Además existen diversas líneas de financiación regionales y federales para este tipo de viviendas. El Curatorio para el apoyo en la Vejez (KDA) canaliza y gestiona los fondos de la Fundación Stiftung Deutsches Hilfswerk, que a su vez se nutre del superávit de una lotería. Ofrece ayudas económicas para poner en marcha pisos compartidos y centros de asesoría para personas

¹⁶ [https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen-\(159\)/index-2.html](https://www.kfw.de/inlandsfoerderung/Privatpersonen/Bestandsimmobilien/Finanzierungsangebote/Altersgerecht-umbauen-(159)/index-2.html)

mayores¹⁷. El gobierno regional de Renania del Norte – Westfalia cuenta con un programa de ayudas para pisos o compartidos o *cohousing*¹⁸ y el gobierno regional de Baviera dispone de una línea de ayudas económicas que contempla ayudas de hasta 40.000 euros y hasta un máximo del 90% del gasto real para la creación de pisos compartidos¹⁹.

Las personas mayores que viven en un tipo de vivienda alternativa podrán recibir ayudas del seguro de dependencia (Libro XI del Código de Leyes Sociales) o incluso de prestaciones no contributivas por razón de necesidad (libro XII del mismo Código), todo ello en función del nivel de dependencia que les sea aplicable y de su situación económica.

La Ley para la reorientación de los cuidados de larga duración que entró en vigor el 1.1.2013 introdujo una prestación complementaria de 200 euros mensuales por persona para aquellos que convivan en una vivienda con al menos otras dos personas en situación de dependencia y una ayuda para reformas de 2.500 euros por persona con un tope de 10.000 euros por vivienda. La Ley para reforzar los cuidados de larga duración amplió a 4.000 euros y 16.000 euros las ayudas para reformas e introdujo una ayuda adicional de 205 euros mensuales. El artículo 36.1.5 de esa ley permite además unir los derechos de varios beneficiarios (atención básica y ayuda doméstica) que convivan en una vivienda.

Además diversas regiones prevén ayudas complementarias para los pisos compartidos. Diversas regiones ofrecen ayudas para

17 <http://www.kda.de/foerdermittel.html>

18 http://www.mbwsv.nrw.de/wohnen/wohnraumfoerderung/Wohnen_im_Alter/index.php

19 <http://www.wohnen-alter-bayern.de/ambulant-betreute-wohngemeinschaften.html>

financiar las inversiones iniciales de los pisos compartidos para personas que precisan de cuidados de larga duración (Wolf-Ostermann *et al.* 2014).

Las personas que quieren crear un piso compartido se encuentran con diversos retos: la estructura del gasto es menos clara que en un centro residencial o una vivienda asistida ya que el coste deriva de diversos conceptos (alquiler, servicios, manutención) y las ayudas difieren mucho en función de la región y en muchas de ellas faltan centros de coordinación y apoyo como el descrito más arriba en Hamburgo (Hasenau y Michel 2016). En un contexto de encarecimiento de la vivienda, muchas empresas inmobiliarias se limitan a impulsar la accesibilidad de su “stock” de viviendas y prefieren no entrar en el mercado de los servicios o impulsar formas innovadoras de vivienda como los pisos compartidos (Hasenau y Michel 2016). Hasenau y Michel abogan por una cooperación entre los proveedores de CDL y el sector inmobiliario para impulsar las nuevas modalidades de viviendas. Algunas normativas regionales aceptan ya este tipo mixto de *“piso compartido dependiente de un proveedor con servicios de cuidados”* (Renania del Norte Westfalia) o *“pisos compartidos con atención domiciliaria para personas mayores de edad con necesidad de apoyo y atención”*. (Hasenau y Michel 2016).

Por otra parte, se dan con cada vez mayor frecuencia un tipo de vivienda en comunidad en el que solamente conviven personas mayores de 60 años, prestándose apoyo mutuo. Este tipo de vivienda alternativa a menudo es una especie de transición entre la vivienda propia y la vivienda asistida o tutelada.

Las viviendas asistidas

Estas viviendas asistidas (betreute Wohnungen) suelen estar ubicadas en edificios concretos adaptadas a las necesidades individuales de las personas que viven en ellos. Suele tratarse de viviendas adaptadas, la persona mayor tiene un interlocutor y contrata los servicios de forma independiente. También este modelo ha pasado por diversas fases (Deutsche Altershilfe; Wüstenrotstiftung 2014). Desde comienzos hasta mediados de los años 90, este tipo de edificios se convirtió en un proyecto prioritario para parte del sector de la construcción que además recibía subvenciones de parte de algunos gobiernos regionales. En la siguiente fase, y a la vista de una calidad deficitaria de la atención, algunos gobiernos regionales pasaron a dar mayor importancia a este aspecto creando sellos de calidad²⁰, manuales etc.

Como señala Höpfinger (2017) resulta difícil identificar tipos de viviendas asistidas, ya que no existe una definición unificada y consensuada y el proceso de creación no ha sido controlado o dirigido. Esta autora señala que uno de los momentos críticos en este tipo de vivienda es la solución que plantea si la persona realmente pasa a estar necesitada de CLD: ¿puede permanecer en su propia vivienda y el proveedor garantiza los cuidados de larga duración o tiene que trasladarse a un centro de cuidados residenciales para poder recibir estos cuidados?

En líneas generales, no existe una sola definición de vivienda asistida, sino que cada región tiene una definición propia, aunque desde 2006 existe una norma DIN (DIN 77800) para las viviendas

²⁰ ver p.ej. el primer sello de calidad para viviendas asistidas, desarrollado en 1995 por encargo del gobierno regional de Baden-Württemberg <https://www.kvjs.de/soziales/senioren/qualitaetssiegel-betreutes-wohnen-fuer-senioren/>. 68 centros cuentan con el sello de calidad, que debe ser renovado cada tres años.

asistidas “Cartera de servicios para personas mayores que viven en una vivienda adaptada o en un complejo de viviendas que engloba tanto los servicios de apoyo básicos/generales como servicios optativos/cuidados amplios” (citado por Hasenau y Michel 2016: 17). Es decir, que se trata de un paquete de servicios que consta de dos componentes: la vivienda y los servicios que forma parte contractual y que además incluye la posibilidad de ampliar la cobertura de los servicios. A diferencia de los pisos compartidos, suele ser el proveedor del que parte la iniciativa y que actúa además como proveedor de los servicios, todo ello basado en un contrato entre la persona mayor y el proveedor y financiado al menos parcialmente a través del seguro de cuidados de larga duración (Hasenau y Michel 2016).

A nivel federal, rige desde 2009 una ley que regula tan solo los aspectos civiles del régimen de residencia (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVG)) desde la perspectiva de la defensa de los consumidores. Aunque resulta difícil cuantificar el número de viviendas asistidas, el Curatorio para el apoyo en la vejez (Deutsche Altershilfe) calcula que en 2013 podría haber 264.000 personas viviendo en este tipo de piso.

Personas que residen en viviendas asistidas, 2013

Región	Personas que viven en los pisos
Baden-Wurtemberg	50.800 (20.000)
Baviera	33.800
Berlín	11.600
Brandenburgo	8.300

Región	Personas que viven en los pisos
Bremen	(2.100) 1.964
Hamburgo	11.500
Hesse	14.200 (11.363)
Mecklemburgo-Pomerania Occidental	5.000
Baja Sajonia	24.200
Renania del Norte-Westfalia	44.400
Renania Palatinado	11.800
Sarre	2.500
Sajonia	13.600
Sajonia-Anhalt	7.500
Schleswig-Holstein	17.200
Turingia	4.900
Total Alemania	aprox. 264.000

Deutsche Altershilfe; Wüstenrotstiftung 2014: 38

Las viviendas asistidas representan el 36% del conjunto de las viviendas adaptadas en Alemania. Held (2017b) señala que la media del número de viviendas de esta modalidad es de 58 por edificio.

Al igual de lo que sucede en el caso de los pisos compartidos, resulta muy difícil identificar las ventajas de la calidad de la vivienda asistida en comparación a la atención en un centro residencial. Höpfinger (2017) señala que existen indicios de que los cuidados en las viviendas asistidas vienen acompañados de una menor incidencia de escaras, pero presenta una mayor probabilidad de caídas y de déficit en la alimentación. “*Mantener la autonomía y reducir el control externo suele ir acompañado de algunos riesgos geriátricos*”. (Höpfinger 2017: 64).

La vivienda colaborativa/el cohousing

Desde hace 30 años existen proyectos de viviendas colaborativas, iniciadas en la mayoría de los casos por los propios interesados, en las que a menudo conviven personas mayores con jóvenes y en los que prima el principio comunitario.

Las primeras viviendas colaborativas surgen en los años setenta y ochenta y representan una experiencia marginal, que se va ampliando a lo largo de los años, sin dejar de ser minoritario. Brech (1999) identificó en los noventa un total de 339 proyectos, la mayoría impulsados por familias jóvenes con hijos. Desde los años 90 estos proyectos comienzan a ampliarse a los mayores, en muchos de los casos con un marcado carácter intergeneracional (Fedrowitz 2011), siendo una seña de identidad el hecho de que los futuros inquilinos de estos proyectos participan de forma activa en su diseño.

Se estima que en el año 2000 podría haber aproximadamente 250 proyectos en los que convivían alrededor de 8.000 personas mayores, mientras que en 2013 este número habría ascendido a 869, existiendo otros 132 en fase de planificación (-Deutsche Altershilfe; Wüstenrotstiftung 2014).

En cuanto a su ubicación, se mantiene una clara concentración en el entorno urbano o aglomeraciones de población (Hamburgo, Berlín, la cuenca del Rur, Múnich, la región Rin-Meno y Hanover), pero en los últimos años se han extendido a ciudades medianas y pequeñas así como a zonas urbanas, en las que en el pasado solo se encontraban proyectos de vivienda colaborativas ecológicas (Fedrowitz 2016).

Una peculiaridad de las viviendas colaborativas es que las personas que conviven en ellas suelen participar en la fase

de proyecto, aportando ideas desde un inicio (Fedrowitz y Maske 2013). Mensch (2011) identifica las siguientes características de los proyectos colaborativos:

- Cada hogar cuenta con una vivienda cerrada.
- Los espacios comunes complementan las viviendas particulares.
- La decisión de participar en una vida colaborativa es voluntaria e individual.
- Las viviendas colaborativas se organizan de forma autónoma.
- Los principios y las normas que rigen la convivencia se deciden de forma autónoma.

Las personas que conviven en una vivienda colaborativa se prestan apoyo mutuo.

La plataforma de la Fundación Trias Hattingen quiere apoyar a todas aquellas personas que deseen impulsar un proyecto de vivienda compartida. Cuenta con un buscador que incluye una serie de proyectos específicos para personas mayores o multi-generacionales (<http://www.wohnprojekte-portal.de/>). En mayo de 2017 el banco de datos contenía un total de 737 proyectos de viviendas colaborativas ya realizados (2013: 543, Fedrowity y Matzke 2013), 225 de ellos se centraban en la convivencia de personas mayores y jóvenes (2013: 152) y en otras 148 solo viven personas mayores (2013: 96). De los 229 proyectos en fase de realización o planificación, 115 tenían un enfoque multigeneracional y otros 79 se centraban (además) en mayores.

Esta difusión de la vivienda colaborativa o del proyecto de *cohousing* también se hace notar en el incremento de las coope-

rativas. Fedrowitz y Matzke (2013) señalan que entre 2000 y 2011 fueron realizados un total de 106 proyectos por cooperativas, 57 de ellos con un enfoque multigeneracional. Entre 2000 y 2006 se realizaron de 5 a 8 proyectos al año, mientras que entre 2007 y 2011 se llevaron a cabo entre 10 y 13. A diferencia del resto de los proyectos, los multigeneracionales suelen realizarse en edificaciones nuevas con lo que es más sencillo de mantener un estándar elevado de adaptabilidad.

Los modelos cooperativistas requieren un esfuerzo económico pero encierran el potencial de posibilitar, a través de modelos de financiación solidarios, el acceso a personas con diferentes recursos y movilizar el apoyo municipal a través de la puesta a disposición de terreno edificable o edificios adecuados. El ayuntamiento de Tübingen en Baden-Wurtemberg opta por esta vía, lo que ha supuesto un enorme impulso para los proyectos de vivienda (Kiehle & Riege 2011). Lihs (2012) analizó diversos proyectos de vivienda colaborativa que optaron por la forma legal de la cooperativa y concluye que esta forma legal responde a los principios que suelen regir estas iniciativas (autogestión, autoayuda y auto-responsabilidad), mientras se minimiza el riesgo económico y ofrece suficiente flexibilidad con respecto a la propiedad.

Uno de los instrumentos más interesantes para fomentar la vivienda colaborativa es el programa “Convivir en comunidad, vivir de forma autónoma”. <https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/programme/modellprogramm-gemeinschaftlich-wohnen-selbstbestimmt-leben.html> del Ministerio para Familias.

Este proyecto piloto financia tres tipos de viviendas alternativas:

- Tipo A: Viviendas en comunidad que ofrezcan soluciones alternativas para promover la autonomía y la vida independiente, sobre todo de personas mayores en un proyecto, barrio o pueblo (iniciativas de vecinos, estructuras mixtas de atención y otros).
- Tipo B: Formas de vivienda en comunidad dirigidas sobre todo a personas que viven de alquiler y que tengan como objetivo principal la mezcla social y generacional, prestando especial atención a las personas con ingresos bajos.
- Tipo C: Viviendas en comunidad u otros proyectos innovadores que hagan una aportación especial para la creación de un municipio incluyente y adaptado a las necesidades de edad y género.

Este programa apuesta por la convivencia intergeneracional y la planificación conjunta de todos los futuros inquilinos de estos proyectos. Prioriza proyectos que compaginan viviendas adaptadas con espacios comunes, abiertos al entorno del barrio. Muchos de estos proyectos fomentan el voluntariado con lo que tienen una clara proyección comunitaria en el barrio en el que se encuentran ubicados (von Schwanenflügel 2015). La plataforma del programa contiene una descripción detallada de los 29 proyectos seleccionados: <http://wohnprogramm.fgw-ev.de/> localizados tanto en zonas rurales como en ciudades y con la característica común de la integración del proyecto en el entorno de barrio.

La revisión del modelo de atención residencial

El auge de las viviendas alternativas refleja la creciente insatisfacción de las personas mayores con los modelos sobrevenidos

de los centros residenciales. Sin embargo, tanto los proveedores privados como los del tercer sector de estos centros residenciales han reaccionado y podemos constatar un cambio gradual en los modelos de residencias (ver Montero Lange 2012).

Se ha pasado de un modelo orientado en el hospital a otro en el que predominan patrones semi-familiares, pequeñas unidades convivenciales en las que la calidad de vida ya no está subordinada a los requisitos técnicos de los cuidados. Se trata de modelos más permeables que permiten combinar diferentes formas de atención y en los que tiene una importancia central la autonomía de la persona que necesita cuidados.

Siguiendo la tipología elaborada por el Curatorio Alemán para el apoyo en la vejez (Kuratorium Deutsche Altershilfe, KDA) desde los años cuarenta se han desarrollado cuatro tipos de residencias para la atención a la dependencia. El modelo inicial, imperante entre los años cuarenta y los sesenta y denominado de 1ª generación, consideraba a la persona con necesidad de cuidados como “asilado” o “acogido”.

Le siguieron las residencias de la 2ª generación, el modelo dominante en los años sesenta y setenta. Estas residencias tomaron como referencia los centros hospitalarios. La persona con necesidad de cuidados era considerada un “paciente”. En este período se dieron los primeros pasos en la aplicación de los resultados de la investigación gerontológica. Si bien la atención mejoró considerablemente, se prestó una atención posiblemente excesiva a los aspectos técnicos. La atención a las personas con una dependencia era más bien reactiva y se daba preferencia a la externalización de la rehabilitación. Se mantuvo la centralización

de los espacios comunes y, en general, una distribución muy estandarizada de los espacios.

La 3ª generación de residencias fue edificada en los años ochenta. Impera una visión integral de la persona con una dependencia. En lo relativo al modelo de atención residencial se pasó de un modelo centrado en el déficit de la persona con una dependencia a otro que pretende desarrollar las competencias. Ganó en importancia la autonomía y la individualidad y una atención activadora. El espacio compartido e individual pasa a ser un espacio de vivienda, las habitaciones tienen baños propios. Los espacios comunes de la residencia se descentralizan, distribuyéndose en las diferentes plantas mientras que en el pasado solían encontrarse en las plantas bajas o en los sótanos.

A partir de los años noventa comienza a surgir la 4ª generación de residencias. Aplican modelos de atención que dan mayor importancia a la persona en situación de dependencia y sus necesidades. Empiezan a elaborarse modelos integrales de la atención, centrados en la biografía. Los grupos de convivencia tienen entre 8 y 12 personas. Estas unidades son conjuntos autárquicos en las que prestaciones hoteleras, la atención a la dependencia y la atención social se realizan de forma descentralizada involucrando en la medida de lo posible a las personas con necesidad de atención. Se trata de una redistribución de los recursos de la residencia que son transferidos a las distintas unidades. Se orientan en la familia, eliminan la separación entre los cuidados, tareas domésticas y asistencia social. El personal especializado pasa a ser de referencia, es decir, tiene una presencia continua. Las cocinas, la lavandería y la administración tienden a volver a descentralizarse

para garantizar la cercanía. Así, por ejemplo, la comida deja de prepararse para el conjunto de la residencia, cada unidad pasa a disponer de una cocina propia y, en la medida de lo posible, algunos centros implican a las personas mayores en la preparación de las comidas. La atención se rige por el principio de que son los servicios y los profesionales quienes se desplazan a donde están los usuarios y no las personas a donde se prestan los servicios.

Podemos observar como novedad la 5ª generación de residencias que tiene como objetivo radicalizar el principio de la normalización que rige las residencias de la 4ª generación. Este modelo pretende abrir las residencias a su entorno y hacer posible a la persona en situación de dependencia la vida en sociedad reforzando a su vez la dimensión individual. El objetivo es lograr una cuota máxima de autonomía e independencia. Para lograr la integración de las residencias en su entorno deben convertirse en centros comunitarios que participan en la configuración de la vida de la sociedad que les rodea.

Los retos para las viviendas alternativas

Probablemente sea insuficiente tratar la vivienda de forma aislada del entorno, de la infraestructura disponible y del grado de organización de la sociedad civil cercana (Nossadeck y Block 2017). *“La calidad de vivienda y de vida de las personas mayores depende de la adecuación de la vivienda y del edificio, pero también tiene un papel importante la comunidad. Las personas mayores consiguen de su entorno lo necesario para el día a día. Pero es que, además, el entorno es punto de anclaje de la vida social de una persona: las personas mayores participan en la vida social del vecindario, ahí es donde pueden ofrecer y recibir apoyo”.*

(Nowossadeck & Block 2017:5). Es decir, que, a la hora de diseñar o analizar estas viviendas, en realidad es necesaria una visión transversal, que el Deutscher Verein denomina “*vivienda adaptada a las generaciones*”, concepto en el que se integran campos de actuación tan diversos como “*la vivienda, el entorno, la infraestructura y los servicios cercanos a la vivienda (seguridad, cercanía de médicos, comercios, bancos, guarderías, escuelas, etc.), puntos de encuentro (espacios, que facilitan contactos sociales a individuos y grupos), suficientes zonas verdes, posibilidades de sentarse, limpieza, así como redes sociales y vecindarios*”. (Deutscher Verein 2016: 3).

Este concepto de comunidad ha sido uno de los principios que ha regido la reforma de los centros residenciales, integrándolos en los barrios y abriéndolos a los vecindarios. Es por ello que el equipo redactor del Séptimo Informe sobre la Vejez del Gobierno Federal afirma que el ámbito de actuación en materia de viviendas para mayores debe ser el vecindario, entendiéndolo como espacio social (Heinze 2017), potenciando la coordinación de los actores y rompiendo la lógica de compartimentos estancos por el que a menudo se rige la actuación de actores públicos y privados.

Todo ello hará necesario diseñar políticas innovadoras que creen sinergias entre los diferentes actores y que permitan afrontar problemas específicos como, p.ej., el de las zonas rurales, afectadas por un envejecimiento considerable de su población (Helck 2014). Otros modelos de vivienda como p.ej. el modelo de Bielefeld²¹ contempla el voluntariado en el entorno inmediato, lo que supone ofrecer a las personas mayores un campo de actividad

²¹ <https://www.bgw-bielefeld.de/bielefelder-modell/>

que puede resultar significativo una vez finalizada la vida laboral (Kiehle & Riege 2011).

Uno de los retos que afronta la creación de viviendas alternativas para mayores es el encarecimiento de la vivienda. Precisamente la falta de viviendas adaptadas, pero también la escasez de modelos de vivienda alternativas llevan a muchas personas mayores a mudarse a un centro residencial (Rothgang 2016). El incremento del precio de la vivienda hace que este tipo de modelos alternativos de vivienda a menudo sea inasequible para personas mayores con un poder adquisitivo bajo. *“La polarización de los espacios sociales de las diferentes zonas residenciales debido, por una parte, al cambio de las estructuras de ingresos y, por otra parte, a la subida de los alquileres debe afrontarse con instrumentos adecuados de las políticas de vivienda. Es necesario impulsar la financiación de la vivienda protegida, garantizar cuotas reservadas para diversos colectivos, fomentar las cooperativas de viviendas...”*. (Heinze 2017: 11).

Por su parte, el Instituto Federal para la investigación de la construcción, ciudades y el espacio (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung –BBSR– 2015) analizó las situaciones vivenciales y de ingresos de las personas mayores y en este informe se concluye que es previsible que en 2030 el fenómeno de la pobreza en la vejez aumente exponencialmente debido a los siguientes factores:

- El envejecimiento de la población hará que aumente la presión sobre los sistemas de previsión para la vejez.
- El número de personas mayores con una necesidad de cuidados de larga duración incrementará considerablemente.
- El aumento del desempleo, del trabajo precario y de las

vidas laborales discontinuas llevarán necesariamente a pensiones muy inferiores a las actuales.

- En el futuro aumentará la concentración de la riqueza, por lo que es de esperar que también aumente la polarización de los ingresos.
- Es probable que aumente la dependencia de las ayudas y prestaciones.

Se verán afectados especialmente de esta evolución varios colectivos muy vulnerables: personas con un nivel de formación bajo, inmigrantes, personas con vidas laborales discontinuas o empleados en sectores precarizados.

Por todo ello, sin políticas públicas decididas, un porcentaje importante de personas mayores tendrá dificultades para mantenerse en su entorno residencial, financiar la adaptación de sus viviendas o generar los fondos necesarios para participar en proyectos alternativos de vivienda.

En lo relativo a la terminología, los tres modelos que aquí se han descrito pertenecen al modelo de viviendas para mayores denominadas Assisted Living (AL). *“La vivienda asistida es un término que se aplica a una amplia variedad de tipos de vivienda con cuidados para personas mayores. En el sentido más amplio estos modelos de servicios y formas de apoyo a los cuidados de larga duración abarca el grupo de viviendas no consideradas residenciales que ofrecen servicios de cuidados personalizados para las tareas diarias y que, además, pueden dar respuesta a necesidades emergentes de cuidados. En teoría, el concepto de vivienda asistida también hace referencia a valores subyacentes a la manera en la que se prestan estos cuidados. Vivienda asistida se refiere a un*

conjunto de servicios de vivienda y apoyo en un entorno similar al del hogar y que promueven una filosofía de los cuidados diferente". (Zimmerman *et al.* 2016: 247 – traducción del autor).

Por otra parte, siendo muy diversos los modelos que se han desarrollado en los últimos decenios, faltan criterios de calidad unificados y universalmente aceptados. Algunas organizaciones han intentado determinar los criterios de AL, por ejemplo la Assisted Living Quality Coalition (1988) que incluía la provisión de servicios de apoyo personalizados y altamente cualitativos, garantizando la dignidad, el respeto, la privacidad y el derecho a decidir, la participación de los inquilinos en las tomas de decisiones, la transparencia de costes por parte de los proveedores de servicios y evitar el aspecto "institucional" de la vivienda.

La crisis de los años 70 obligó a los Estados industrializados a recalibrar el diseño de sus políticas sociales, incorporando a actores trans- o supranacionales (p. ej. la unión Europea) y subnacionales (las regiones y los municipios) (Kazepov, 2008). Este proceso, denominado "rescaling" (Kazepov, 2010), se produjo en un contexto de consolidación de la "gobernanza multinivel" (Moreno, 2014) (Kazepov y barberis, 2011). A pesar de que algunos autores opinan que la lógica dominante fue la ideología neoli-beral, la municipalización abrió espacios nuevos para corregir o complementar políticas estatales (Jørgensen, 2012). Los municipios son el nivel institucional en el que se desarrollan las políticas sociales de cercanía, incluidas la creación de viviendas alternativas para mayores.

El principal soporte legal de las políticas municipales en este ámbito es el artículo 71 del código social XII, que regula la ayuda

social. Este artículo define las tareas de las políticas municipales voluntarias de apoyo a las personas mayores. Éstas deberán “servir de aportación para prevenir, superar o mitigar las dificultades que puedan surgir en la vejez y posibilitar a las personas mayores su participación en la sociedad.” Como señalan Backes y Arnheim (2011), este artículo abre un abanico de políticas dirigidas a los mayores como el apoyo, asesoría y fomento de la participación y el tiempo libre, pero también en la creación de viviendas adaptadas para mayores, la búsqueda de centros de cuidados de larga duración, o la creación y el acceso a servicios adaptados a las necesidades de las personas mayores.

Uno de los argumentos aducidos por los defensores de la remunicipalización de los servicios y recursos de cuidados de larga duración es la autonomía local, regulada por el artículo 28 de la ley Fundamental de la república Federal (Naegele, 2014). Además, el artículo 8 del tomo XI del código social, que regula el seguro público de cuidados, define la prestación de servicios de cuidados como una responsabilidad para el conjunto de la sociedad.

Sin embargo, las políticas municipales en Alemania afrontan diversos retos:

- La puesta en marcha del seguro de cuidados alemán en 1995 inició una fase de desmunicipalización de los cuidados. Los municipios se retiraron de este ámbito, renunciando en la mayoría de los casos a hacer uso de las competencias restantes para realizar una planificación municipal de la infraestructura local (Naegele, 2014). Una prueba de ello es la práctica desaparición de los servicios de cuidados domiciliarios o residenciales de titularidad

municipal. Pero, como señala Pabst (2002), tampoco aprovecharon los márgenes económicos que les brindó la introducción del seguro público de cuidados para ampliar las ofertas voluntarias. La mayoría de los municipios sencillamente redujo o incluso congeló los fondos destinados a este fin.

- El seguro público de cuidados alemán creó estructuras de mercado y abrió ese mercado a la empresa privada. El tercer sector perdió su papel protagonista en la prestación de servicios mientras que la prestación pública de servicios pasó a ser marginal. La creación de un mercado de los CLD se ha traducido en una creciente aplicación de criterios empresariales y en la irrupción de las empresas privadas con ánimo de lucro en el ámbito de las políticas sociales, cuestionando el papel privilegiado que hasta ese momento ostentaban las organizaciones no lucrativas. La persona con necesidad de CLD se constituye como “cliente”, en teoría un actor más en ese mercado de los CLD, pero en realidad se encuentra en una situación débil frente al resto debido a la falta de transparencia del mercado.
- El mercado diseña “de facto” la infraestructura de cuidados, por lo que ésta no suele responder a un proceso de planificación consensuado y cooperativo entre los seguros de cuidados y los municipios (Naegele, 2014). Como señala la Federación Alemana de Ciudades y Municipios (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2016), el seguro público de cuidados introdujo “la provisión de servicios de cuidados siguiendo los principios del mercado. Se espe-

raba que las leyes de la oferta y la demanda resultarían en una atención óptima. La realidad es que hoy en día encontramos situaciones de infraoferta y de oferta inadecuada. El mercado no puede corregir la infraoferta ni una oferta inadecuada.” (Deutscher Städte- und Gemeindebund, 2016). La falta de instrumentos de planificación de las infraestructuras ha llevado a una enorme disparidad de las estructuras locales y del mix de servicios, de su accesibilidad y coste (Bertelsmann Stiftung 2016), así como de los servicios de baja intensidad (asesoría, acompañamiento, etc.) que caen en el ámbito de las políticas sociales voluntarias de los municipios (Bode y Chartrand, 2011).

El cambio demográfico y el aumento paulatino del gasto municipal en la ayuda a los cuidados obligan a los municipios a desarrollar estrategias que logren moderar el gasto e introducir elementos de gestión local que permitan reforzar los cuidados en el entorno domiciliario frente a los cuidados en centros, dado que éstos generan un gasto muy superior (Grohs y Reiter, 2014). Al ser un sistema de cobertura parcial, el copago por parte de los usuarios es considerable. Los beneficiarios de las prestaciones aportaron en 1999 un 21 % del coste de la atención, en 2007 un 27 %, en 2011 un 33 % (Zuchandke, 2011) y en 2013 un 32 % (Comisión Europea, 2016). Los municipios asumen a través de la prestación asistencial parte del gasto de los cuidados para aquellas personas que no cuentan con recursos económicos suficientes. La introducción del seguro público de cuidados supuso una importante reducción del gasto en esta prestación que pasó de 9.000 millones de euros

en 1994 a 3.500 millones en 1997 (Bundesregierung, 2004). Sin embargo, el gasto total generado por la prestación asistencial para personas en situación de CLD, que corre a cargo de los municipios, está volviendo a subir, pasando de 3.152 millones de euros en 2005 a 4.080 millones euros en 2015 (Bundesamt für Statistik, 2017).

Un problema adicional es seguramente la dispersión de competencias entre el Gobierno central y los gobiernos regionales por una parte, y los diferentes ministerios federales por la otra (Helck 2014). Los gobiernos regionales persiguen estrategias muy diferentes en el ámbito de las viviendas para mayores (Wolf-Ostermann et al. 2014). Existe un grupo de gobiernos regionales (Baviera, Renania Palatinado y Renania del Norte Westfalia) que cuentan con una estrategia transversal, otros que apoyan proyectos piloto y se centran en consolidar y ampliar estructuras consolidadas y un tercer grupo que sitúa el tema de forma esporádica en su agenda política.

Recursos

- Ministerio para Familias, Mayores, Mujeres y Jóvenes
El Ministerio para Familias, Mayores, Mujeres y Jóvenes cuenta con la página “En la vejez: en casa” <https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/> que recoge una serie de recursos centrados en el tema vivienda y personas mayores.
Otra aplicación permite buscar proyectos e iniciativas de vivienda alternativa en toda Alemania no incluidos en este programa, un total de 49 repartidos por todo el país. https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/no_cache/praxis-beispiele/weitere-programme-und-projekte.html.
Por otra parte, la página contiene varios ejemplos de buenas

prácticas, como p.ej. un proyecto piloto de una cooperativa berlinesa que, apoyada por diversos organismos públicos como el Ministerio para Familias y la Oficina Federal para ordenación territorial, está rehabilitando un edificio entero, creando viviendas adaptadas y espacios comunes.

<https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/wohnen/musterhaus-generationenwohnen-sredzki-44.html>.

<http://www.selbstbau-eg.de/projekte/sredzki-44>

Por último, esta página contiene un banco de datos con todos las líneas de financiación de viviendas alternativas y adaptación de viviendas federales (<https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/programme/weitere-foerderungsmoeglichkeiten-bund.html>) y regionales (<https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/programme/foerderungsmoeglichkeiten-laender.html>) así como centros y portales de información y asesoría regionales.

- Curatorio alemán para el apoyo en la vejez (KDA).
El Curatorio alemán para el apoyo en la vejez (KDA) evalúa un programa para elaborar proyectos alternativos de vivienda para personas que precisan de atención por encontrarse en situación de dependencia de la Federación de seguros públicos de enfermedad (GKV) <https://www.kda.de/weiterentwicklung-neuer-wohnformen.html>. Este programa quiere poner en marcha y evaluar tipos de vivienda que hagan posible una vida autónoma garantizando a su vez una atención adecuada. La Federación ha seleccionado 54 proyectos, todos ellos centrados en la atención a la dependencia, que figuran en la siguiente

página: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/forschung/modellprojekte_45f/pflege_modellprojekte_45f.jsp.

- Iniciativas regionales para impulsar las viviendas alternativas para mayores.

En muchas regiones existen iniciativas locales o regionales que quieren impulsar y dar a conocer modelos alternativos de viviendas para personas mayores. Llama la atención que una de las estrategias de estas iniciativas es crear redes, es decir, poner en contacto todos los actores y crear sinergias.

Una de las grandes organizaciones del Tercer Sector, el Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPW), que agrupa iniciativas aconfesionales a nivel regional y federal, ha puesto en marcha en Renania del Norte Westfalia un proyecto para crear una red de mayores, propietarios, inversores, empresas inmobiliarias municipales y cooperativas. <http://www.wohnen-im-alter-nrw.de/content/>. Esta organización cuenta con 19 iniciativas de cohousing en esa región y 82 pisos compartidos.

El gobierno regional ofrece diversas líneas de financiación para la adaptación de viviendas y residencias, pero también para la puesta en marcha de pisos compartidos. Se conceden préstamos de hasta 80.000 euros para dos tipos de pisos: apartamentos independientes o habitaciones individuales en una vivienda común con espacios compartidos. El número máximo de inquilinos es de ocho (Groschek 2014).

El Ministerio de Asuntos Sociales, Sanidad e Igualdad de Baja Sajonia ha creado una plataforma similar para esta región. Ofrece asesoría desde personas individuales hasta a municipios. <http://www.neues-wohnen-nds.de/> Esta plataforma contiene un banco de datos con información detallada sobre diferentes iniciativas y proyectos en esta región: <http://www.neues-wohnen-nds.de/gemeinschaftliches-wohnen/gute-beispiele/3039-2/>. Precisamente el gobierno regional de Baja Sajonia convocó en 2015 ayudas para crear proyectos piloto de viviendas alternativas para personas mayores en situación de dependencia. Este programa financia inversiones para la adquisición y/o reforma de inmuebles y viviendas así como medidas dirigidas a crear un entorno adecuado en el barrio, destinando fondos por ejemplo a la creación de asociaciones de vecinos, cooperativas sociales etc. Han sido seleccionados 32 proyectos que figuran en este listado: <http://wohnenundpflege.fgw-ev.de/projekte.html>.

Berlín cuenta con la “Agencia para redes “vivir en generaciones”” financiada por el gobierno regional. Desde 2008 asesora y apoya a personas interesadas en adquirir inmuebles o viviendas multigeneracionales. <http://www.netzwerk-generationen.de>.

- Otros enlaces de interés

La Federación alemana de viviendas compartidas es una red de iniciativas repartidas por todo el país, que básicamente se dedican a impulsar la idea de viviendas

alternativas para personas de todas las edades. <http://www.fgw-ev.de>.

Referencias bibliográficas

- Assisted Living Quality Coalition (1988): Assisted living quality initiative: Building a structure that promotes quality. Washington DC: Public Policy Institute, American Association of Retired Persons.
- Au, C.; Sowarka, D. (2013): Wohnraum- und Wohnumfeldgestaltung im demografischen Wandel. En: informationsdienst altersfragen, 5, 3-5.
- Auer, S.; Kienberger, U.; Pascher P.; Geck, M.; Hofmann, B.; Viereckl, C.; Span, E. (2017): Wohngemeinschaft versus traditionelles Pflegeheim für Personen mit Demenz. En: Pflegewissenschaft,3-4, 156-165.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2015): Lebenslage und Einkommenssituation älterer Menschen. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (2011): Wohnen im Alter. Berlín: Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung.
- Bura, J. (2016): Wohn-Pflege-Gemeinschaft unter dem Dach von STATTBAU HAMBURG, en: Kappus *et al.* (2016), 145 - 153
- Dellgrün, A. (2011): Zukunftsfähig Wohnformen auch für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen. En: wohnbund informationen 1/2011: 39-41.

- Deutscher Verein (2016): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Kooperation der Akteure generationengerechtes Wohnens. Berlin: Deutscher Verein.
- Emler, C.A.; Moceris, T.J. (2012): The importance of social connectedness in building age-friendly communities. En: Journal of Aging Research.
- Fedrowitz, M. (2011): Gemeinschaftliches Wohnen in Deutschland. En N aktuell, 5 (9).
- Fedrowitz, M. (2016): Gemeinschaftliches Wohnen – Stand und Entwicklung in Deutschland. En: Nachrichten der ARL, 1/2016: 9.11.
- Fedrowitz, M.; Matzke, S. (2013): Das gemeinschaftliche Wohnen für Ältere, en: Informationen zur Raumentwicklung, 2, 177 – 187.
- García, I.; Guiliani, F.; Wiesenfeld, E. (1999): Community and sense of community. The case of an urban barrio in Caracas. En: Journal of Community Psychology, 27, 727-740.
- García Lantarón, H. (2015): Modelos de alojamiento para personas mayores: Orígenes, evolución y tendencias, en Actas de Coordinación Sociosanitaria, 15, 81-102.
- Generali Zukunftsfonds (2013): Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren. Zentrale Ergebnisse der Generali Altersstudie 2013, Colonia: Generali Zukunftsfonds.
- Glass, A. P. (2009): Aging in a community of mutual support: The emergence of an Elder intentional cohousing community in the United States. En: Journal of Housing for the Elderly, 23(4): 283-303.

- Glass, A. P. (2013): Retirement communities: We know what they are... or do we?. En : Journal of Housing for the Elderly, 27 (1-2): 61-88.
- Groschek, M. (2014): Junge Quartiere für das Wohnen im Alter. En: Pro Alter, mayo/junio, 26-30.
- Hasenau, C.; Michel, L. H. (2016): Ambulant betreute Wohngemeinschaften. Gestalten-begleiten-finanzieren. Hannover: Vincentz Network.
- Heinze, R.G. (2013): Altengerechtes Wohnen: Aktuelle Situation, Rahmenbedingungen und neue Strukturen. En: Informationen zur Raumentwicklung 2: 133-146.
- Heinze, R. G. (2016): Wohnen und Wohnumfeld im Siebten Altenbericht, en: informationsdienst altersfragen, 6, 11 - 18.
- Heinze, R. G. (2017): Wohnen und Dienstleistungen aus Sicht des Siebten Altenberichts. Ponencia presentada en Berlín el 4.4.2017.
- Helck, S. (2014): Experten Interview. Herausforderungen beim Thema „Wohnen im Alter“. En: Pro Alter, mayo/junio, 12-17.
- Held, M. (2017): Nachfragepotenzial Wohnen im Alter – die Zielgruppe 60+ rückt in den Fokus, en: Gregorius, A.; Niemeyer, M. (eds.) (2017): Kompendium des Temporären Wohnens. Wiesbaden: Immobilien Zeitung, S. 279-290.
- Höpflinger, F. (2017): Wohnformen im höheren Lebensalter, en: Pinter *et al.*, (2017) , 56 – 67.

- Jolanki, O.; Vilkkio, A. (2015): The Meaning of a „Sense of Community in a Finnish Senior Co-Housing Community. En: Journal of Housing for the Elderly, 29: 111-125.
- Jørgensen, M. B. (2012) The Diverging Logics of Integration Policy Making at National and City Level, International Migration Review, 46 (1), 244-278.
- Kappus, H.; Petersen, U.; Hagedorn, M. (2016): Wo wären wir ohne sie? Von Mitmenschen und Wohngemeinschaften für Demenz. Poträts und Projekte aus Hamburg. Hamburg: Stadtbau Hamburg.
- Kazepov, Y. (2008) The subsidiarization of social policies: actors, processes and impacts. Some reflections on the Italian case from a European perspective, European Societies, 10 (2), 247 – 273.
- Kazepov, Y. (2010) Rescaling Social Policies towards Multilevel Governance in Europe: Some Reflections on Processes at Stake and Actors Involved, en Kazepov, Y. (2010): Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe, Farnham: Ashgate, 35 – 72.
- Kazepov, Y.; Barberis, E. (2011) Social assistance governance in Europe. Towards a multilevel perspective, ponencia presentada en “GINI WP6 Workshop, 14 al 15.11.2011, Amberes.
- Kiehle, W.; Riege, M. (2011): Wohnprojekte – gesellschaftliche und politische Aspekte. En: wohnbund informationen 1/2011: 4-7.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe; Wüstenrotstiftung (2014): Wohnatlas. Ludwigsburg: Kuratorium Deutsche Altershilfe.

- Lihs, V. (2012): Mehrgenerationen-Wohnprojekte in der Rechtsform der eingetragenen Genossenschaft eG. En: BBSR-Berichte Kompakt.
- Mensch, K. (2011): Gemeinschaftliches Wohnen – der Versuch einer Definition. En: wohnbund informationen 1/2011: 8-11.
- Mensch, K. (2011): Gemeinschaftliches Wohnen – der Versuch einer Definition, en: wohnbund e. V. (eds.): Perspektiven für Wohnprojekte, 01/2011, Munich.
- Montero Lange, M. (2012): Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia: el caso alemán (2012), en: Rodríguez Rodríguez, Pilar: Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención. Madrid: Fundación CASER, Fundación Pilares, 73 – 86.
- Montero Lange, M. (2014): Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España, (2014), en: Actas de la Dependencia 9, 47 – 74.
- Montero Lange, M. (2015): Modalidades de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia en Alemania. La gestión de casos (2015), en: Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia. Madrid: Fundación CASER, Fundación Pilares, 35 – 52.
- Montero Lange, M. (2016): Viviendas alternativas para personas mayores en Alemania. Informe para Matia Fundazioa. San Sebastián.

- Montero Lange, M. (2017): El debate sobre el papel de los municipios en la prestación de servicios sociales. El ejemplo de Alemania y España. Actas de coordinación sociosanitaria, 20, 25-54.
- Montero Lange, M. (2017): Los cuidados de larga duración en Alemania: situación y reforma, ponencia presentada el 21 de abril de 2017 en el Real Patronato sobre Discapacidad. http://www.siposo.com/IMG/pdf/ponencia_miguel_montero-2.pdf.
- Moreno, L. (2014) Reseña de Michael Keating. Rescaling the European State. The Making of Territory and the Rise of the Meso, RIS, 72 (2), 492 – 494.
- Nowossadeck, S.; Block, J. (2017): Wohnumfeld und Nachbarschaftsbeziehungen in der zweiten Lebenshälfte. Report Altersdaten, 1/2017. Berlín: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Pinter, G.; Likar, R.; Kada, O.; Janig, H.; Schippinger, W.; Cernic, K. (eds.): Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer
- Rothgang, Heinz, 2016: Altengerechter Wohnraum. Ungeeigneter Wohnraum Grund für Umzug ins Pflegeheim, in: CARE-konkret, 18 (14), 10.
- Verband der Sparda-Banken e.V. (2014): Sparda Studie: Wohnen in Deutschland. Francfort: Verband der Sparda-Banken e.V.
- von Schwänenflügel, M. (2015): Gemeinschaftlich wohnen. Ein Zukunftsthema für alle Generationen. Pro Alter, noviembre/diciembre, 46-50.
- Wolf-Ostermann, K. (2014): Ambulante betreute Wohngemeins-

chaften. Entwicklungen und Perspektiven. Ponencia presentada el 19.11.2014.

Wolf-Ostermann, K.; Fischer, T. (2013): Wohnen im Alter, en: Hasseler, M.; Meyer, M.; Fischer, T. (2013): Gerontologische Pflegeforschung. Ansätze, Ergebniss und Perspektiven für die Praxis, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 85 – 97.

Wolf-Ostermann, K.; Worch, A.; Meyer, S.; Gräske, J. (2014): Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. Versorgungsangebote und gesetzliche Rahmenbedingung in Deutschland. En: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 7, 583-589.

Zimmerman, S.; Munn, J.; Koenig, T. (2016): Assisted Living Settings. En: Kaplan, D. B. ; Berkman, B.: The Oxford Handbook of Social Work in Health and Aging. Oxford: Oxford University Press: 247-255.

Nuevos modelos colaborativos de vivienda y atención para las personas mayores en Inglaterra

*por Jeremy Porteus,
Director Gerente de Housing LIN Ltd
y del Plan Nacional Lead for Housing
del Ministerio de Sanidad de Inglaterra*

Introducción

En el presente capítulo se analizan los distintos tipos de viviendas asistidas disponibles en Inglaterra, destacando el reciente aumento en la oferta de viviendas para las personas de más edad. Se utilizan ejemplos de viviendas para mayores de reciente construcción a fin de ilustrar cómo el mercado de alojamientos con atención y cuidados está respondiendo ante una población en proceso de envejecimiento.

Hasta abril de 2011, el autor de este capítulo gestionó un presupuesto de 227 millones de libras del Ministerio de Sanidad destinado a viviendas con atención y cuidados²², en las que se garantizaba la atención domiciliaria según las necesidades de cada caso. Durante casi una década, a esta financiación se

²² Nota de la editora.- Se traduce el término inglés extra *care housing* que aparece a lo largo del capítulo como "Viviendas con atención y cuidados".

sumaron otros 800 millones de libras para construir 87 nuevas promociones y más de 5.000 nuevas unidades de viviendas con atención y cuidados del sector público para personas mayores en Inglaterra. En aquel momento, esta cantidad representaba un aumento del 20 % en la oferta de este tipo de alojamiento –el mayor periodo de aumento en el sector de vivienda especializada–. Desde entonces, como resultado de las políticas de austeridad del gobierno encaminadas a reducir el déficit fiscal, la inversión del sector público en viviendas sociales ha ido disminuyendo y la construcción ha caído.

Sin embargo, ha habido un modesto crecimiento global en el sector de la vivienda con atención y cuidados, impulsado en amplia medida por los operadores del sector privado y los nuevos actores en el mercado de viviendas para mayores. Especialmente en el caso de Londres y el próspero sudeste de Inglaterra, donde la falta de viviendas adaptadas a personas de más edad hace que éste sea un tipo de alojamiento muy demandado. En economía, como es bien conocido, lo que determina el precio, además de la ubicación, es la relación entre oferta y demanda.

No obstante, estas promociones han empezado a transformar las opciones de vivienda disponibles para las personas mayores. Se dirigen a personas con un estilo de vida más acomodado y su oferta de “bienestar” pretende seguir siendo válida en el futuro frente a la única alternativa disponible; principalmente la atención en instituciones. En muchos casos, esta ha sido la única opción disponible para una persona mayor que tiene una situación de fragilidad o dependencia, especialmente a consecuencia de una caída o del comienzo de una demencia.

Hace más de 15 años que defiendo la necesidad de mayor innovación en los servicios y un liderazgo en la reflexión a nivel nacional en cuanto a las viviendas y la atención para las personas mayores. Los argumentos que tratan de influir en el gobierno para que reconozca que las viviendas con atención y cuidados son necesarias es porque ellas tienen capacidad para:

- mejorar la salud y bienestar de las personas mayores y también los de quienes tienen enfermedades de larga duración, por ejemplo, accidente cerebrovascular o demencia.
- alcanzar los objetivos de políticas gubernamentales más amplias relativas al desarrollo de mejores opciones de acceso a casas más pequeñas para las personas en su vejez y a una mayor personalización de las viviendas y de los servicios de apoyo, y
- ayudar a la construcción de barrios más 'resilientes' en los que las habilidades y experiencias vitales de las personas mayores sean parte de una comunidad dinámica en vez de ser consideradas como una 'carga'.

Retos demográficos y financieros

Teniendo presentes estos potenciales beneficios, hay dos factores que están impulsando actualmente el cambio en el ámbito de la vivienda y en los modelos de atención para las personas mayores en Inglaterra.

El primero es el gasto público y el coste de los cuidados. En particular, los gastos de atención sanitaria, asistencia personal, atención residencial y enfermería siguen aumentando de manera insostenible a medida que el número de personas mayores y

su nivel de necesidades aumentan. Es preciso que el gobierno entienda que es necesario un enfoque estratégico de ‘prevención’ y no de ‘intervención en crisis’ para poder administrar la demanda que han de atender nuestros servicios públicos. Es una opción política complicada pero que dará su fruto a largo plazo.

El segundo factor son las mayores expectativas de la población que ahora está envejeciendo respecto a generaciones anteriores. Tienen cada vez mayor nivel educativo, son más asertivas a la hora de expresar sus necesidades y han desarrollado a lo largo de su vida habilidades de consumidores exigentes para conseguir unos servicios de alta calidad. Existe un creciente mercado ‘gris’.

Al igual que la mayoría de las naciones occidentales, Inglaterra tiene una población envejecida. Durante las dos próximas décadas la cantidad total de personas con 60 o más años crecerá en un 62 %²³. Y en el Reino Unido, durante la década anterior a 2015, el número de personas centenarias (con 100 o más años de edad) aumentó en un 65 % hasta llegar a la cifra de 14.570²⁴.

Este cambio demográfico y el incesante crecimiento de las necesidades de atención continuará produciendo inexorablemente una considerable presión de la demanda tanto sobre los servicios de cuidados personales prestados por la asistencia social (que son competencia y están administrados por los gobiernos locales), como sobre el Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) cuyas prestaciones sanitarias son gratuitas.

23 https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/living-well-at-home.pdf.

24 Estimaciones para la edad muy avanzada (incluyendo centenarios), Reino Unido: 2002 a 2015 (2015) Office for National Statistics.

Teniendo en cuenta el déficit de financiación de las administraciones locales debido al envejecimiento de la población, el Gobierno ha aprobado recientemente subidas en los impuestos locales específicamente destinadas a abordar la creciente crisis en los servicios sociales y ha abogado por una atención más integrada entre los servicios de atención social y sanitaria. No obstante, se estima que seguirá habiendo una brecha deficitaria de alrededor de 2.100 millones de libras en la atención social para 2019/20²⁵.

Existen estimaciones que vaticinan que el gasto público en atención social tendrá que triplicarse entre 2010 y 2030 para adaptarse a las consecuencias del envejecimiento de la población²⁶. En este sentido, el Gobierno ha encargado la publicación para 2018 de un libro verde sobre la atención social para personas mayores

Hay que tener en cuenta, por otra parte, que todo esto sucede en el contexto del Brexit. Es probable que la salida del Reino Unido de la UE en 2019 agrave la ya importante escasez de personal y las dificultades de contratación en los servicios de atención social. Aproximadamente, 55.000 personas de entre los 1,3 millones de trabajadores del NHS y 80.000 de los 1,3 millones de los servicios de atención social son extranjeros nacionales de otros países de la UE²⁷.

Mejor atención, más opciones y más control

El Gobierno ha identificado el gasto en residencias como el factor con mayor potencial de ahorro en el presupuesto de cuidados

25 ONS *ibid.*

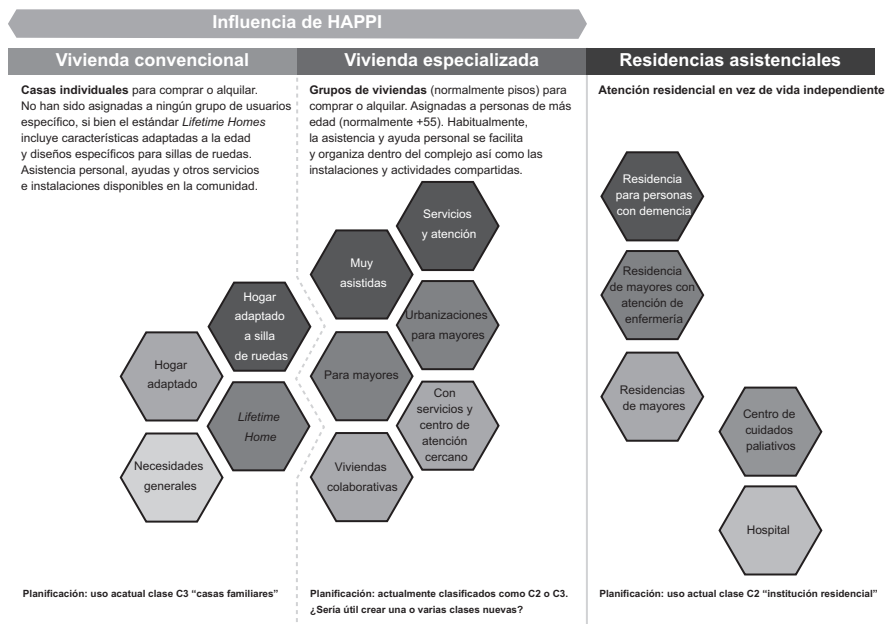
26 *Living Well at Home* *ibid.*

27 Helen McKenna, *Five big issues for health and social care after the Brexit vote.* (2016) The King's Fund.

a personas mayores. Retrasar el ingreso en la atención residencial un año puede suponer una reducción de los costes no derivados directamente de la atención de hasta 26.000£ en los casos más complejos. Esta cifra explica el creciente interés político en las distintas opciones de alojamiento para personas mayores. Resulta alentador que se acepte la idea de que invertir en los hogares de las personas a medida que envejecen reducirá –en muchos casos– los gastos destinados a su atención sanitaria y cuidados personales.

En 2014, redacté un informe para el Grupo parlamentario conformado por todos los partidos (Grupo Parlamentario Multipartidario –APPG, por sus siglas en inglés–) sobre viviendas y atención para personas mayores. Se trataba de una influyente iniciativa de estudio del grupo, la segunda dentro de la serie HAPPI, ‘Housing our Ageing Population: Plan for Implementation’²⁸, también conocida como HAPPI 2. En nuestro informe anterior se había hecho un llamamiento para centrar la atención en el desarrollo y mejora de los servicios para una mayoría de personas mayores que quiere continuar viviendo en su propio hogar pero que tiene dificultades para hacerlo. También se pedían mejores opciones en viviendas para mayores ‘preparadas para la atención’ (‘care ready’); en particular, alojamientos contruidos conforme a los principios de diseño recogidos en HAPPI.

28 https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/Housing_our_Ageing_Population_Plan_for_Implementation.pdf.



Un tercer estudio de HAPPI, *Housing our Ageing Population: Positive Ideas*²⁹, de 2016, apelaba a los responsables del diseño de políticas, a las empresas constructoras y a otros actores pidiéndoles que abordasen las preocupaciones y problemas que disuaden a algunas personas a la hora de trasladarse a alojamientos o viviendas especializadas. En el informe se indicaba que sigue habiendo una imagen negativa del sector. Solo a través de una acción coordinada se podrá ofrecer a aquellas personas jubiladas o cercanas a la jubilación mayor confianza en relación con la gestión de los costes de un hogar 'preparado para la atención' que cubra sus necesidades presentes y futuras.

Al tiempo que se defendía prestar gran atención a la calidad de los diseños, el informe decía que los mayores también buscaban

29 https://www.housinglin.org.uk/assets/Resources/Housing/Support_materials/Other_reports_and_guidance/HAPPI3_Report_2016.pdf.

tener mayor control sobre la gestión de las viviendas especializadas. En este sentido, se instaba al Gobierno, a responsables de la contratación, promotores, proveedores y entidades crediticias a que implementasen medidas que pudieran hacer más sencillo y atractivo el cambio. Un componente clave de este nuevo enfoque sería la información clara y transparente sobre costes de gestión y tarifas. Estas medidas ayudarán a que se afronte con mayor confianza etapas posteriores de la vida y servirán también para animar a más personas a trasladarse cuando aún están bien y en buena salud y pueden controlar sus opciones de estilo de vida que les permiten llevar el tipo de vida que desean.

Diseños amigables con las personas mayores

Construir apartamentos atractivos, como muestran los informes mencionados, no solo proporciona una opción del estilo vida preferido por las personas de más edad, sino que también se adecua a sus circunstancias cambiantes, lo que facilitará que la persona siga viviendo en su apartamento aun en el caso de fragilidad, enfermedad o dependencia

En el contexto del Reino Unido, la APPG afirma que las dificultades que disuaden a los mayores a la hora de decidir trasladarse de vivienda no son insuperables y entre las recomendaciones de tipo fiscal recogidas en HAPPI 3 se incluían:

- Exención fiscal en los impuestos de venta inmobiliaria para aquellas personas con edad superior a la edad de jubilación.
- Ampliar el programa 'help-to-buy' de ayudas a la adquisición de la primera vivienda también a personas en

rangos superiores de edad que compren propiedades inmobiliarias.

- El Ministerio de Sanidad debería complementar el programa de inversión económica del Gobierno en viviendas que incluyan la garantía de cuidados, pues ello supone un ahorro tanto para el NHS como para los servicios sociales.
- Constructores, inversores y entidades de crédito deberían liderar el camino ofreciendo diseños de alta calidad acompañados de un marketing imaginativo para dirigirse a la oferta y la demanda.
- Los constructores y promotores deberían suscribir los Códigos del Consumidor para el sector que sean relevantes, incluyendo información clara y transparente sobre los costes y tarifas a potenciales compradores y arrendatarios.

Las asociaciones para la vivienda, en tanto que agentes innovadores, deberían avanzar en la introducción de características que muestren que están ‘preparadas para proveer cuidados’, incluyendo elementos como las tecnologías para el hogar conectado, de manera que se asegure que tienen capacidad para proporcionar una mayor autonomía y control.

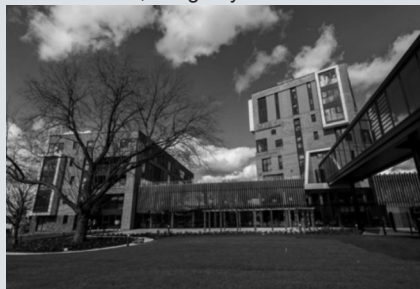


Sin embargo, aun resta un problema respecto a la percepción social de cómo son las viviendas especializadas de buena calidad. En Inglaterra la definición de viviendas con atención y cuidados todavía está en proceso –sería algo semejante a la transformación en la práctica del respaldo teórico del concepto, debiendo concretarse en ladrillos y cemento, además de cuidados y servicios de soporte. Abordaremos esto en mayor profundidad más adelante, pero parece útil incluir a continuación un ejemplo de un programa de elevada calidad.

Ejemplo Village 135

El programa Village 135 en Wythenshawe, Manchester, es un ejemplo de programa bien diseñado y pensado para las personas de más edad, que abre sus puertas tanto a los mayores como a la comunidad local. Consta de 135 apartamentos de lujo con atención y asistencia permanente *in situ* para ayudar a los residentes en sus necesidades presentes y futuras. Estos nuevos y modernos hogares, energéticamente eficientes, ofrecen apartamentos en régimen de tenencia mixto: 66 en alquiler asequible, 39 en régimen de propiedad compartida y 30 apartamentos en venta libre.

Esta galardonada promoción, con un coste de 24 millones de libras, diseñada por los arquitectos Pozzoni y gestionada por el Wythenshawe Community Housing Group, está situada dentro de un entorno con diseño paisajístico de jardines sensoriales. Se ha diseñado para maximizar la movilidad y la accesibilidad de los residentes, amigos y familiares. Las amplias áreas de estar tienen diseños



adaptables. La población local ha acogido de manera muy favorable el proyecto y acude regularmente al café/restaurante situado en las zonas comunes en las que cuentan con un centro de encuentro para residentes y la comunidad local.

Por otro lado, el muy esperado Libro Blanco del Gobierno “Reparando el mercado de viviendas roto”³⁰ publicado en Febrero de 2017, explicitaba los impedimentos encontrados para la ‘adecuación de tamaño’ identificados en HAPPI 3. Los ministerios manifestaron considerar posibles formas de “aliviar el problema” y se recoge que: *“Ofrecer a las personas mayores mejores opciones de alojamiento puede ayudarles a llevar una vida independiente durante más tiempo y también se apoya la reducción de costes para los servicios sociales y de atención sanitaria”*.

Sin embargo, el Libro Blanco resultó insuficiente y decepcionante al no satisfacer las expectativas creadas en cuanto a cómo los ministerios planteaban resolver los retos planteados por el envejecimiento en el ámbito de vivienda en los próximos años. En la publicación se incluyen pocos planteamientos para aumentar el número de viviendas accesibles o para favorecer un incremento sostenido en la tasa de construcción de viviendas especializadas.

En el documento, el Gobierno se comprometía a realizar una consulta posterior sobre cómo homogeneizar las iniciativas de las autoridades locales para evaluar las necesidades de vivienda (también las de vivienda para personas mayores). Asimismo, se proponía una modificación en la orientación nacional para la planificación precisando que son las autoridades locales las que deben tener “políticas claras para abordar las necesidades de vivienda de los grupos con necesidades especiales, como pueden ser las personas mayores o las personas con discapacidad”.

Según este nuevo régimen de planificación, la secretaría para el gobierno local da orientaciones a los municipios respecto

30 *Fixing our Broken Housing Market* (2017), Department of Communities and Local Government.

a cómo satisfacer esas necesidades –incluyendo la promoción de vivienda especializada “cerca de los servicios locales” formando parte de planes de mayor alcance–. Estamos en el momento de escribir este capítulo a la espera de más detalles.

El Gobierno también indicó que se había podido comprobar la existencia de una demanda creciente entre las personas mayores de viviendas personalizadas y construidas a medida de sus deseos, en las que los primeros propietarios deciden sobre el diseño exacto y la distribución de su hogar. En los últimos años ha habido un creciente interés por las fórmulas de viviendas colaborativas (*cohousing*) en las que las personas viven de manera independiente dentro de una comunidad compartida según se describe en el siguiente ejemplo.

Ejemplo New Ground, Londres

En High Barnet, en el norte de Londres, un grupo de mujeres mayores de 50



años han creado una alternativa a la opción de vivir solas estableciendo su propia comunidad en un nuevo bloque de pisos (construido ad hoc). En reconocimiento a su innovador enfoque, este proyecto resultó triunfador de los 2017 Housing Design Awards.

El deseo de contar con hogares de calidad en la edad avanzada

En tanto que motor de cambio, este deseo de las personas mayores es más positivo y eficaz que la intención política de contener la demanda de atención sanitaria y de cuidados personales, porque esta última puede interpretarse como negativa –o pragmática en el mejor de los casos–. La mayoría de las personas mayores son propietarias de sus viviendas (87 %), y en ocasiones son consideradas como personas “ricas en activos y pobres en ingresos”.

Los ‘nuevos mayores’ tienen unas expectativas y una conciencia muy diferentes respecto a su poder, económico, social y político. Muchos están en una situación relativamente acomodada y gozan de buena salud general. Esta circunstancia debería influir en la manera de abordar la cuestión de la vivienda y la atención para las personas mayores.

La cuestión terminológica es importante aquí. En los últimos años, nosotros hemos intentado alejar del debate público la cuestión de la ‘reducción de tamaño’. Estos términos incrementan la imagen de personas mayores frágiles y atrapadas en una casa familiar que ya no pueden atender y que deberían vender a gente joven que desea crear una familia. En lugar de eso, hablamos de ‘redimensionar’: apoyando a las personas que viven en hogares adaptados a sus necesidades y capacidades presentes, enfatizando que estos hogares seguirán siendo adecuados si las personas tienen problemas de dependencia o si su salud empeora.

De manera creciente, como muestra el proyecto DWELL³¹ de la Escuela Universitaria de Arquitectura de Sheffield, vemos a

31 https://www.housinglin.org.uk/_assets/DWELL_DesigningWithDownsizers.pdf.

personas mayores mudarse a viviendas dentro de promociones inmobiliarias de calidad con buenos diseños. Estas promociones no fueron previstas específicamente para su grupo de edad, pero cubren sus necesidades. Al hacerlo quedan las antiguas casas familiares disponibles y normalmente se libera para sus propietarios capital que puede contribuir a una jubilación confortable y gratificante.



Es aquí donde entran en juego los nuevos modelos de vivienda *especializada*, particularmente las viviendas con atención y cuidados). Como se ha mencionado anteriormente, las generaciones actuales de mayores tienen mejores aspiraciones respecto al tiempo de su jubilación que las que les precedieron.

Más abajo se vuelve sobre este tema del cambio de expectativas, pero se considera útil considerar brevemente ahora el contexto de políticas en Inglaterra relativo a servicios de atención y vivienda especializada para personas mayores.

La política: responder a la demografía, satisfacer las expectativas crecientes e integrar salud, cuidados personales y alojamiento

Ya hemos abordado la magnitud del cambio necesario en atención social y algunos de los cambios en curso o propuestos.

Entre 2011 y 2013 el gobierno emprendió una amplia reforma del NHS en Inglaterra. En parte se pretendía mejorar la integración a nivel local entre la atención sanitaria primaria, secundaria e intensiva, la atención social y la vivienda. En el curso de estas reformas se creó una función para los denominados Grupos clínicos de asignación (CCG, por sus siglas en inglés) locales, liderados por los médicos de familia. Estos profesionales de la atención primaria son los que, tradicionalmente, han venido haciendo las veces de ‘porteros’ en el acceso a los servicios de atención secundaria del NHS y de otros servicios sanitarios.

Los responsables de los servicios sociales, los proveedores de servicios de cuidados y los de vivienda especializada deben colaborar ahora con su CCG local. También pueden trabajar juntos para crear un mercado de servicios e instalaciones más integrados que cubran conjuntamente la atención sanitaria, los cuidados y asistencia personal y la vivienda, especialmente aquellos que pueden reemplazar o evitar la utilización de los servicios del NHS, mucho más costosos.

Por tanto, los alojamientos, en particular la vivienda que incluye la atención que precisan las personas mayores, ha de ser parte de las alianzas y el partenariado locales que las reformas sanitarias pretenden promover.

Existen otras variadas iniciativas a instancias, o en nombre, del NHS, que también pretenden integrar la atención y evitar los

ingresos hospitalarios de urgencia o reducir la demanda de citas con los médicos de atención primaria por parte de los mayores o de otras personas vulnerables. Entre estas iniciativas se encuentra la publicación '*Five Year Forward View*' realizada por el NHS de Inglaterra en 2014³², en la que se contiene que este organismo se comprometía a mejorar su eficiencia y obtener una reducción en sus gastos de 22.000£ millones a cambio de una financiación adicional del gobierno de 8.000£ millones para el NHS a lo largo de 5 años.

En marzo de 2017, el NHS de Inglaterra –el organismo que supervisa el presupuesto, la planificación, la prestación y el funcionamiento diario de la contratación– publicó una versión actualizada de *Five Year Forward View*³³. En ella trataba de darse respuesta a las reacciones del anterior informe de la mayoría de los expertos, que indicaron que esta inversión adicional no cubriría la siempre creciente demanda de servicios por causa del envejecimiento de la población y del aumento del número de personas con múltiples afecciones que precisan cuidados de larga duración.

Ambos documentos, de 2014 y 2017, abogaban por la necesidad de la integración y por hacer un mayor énfasis en la prevención. Estos objetivos han figurado en varias series de programas 'punteros' o 'pilotos' testados en docenas de CCG por todo el país. Varios de estos proyectos han contado con inversiones en viviendas con atención y cuidados o nuevos y emergentes tipos de tecnología para tele-atención sanitaria³⁴.

32 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>.

33 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/03/NEXT-STEPS-ON-THE-NHS-FIVE-YEAR-FORWARD-VIEW.pdf>.

34 https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/11/new_care_models.pdf.



Algunos datos de estos proyectos han mostrado una reducción en los ingresos hospitalarios por urgencias de personas mayores así como estancias medias más breves de las personas mayores ingresadas. Por ejemplo, los residentes del hogar asistencial de Rushcliffe, Nottinghamshire, que recibían una forma mejorada de atención domiciliaria como parte de un programa piloto presentaban mucha menor probabilidad de ser ingresados en el hospital o de acudir a urgencias que la media correspondiente a las personas con sus mismas necesidades de atención.³⁵

Esta forma de atención mejorada incluía visitas regulares de un médico de familia asignado y el apoyo independiente por parte de una organización benéfica, Age UK. Los directores de los hogares asistenciales y el personal de enfermería comunitaria también recibían apoyo adicional –por ejemplo, a través de una red de colegas profesionales–. Entre los residentes hubo un 23 % menos de ingresos de urgencia y un 29% menos de visitas al departamento de urgencias que entre la población similar de otras partes del país.

³⁵ Los efectos de dar una mejor asistencia y atención a los residentes de Rushcliffe (2017), The Health Foundation.

En 2016, la red Housing LIN fue una de las organizaciones que contribuyó a la elaboración de la guía del NHS de Inglaterra '*Health & Housing quick guide, Transforming urgent and emergency care services in England*'. Esta publicación proporcionaba recursos e información prácticos destinada a apoyar la colaboración entre organizaciones en el ámbito de vivienda y del NHS. Con el contenido del documento se pretendía evitar ingresos hospitalarios, reducir la duración de la estancia, evitar retrasos en las altas, reducir las tasas de readmisión y mejorar los resultados en materia de salud para las personas mayores y otras personas vulnerables al tiempo que se reducen las desigualdades en dicho ámbito.

El gobierno y NHS de Inglaterra también confían en las propuestas contenidas en la Revisión Naylor³⁶, un estudio independiente en el que se recomienda la venta de inmuebles del NHS (gran parte de ellos no han sido usados en muchos años) por valor de unos 2.700£ millones para proporcionar recursos adicionales de capital para el NHS. Algunos edificios y terrenos del NHS podrían ser usados para estancias de respiro o vivienda especializada de largo plazo para mayores.

También es posible construir pisos con tecnología y apoyos adecuados que permitan a los mayores recibir el alta hospitalaria y acceder de manera transitoria a algunas formas de atención intermedia antes de volver a sus casas.

³⁶ <https://www.nhs.uk/NHSEngland/keogh-review/Documents/quick-guides/Quick-Guide-health-and-housing.pdf>.

Ya existen experiencias de autoridades locales trabajando con organismos sanitarios para plantear las estrategias de vivienda para personas mayores basadas en los resultados que se quieren alcanzar. Entre los ejemplos de tales resultados podemos citar la reducción del número de camas hospitalarias y de ingresos en residencias y la planificación de nuevas unidades de vida independiente como las viviendas con atención y cuidados.

Ejemplo Protheroe House, Haringey, Londres

El grupo One Housing, dentro de su galardonado proyecto Protheroe House, de viviendas con atención y cuidados en Haringey, en el norte de Londres, tiene reservados varios apartamentos en los que los pacientes reciben servicios de 're-capacitación' después del alta hospitalaria.

Este proyecto, diseñado por el estudio de arquitectos Pollard Thomas Edwards, alberga a un equipo multidisciplinar que proporciona atención intensiva y orientada a objetivos y apoyo a personas con problemas de movilidad u otras dificultades que les impiden volver directamente a la vida independiente en su casa. Estos pacientes reciben hasta 20 horas a la semana de apoyo individual durante un periodo de hasta seis semanas.



Este enfoque permite un alta hospitalaria temprana –se evita el riesgo de tener camas bloqueadas– y en el largo plazo se reduce la demanda también para los servicios de atención social.

En Inglaterra, las presiones de tipo económico han dado lugar a un creciente reconocimiento político de la necesidad de la eficiencia asistencial y de una mayor rentabilidad de las inversiones en vivienda para mayores. Las opciones van desde ayudas del programa “Living Well at Home”, adaptaciones y servicios de teleasistencia, hasta nuevas construcciones y provisión de viviendas

especializadas. Todas las opciones se basan en la idea creciente de personalización de los servicios.

Los principios de la ‘personalización’ son sencillos y evidentes: que las personas tengan control sobre su propia atención y servicios. Esto va mucho más allá de asignarles un presupuesto personal para que contraten sus propios servicios de atención.

La personalización de los servicios de atención ha sido un objetivo clave de la política de asistencia personal en Inglaterra durante al menos 15 años. Se espera de todos los proveedores de servicios de atención y cuidados personales para adultos, incluyendo los que ofrecen asistencia y apoyos en la vivienda, que demuestren que dirigen sus servicios de modo que la persona sea realmente el centro en todos los aspectos de la prestación del servicio. Las personas han de poder controlar la atención recibida, ya sea a través de presupuestos personales asignados por las autoridades locales, o estando informados de todas las opciones posibles de atención y asistencia –independientemente de si ellas mismas pagan los servicios de atención o no–.

El año 2017 se publicó en el sitio web de la red Housing LIN una evaluación del programa Strand Court en Grimsby, en el noreste de Lincolnshire³⁷.

Inaugurado en 2015, el programa ofrece 60 apartamentos con atención y cuidados especialmente diseñados y disponibles en alquiler social para personas mayores en situación de fragilidad que precisan cuidados y otros servicios.

³⁷ <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-property-and-estates-naylor-review>.



Se pretendía comparar el estado de salud y bienestar de los residentes con una cohorte similar a lo largo de 9 meses de estancia en otro tipo de alojamiento.

Algunos de los hallazgos principales fueron:

- Los gastos asistenciales para las municipalidades fueron un 16% inferior a los gastos antes de la admisión en el caso de las personas con necesidades complejas y un 18% inferior en el caso de personas con necesidades no-complejas. Esto contrastaba con los aumentos de 23% y 14% respectivamente en el grupo de control.
- Ninguno de los residentes de Strand Court, entre los que no procedían antes de una residencia tradicional, pasó después a un ingreso en residencia, frente al 10% del grupo de control.

Los ahorros obtenidos para las autoridades locales se estiman en 260.000£, una media de 4.600£ por persona.

Las tasas de fallecimientos y la demanda de servicios de salud mental del grupo de residentes fueron más bajas que las del grupo de control. Otra investigación mostró que los residentes valoraban muy positivamente la independencia, la seguridad,

la disponibilidad de la atención y de los cuidados, así como las oportunidades para la interacción social dentro del proyecto. Al año de haberse mudado, la mayoría de los residentes informaron a los investigadores que disfrutaban de una buena vida social, valoraban las actividades sociales y eventos organizados y que habían hecho nuevos amigos.

Obstáculos para la vivienda con atención y cuidados

En los últimos años ha habido una falta de liderazgo, tanto a nivel local como nacional, en cuanto a la ampliación de opciones y provisión de viviendas especializadas, principalmente viviendas con atención y cuidados. Por tanto, ha resultado gratificante la publicación del informe de la comisión sobre vivienda de la Asociación de gobiernos locales de 2018³⁸, '*Building our homes, communities and futures*'. En esta visión general sobre las cuestiones relativas a la vivienda se subraya el importante papel que siguen jugando (y que pueden continuar desarrollando) los ayuntamientos en cuanto a vivienda para mayores.

En el mencionado informe se recomienda que “los gobiernos locales y central trabajen juntos para planificar y proporcionar vivienda como parte de los nuevos servicios integrados de atención social y sanitaria, con actividades e instalaciones diseñados para ayudar a las personas mayores a seguir viviendo durante más tiempo con calidad de vida y en buena salud en sus hogares y en su comunidad”. Se sugiere también que las autoridades locales puedan construir diferentes tipos de viviendas para personas

38 https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Practice_examples/Housing_LIN_case_studies/HLIN_CaseStudy_129_Evaluating-Extra-Care.pdf.

mayores y proporcionar la financiación y los contextos de políticas adecuados que animen a proveedores y promotores inmobiliarios.

Las autoridades locales en Inglaterra, en sus diferentes niveles, tienen responsabilidades y poder sobre muchas de las áreas políticas, normativas y de servicios que influyen en el desarrollo y uso de las viviendas con atención y cuidados. Cubren aspectos que van desde la provisión o contratación de vivienda social o servicios de cuidados y atención personal hasta la competencia de planificación.

También la administración local tiene un papel fundamental de coordinación y liderazgo para reunir a organizaciones de la comunidad, promotores, grupos de voluntarios y proveedores para que, juntos, planifiquen y proporcionen el tipo de viviendas que las personas mayores realmente quieren.

Los responsables de las políticas a nivel central y local se han ocupado y han hablado mucho sobre los ‘hogares para las familias’ pero no han abordado la provisión de una oferta adecuada de viviendas para las personas mayores que quieren conservar su independencia pero para las que una casa grande ya no es asumible. Irónicamente, muchas de estas personas mayores estarían dispuestas a desprenderse de sus casas familiares si hubiese alojamientos adecuados disponibles.

Un informe para el gobierno galés realizado por un grupo de expertos y publicado en 2017 afirmaba que: “en la planificación se debe dar prioridad a las personas mayores”³⁹.

La publicación “*Our housing agenda: meeting the housing aspirations of older people*” dibuja un panorama algo sombrío en cuanto a cómo la planificación actual favorece —o no— el desarrollo

³⁹ https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/5.17%20-%20Housing%20our%20ageing%20population_07_0.pdf.

de vivienda especializada para las personas mayores. En ella se recogen manifestaciones como las siguientes:

“El sistema de planificación tiene un considerable potencial aún sin explotar para ampliar las opciones y la oferta de viviendas, en distintos regímenes de propiedad, que resulten adecuadas para una población que envejece”.

“Los responsables oficiales de planificación de las autoridades locales explicaron que unas políticas nacionales más claras y sólidas podrían facilitar el proceso y ser de ayuda a la hora de facilitar una gama más variada de viviendas para las personas mayores. Las políticas y las directrices actuales se centran en garantizar una variedad de tipos de viviendas y regímenes de propiedad para satisfacer una gama de requisitos en general, pero no prestan una atención especial ni le dan prioridad para la provisión del tipo de viviendas que resulten adecuadas para las personas mayores.

“Los expertos tuvieron constancia de algunos proyectos en los que las autoridades locales habían propuesto el desarrollo de algunas soluciones de vivienda para las personas mayores, pero, a su parecer, estas prácticas constituían claramente la excepción y no la regla en el caso de Gales. Parece que se están perdiendo oportunidades”.

No obstante, los responsables de la contratación y proveedores de los servicios de atención y cuidados, así como los de vivienda especializada han de compartir alguna responsabilidad en estos problemas de oferta en Inglaterra y Gales. Deberían garantizar que las necesidades locales están claramente identificadas y que estas son puestas en conocimiento de los responsables de la planificación.

En términos de planificación, el desarrollo de la vivienda con atención y cuidados satisface tanto la demanda local como las necesidades de las personas mayores, a la vez que libera viviendas familiares para ofrecer a familias locales y estimula el sector de la construcción. Desafortunadamente, la vivienda con servicios de cuidados pasó a un primer plano justo cuando el mercado del crédito

entró en crisis. Pero, por suerte, el sector resistió razonablemente bien y para 2013 la actividad de construcción había recuperado los niveles anteriores a la crisis.

El sector de la vivienda especializada en Inglaterra está ahora mismo más orientado al segmento de alta calidad. El sector privado construye viviendas de calidad para su venta o propiedad compartida y satisfacer la demanda de un número creciente de personas mayores que pueden vender una casa familiar valiosa.

Pero para el segmento intermedio de población no hay aún una producción suficiente de viviendas especializadas para personas mayores. Necesitamos con urgencia mejorar e innovar para dar más respuestas a las necesidades y deseos de nuestra población en proceso de envejecimiento. El éxito de los principios del diseño HAPPI consiste en que abordan ambos extremos del mercado, favorecen la calidad y la variedad en las opciones para las personas mayores.

Existen por tanto razones para el optimismo –en gran parte porque las viviendas con atención y cuidados se adecuan muy bien tanto a las cambiantes expectativas de las personas mayores, como a las nuevas orientaciones políticas y al consenso económico. Sin embargo, para poder justificar y concretar este optimismo es necesario que colaboren muy diversas partes y sectores.

Sustentando lo anterior, y más bien como condición previa, es necesario un liderazgo estratégico claro del gobierno central y de las autoridades locales, en colaboración con el sector de la vivienda y de los proveedores de servicios. En este momento en el que la cuestión de la vivienda está en el punto de mira, después del trágico incendio en Grenfell Tower en el oeste de Londres, necesi-

tamos reconstruir la confianza del consumidor en nuestro parque de viviendas. Para abordar las necesidades de una población que envejece, cada autoridad local debería hacer pública su política en este ámbito y describir claramente sus intenciones respecto a futuras promociones y su visión en cuanto a las mejores prácticas en relación con la demanda futura.

Diseño – ¿La baza ganadora de la vivienda con atención y cuidados?

Para perfeccionar el concepto de vivienda con atención y cuidados o vivienda ‘preparada para la atención’ es esencial el énfasis en el diseño. Esto tiene que ver tanto con el aspecto de los edificios de forma global, como con el diseño de las unidades de alojamiento individuales.

Algunos de los primeros proyectos en Inglaterra ofrecían unidades excelentes de vivienda, pero éstas se vieron afectadas negativamente por el diseño del edificio que recordaba muy claramente al de una ‘institución’. Si queremos de verdad romper con el pasado y satisfacer los deseos de las personas, es necesario que arquitectos, promotores y planificadores diseñen viviendas con aspecto de viviendas y no de instituciones.

Estamos ante un imperativo comercial: un diseño de calidad ayudará a la comercialización de los alojamientos en venta o en propiedad compartida. Como se establece en HAPPI 2, la actual tendencia que se aleja de las viviendas para mayores tradicionales muestra que las personas dentro del mercado del alquiler también quieren vivir en casas que parezcan hogares y que cubran sus necesidades.

En el primer informe HAPPI⁴⁰ se identificaron diez elementos clave del diseño que pueden caracterizar una vivienda con atención y cuidados atractiva y eficaz:

- Espacio y flexibilidad
- Luz natural tanto en las viviendas individuales como en los espacios comunes
- Balcones y espacio al aire libre
- Adaptabilidad y diseño preparado para la atención
- Buen uso de los espacios de circulación
- Instalaciones compartidas y lugares de reunión
- Plantas, árboles y un entorno natural
- Eficiencia energética y diseño sostenible
- Espacios de almacenaje para pertenencias y bicicletas
- Zonas externas compartidas y zonas de viviendas.

Ejemplo: Los árboles, Highgate, Londres

Un último ejemplo de diseño de calidad en viviendas con atención y cuidados es un bloque de 40 apartamentos independientes con alquileres asequibles y ubicado en el barrio de Highgate, a las afueras de Londres. Es un proyecto diseñado por los arquitectos PRP. El programa, The Trees (también gestionado



por One Housing Group), obtuvo el galardón de diseño HAPPI en 2011. El diseño reconocía el mérito arquitectónico que reconciliaba cuestiones importantes como la accesibilidad con un diseño armónico con el contexto urbano. Se trata de un diseño sostenible (hace uso de materiales tradicionales) y contemporáneo en los detalles⁴¹.

40 <http://gov.wales/docs/desh/publications/170213-expert-group-final-report-en.pdf>.

El camino a seguir: nuestras futuras generaciones

La vivienda con atención y cuidados forma parte de muchas respuestas del gobierno de Reino Unido y de los responsables del diseño de políticas en Inglaterra respecto a cómo quieren abordar los cambios demográficos en nuestra sociedad. También es un reflejo de las cambiantes expectativas de las personas mayores. Por tanto, parece que en adelante el apoyo al desarrollo de estas viviendas tendrá un papel de gran importancia. Sin embargo, tanto los gobiernos locales como el central de Reino Unido necesitan comprender mejor esta realidad y estar preparados para alentar y dar incentivos prácticos y económicos de cara a desarrollar el mercado. Durante años —décadas en realidad— los gobiernos han declarado que aumentar la oferta de viviendas es un bien social en sí mismo y que procura un inmenso beneficio económico.

Las inversiones en el desarrollo de viviendas con atención y cuidados no solo ayudaría a la economía a sobrellevar las turbulencias del Brexit, sino que además sería una inversión para mejorar las vidas de futuras generaciones de personas mayores, reduciría los gastos de servicios sociales en el ámbito de los cuidados y de atención sanitaria y beneficiaría a nuestras comunidades.

Por otra parte, se estima que el Gobierno debería fortalecer el sistema de financiación de modo que se pudieran construir más casas 'preparadas para la atención'. Podría aumentarse la financiación del programa de subvenciones específicas del Ministerio de Sanidad, del programa vivienda especializada de asistencia y aten-

41 <https://www.gov.uk/government/publications/housing-our-ageing-population-panel-for-innovation>

ción (CASSH, por sus siglas en inglés)⁴², y de otras subvenciones públicas para la vivienda y de este modo estimular la oferta.

Y a nivel de las autoridades locales, los líderes deberían ser capacitadores y facilitadores. Pueden establecer el entorno adecuado que anime a promotores y proveedores a trabajar juntos para satisfacer la demanda local exponiendo su compromiso con la vivienda con atención y cuidados , previo el estudio del mercado local. Pueden también publicar estrategias detalladas mostrando la función que estas viviendas para personas mayores pueden desempeñar en la prestación de cuidados y atención en el futuro, al tiempo que garantizan que el proceso de planificación responde apropiadamente a las necesidades y solicitudes de la población.

Los gobiernos locales deberían ampliar este trabajo de colaboración más allá de los proyectos de construcción. Podrían asimismo realizar tareas de asesoramiento e información y ayudar a las personas mayores y sus familias a tener los conocimientos necesarios para decidir sobre su vivienda y necesidades asistenciales actuales y, sobre todo, las que puedan tener en el futuro.

Está a nuestro alcance satisfacer las crecientes expectativas y demandas de las presentes y futuras generaciones de personas mayores en el Reino Unido y en otros países. Estamos ante una nueva era en cuestión de vivienda para las personas mayores.

Nota sobre la red Housing LIN

Housing LIN es una nutrida red que reúne a más de 40.000 profesionales de la vivienda y la atención sanitaria y social en Inglaterra y Gales con el objetivo de compartir experiencias de

42 Housing LIN Estudio de caso 53. <https://www.housinglin.org.uk/Topics/type/Trees-Extra-Care-Housing-Highgate/>

soluciones de vivienda innovadoras para una población que envejece.

Cuenta con el reconocimiento del gobierno y del sector como un 'centro de conocimiento' en materia de vivienda especializada. Nuestras actividades en línea y a través de las redes regionales están encaminadas a:

- conectar personas, ideas y recursos e informar y mejorar la gama de opciones en cuanto a vivienda que permiten a las personas mayores y a las personas con discapacidad vivir de manera independiente
- proporcionar conocimiento sobre novedades de financiación, investigación, políticas y buenas prácticas.
- aumentar la visibilidad de la vivienda especializada ante promotores, comisionados y proveedores para planificar, diseñar y proporcionar viviendas de alta calidad a una población que envejece.

Para más información sobre la conexión entre vivienda y salud, visite el sitio web de Housing LIN en www.housinglin.org.uk.

Referencias bibliográficas

Living Well at Home Inquiry Report (2011), All Party Parliamentary Group on Housing and Care for Older People.

Laying the Foundation: a housing strategy for England (2011), Department of Communities and Local Government.

Lifetime Neighbourhoods (2011), Department of Communities and Local Government.

Fairer Care Funding: The Report of the Commission on Funding Care and Support (2011), Department of Health.

Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods: A National Strategy for Housing in an Ageing Society. (2008) Communities and Local Government, Department of Health and Department of Work and Pensions.

What makes older people choose residential care and are there alternatives? Housing, Care and Support (2004) 7 (4), Kerslake.A and Stilwell.P

Extra Care Housing Toolkit (2008), Housing Learning & Improvement Partnership

Improving housing with care choices for older people: an evaluation of extra care housing (2011), University of Kent and Housing Learning & Improvement Partnership

The Development of Social Well-Being in New Extra Care Housing Schemes (2009), Joseph Rowntree Foundation

Strategic Housing for Older People: Planning, design and delivering housing that older people want (2011), Housing Learning & Improvement Network

Housing our Ageing Population: Panel for Innovation (2009), Homes and Communities Agency.

*La visión de un promotor de viajes
geroasistenciales por Europa...
y una mirada a EE.UU.
por Josep de Martí Vallés, Jurista y gerontólogo.
Director de inforesidencias.com*

Impresiones y reflexiones de un viajante

Una de las formas de intuir cómo pueden avanzar las cosas en el campo de la atención a mayores en residencias en España es otear lo que está pasando en países que vivieron el *baby boom* unos cuantos años antes que nosotros y que se vieron obligados a afrontar el crecimiento de la población mayor antes.

Llevo veinticinco viajes organizados, desde el portal Inforesidencias.com, a Alemania, Austria, Dinamarca, Francia, Holanda, Reino Unido, Suecia y Suiza. *Viajes geroasistenciales*, los llamamos, y en ellos, acompañamos a grupos de profesionales de diferentes puntos de España en las visitas a servicios de atención a personas mayores en esos países. Buscamos siempre centros e iniciativas que tengan algo original de lo que podamos aprender. Después de unos cuantos viajes al extranjero hemos organizado también, otro tipo de viajes, los que hacemos por España visitando

residencias que han incorporado a su funcionamiento algo “traído del norte”. Y también, nos hemos decidido a conocer de primera mano las innovaciones que se desarrollan en EE.UU.

Con la perspectiva del tiempo, recuerdo que hacia 2007, en una de las primeras veces que fuimos a Suecia, me sorprendió mucho que casi todas las residencias que visitábamos se organizaran en unidades de entre ocho y doce residentes, cada uno con una habitación individual que tenía más de apartamento que de dormitorio, que pasaban el día en un espacio común, mezcla entre comedor, sala de estar y cocina haciendo lo que las personas mayores suelen hacer en su casa. O sea, cocinar, limpiar, leer y, básicamente, pasar el rato. Cuando les preguntábamos sobre cuál era el programa individual que seguían, sobre protocolos, registros y equipos interdisciplinarios nos contestaban que tenían muy poca documentación y que, básicamente trabajaban enfermeras, fisioterapeuta, y dos niveles de auxiliares de enfermería. En algunas tenían algún apoyo externo pero, en muchas, esas mismas enfermeras y auxiliares cocinaban con los residentes, comían con ellos, hacían las camas, limpiaban... Vamos, que hacían vida con ellos en un espacio que parecía más una casa grande decorada con muebles de IKEA que una residencia.

En algunos centros veíamos personas con demencia, incluso en fase avanzada, lo que denotaba que no estábamos en una residencia para personas válidas como nos podía parecer al principio. Cuando les dijimos que en España teníamos en las residencias equipos interdisciplinarios formados por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores sociales y trabajadores sociales, en una ocasión nos contestaron:

“Así lo hacíamos nosotros en los años setenta. Después vimos que no son enfermos, son personas que necesitan un sustituto de su hogar y eso es lo que les damos”. En ese momento esas palabras fueron una especie de epifanía.

¿Estaban locos los suecos? No. Ese modelo lo he visto casi replicado en casi todos los países que hemos visitado. O sea, lo que nosotros veríamos como residencia es realmente un conjunto de miniapartamentos individuales, cada uno con su cuarto de baño, una pequeña cocina y la sala de estar con un espacio para dormir. Estas unidades convivenciales cuentan entre 8-16 apartamentos y disponen de unos espacios comunes más amplios compartidos por las personas que ocupan esas viviendas. A veces el modelo parece replicar un pequeño pueblo debido a que los espacios comunes del conjunto de apartamentos y los jardines son el equivalente a la plaza pública; la unidad es como la calle en que vives y el apartamento, tu casa.

Me detengo un poco en el jardín ya que siempre me ha sorprendido la importancia que dan a este espacio, especialmente en los países nórdicos, o sea, allí donde varios meses al año el frío es insoportable y la noche larguísima. En Suecia conocí por primera vez el “Jardín de los sentidos”, un espacio, que ahora conocemos en España gracias a Karin Palmlöf, en el que un estudiado diseño que pasa desapercibido para el visitante permite, mediante el uso de texturas, plantas, juegos de luces naturales y otras técnicas, estimular la vista, el tacto, el oído, el olfato e incluso el gusto mientras se trabaja la reminiscencia y se pasa sencillamente un buen rato. También existen centros en los que, sin llegar a la complejidad del jardín terapéutico, se ve claramente la preocupación por que

los residentes salgan incluso en invierno. No resulta raro ver invernaderos, zonas recogidas orientadas a sur para aprovechar los escasos rayos solares invernales, e incluso braseros y pebeteros en los que se enciende fuego, rodeados de asientos en los que, bajo una capa de mantas pueden pasar la tarde los residentes, absortos en la contemplación hipnótica de las llamas. “¿Es terapia?” preguntamos, “No sé, pero les gusta mucho a todos, incluso a los que sufren deterioro cognitivo. Parece que todos disfrutamos contemplando el fuego. Por eso lo hacemos”, nos responden.

Esta reflexión me lleva a pensar en algo que nos choca al principio pero a lo que te acostumbras cuanto más viajas. En todas las residencias y viviendas para mayores se lleva algún tipo de “control burocrático”, pero, en lo que a actividades se refiere, éstas suelen ser de lo más ordinarias y cotidianas. Cuesta mucho ver un centro en el que estén haciendo “trabajos manuales” o coloreando mandalas; en cambio ves muchas actividades relacionadas con la elaboración de alimentos o con lo que diríamos “pasar el rato”. Recuerdo una visita a Suecia en la que nos comentaron que algún mes de invierno, cuando hace mucho frío y está todo congelado se aburrían mucho, pasaban tardes enteras viendo la televisión esperando visitas de familiares o amigos y a que llegase buen tiempo. No les avergonzaba no tener un tupido programa de actividades que cubriese todo el día sino que la vida de los usuarios se pareciese a la que tenían otras personas de su edad que vivían en sus casas.

Esa idea del “vivir en casa”, es posiblemente lo que más llama la atención entre los modelos nórdicos y los que tenemos en casa. Una pulsión por la “normalización” que llega a situaciones

curiosas como la de una residencia danesa que atiende a muchas personas con demencia avanzada pero que tiene todas las puertas abiertas y no cuenta con ninguna valla delimitando el jardín. Eso produce que, a pesar de que cuidan para que no haya salidas incontroladas, éstas se produzcan con relativa frecuencia. La respuesta ha sido mantener reuniones con los vecinos de la zona, el colegio cercano y, sobre todo, con los comercios del barrio. Todo el entorno de la residencia sabe que allí viven personas mayores con deterioro cognitivo a quienes pueden encontrarse. Si un vecino ve a alguien mayor que parece desorientado sabe cómo aproximarse a él de forma tranquila y a quién llamar; si un tendero o el cajero de un supermercado ve como un residente coge algo de la tienda y se va sin pagar, en vez de enfrentarse, apuntará lo que ha cogido, llamará a la residencia para informar y recibirá el pago. Las reuniones con vecinos, colegio y comercios locales sirven además para estrechar lazos comunitarios. Parece un cuento de hadas hasta que lo ves con tus propios ojos y te preguntas cuánto cuesta. Una ratio cercana al 1-1, o sea, casi una persona a jornada completa por cada residente, puede suponer un precio alto, pero parece que en algunos países consideran que el retorno en calidad de vida y generación de actividad económica hace que valga la pena.

Como algo llamativo, hemos visto, sobre todo en Alemania, unos pisos compartidos por personas mayores que prefieren “algo diferente” que consideran las residencias no les pueden ofrecer, como poder fumar. Son lo que yo llamo la “no residencia”, o sea algo parecido a un piso de estudiantes en el que unas cuantas personas comparten gastos y contratan algún servicio externo. En ese caso, quienes organizan todo son familiares de los mayores

que conviven, casi todos sufriendo demencia. Entre ellos organizan turnos para acompañar a sus seres queridos, contratan servicios de limpieza y de ayuda a domicilio de forma que muchas horas al día tengan un acompañamiento profesional; todo ello en un entorno tan doméstico que lo que vimos fue sencillamente un piso, con sus barreras arquitectónicas y limitaciones domésticas habituales. “¿Por qué estas personas muy dependientes no iban a una residencia normal?”, “¿Era por una cuestión de precio?”, nos dijeron que no, entre el alquiler y el conjunto de servicios que acababan contratando, cada uno pagaba algo más de 3.000 Euros al mes. Sencillamente, preferían un entorno con menos reglas y estaban dispuestos a pagar por ello. En siguientes viajes a Alemania he visto que eso de las viviendas compartidas y edificios de apartamentos no es algo extraordinario.

La residencia Humanitas-Akropolis, en Rotterdam, y la cultura del sí

Del conjunto de viajes que he ayudado a organizar, la residencia que más me ha impresionado es la denominada Humanitas-Akropolis, en Rotterdam, donde Hans Becker aplica la “cultura del sí” en residencias: un lugar donde los residentes pueden, si quieren, fumar y beber alcohol mientras realizan actividades y en el que la “felicidad es el objetivo”. Destaco lo de fumar porque se trata uno de esos puntos en los que la diferencia entre una institución y un domicilio se hace más patente debido a la intervención administrativa.

Tuve la ocasión de visitar el centro durante el viaje geroasistencial que organizó Inforesidencias.com a Holanda en primavera de 2013.

Entrando en el centro nos encontramos varias cosas que a todos los visitantes nos resultaron llamativas: un complejo formado por cuatro edificios interconectados que en total acogen a 600 personas mayores en un conjunto de apartamentos con servicios y una unidad de residencia. Lo primero que resulta llamativo es que en el jardín situado entre los edificios hay una especie de Zoo con cabras, gallinas, cerdos y otros animales. El interior no es menos llamativo. El aspecto es el de un restaurant *self-service*, en el que, de hecho hay personas que están comiendo o tomando un café. Distribuidos por el centro hay algunos objetos que más podrías encontrar en un rastrillo que en una tienda de antigüedades pero que, sin duda, tienen años.

Hans Becker, promotor del centro explicó que hace años le preocupaban cómo eran las residencias así que decidió crear un nuevo modelo basado en lo que él llama “la cultura del sí”. Hans Becker no es contenido en sus expresiones. Dice que las residencias antes eran “islas de miseria” en las que las personas no eran felices por lo que él quiso aportar felicidad.

Aunque la forma de trabajar parecía inspirarse en la filosofía de Atención Centrada en a Persona ellos no lo llaman así y hablan de “La nueva filosofía del cuidado: La felicidad como objetivo final y la cultura del sí como vehículo para alcanzarla”.

En el recuadro siguiente se recoge un extracto de la filosofía y características de Humanitas-Akropolis:

Objetivo principal: la consecución de la felicidad humana para los clientes con alguna discapacidad o dependencia. Curar y cuidar no son la principal actividad de la organización... El lugar donde vive la persona y la consecución de una sensación de bienestar son elementos tan importantes o incluso más que la atención sanitaria y los cuidados. Estos no deberían definir los espacios y la atmósfera del centro

Los dos aspectos en que se entiende está conformada la felicidad humana:

- La propia persona, aunque tenga una discapacidad o dependencia, tiene el control sobre su propia vida,
- La comunidad, que favorece la inclusión social y sentido de pertenencia de las personas, para que estas se sientan bien.

En estos dos aspectos debe concentrarse la actuación de la organización y, solo en la medida en que el cuidado sanitario y la atención contribuyan a ello, deben ser considerados como algo beneficioso. Siempre debe considerarse si el hecho de tomar una decisión médico/higiénica tiene efectos negativos sobre lo que verdaderamente es importante. Si lo que se gana es menor de lo que se puede perder, es mejor abandonar el objetivo de curar/cuidar y concentrarse en el bienestar, que es lo que hace que la persona se olvide de su situación y “aprenda a vivir” con una discapacidad o enfermedad crónica, sea esta física o cognitiva. Así las cosas, el bienestar, como alternativa a curar/cuidar se puede implementar en un número razonablemente alto de ocasiones.

El espacio físico del centro: los apartamentos y las zonas comunes.

Teniendo en cuenta el deseo individual de independencia, Humanitas se distribuye en “apartamentos para toda la vida”. Estos tienen un mínimo de 72 m², y tres estancias (la exigencia de vivienda social en Holanda) y pueden ser comprados o alquilados según sea el nivel de ingresos de la persona.

El hecho de tener su propio apartamento hace que la persona sea un verdaderamente un “residente de su vivienda”, no alguien que simplemente ocupa una habitación en una institución. El lugar donde vive la persona y las atenciones que se le prestan se consideran aspectos totalmente separados. Por eso, alguien que vive en Humanitas puede elegir, si necesita cuidados o apoyos, que se los preste una empresa que no sea Humanitas.

Los apartamentos se diseñan sin barreras de forma que se pueda vivir cómodamente en ellos incluso en una silla de ruedas. La pila de la cocina y el lavamanos son regulables en altura; los enchufes, el buzón, los accesorios, etc. están alcance de la persona.

Pero desde Humanitas no solo pretende contribuirse al concepto individual de felicidad sino que también apoya el aspecto grupal para incrementar el sentido de pertenencia a un grupo. Para poder considerarte una “persona entre personas” necesitas encontrar gente, mezclarte con ellos y compartir algo: comer una manzana, conversar, tomar una copa en un bar, jugar al bridge, ir a la peluquería, visitar la granja de la residencia con los nietos o el jardín de las esculturas... Para todas estas cosas se necesita contar con espacios adecuados y, para ello, Humanitas ha creado “la plaza del pueblo cubierta”, una gran zona comunitaria dividida en muchos espacios en la planta baja de uno de los edificios.

Ni profesionales con bata blanca ni carteles recordando la normativa.

Por supuesto, los antiguos y principales elementos del curar/cuidar, como pueden ser los cuidados personales, enfermería, fisioterapia, psicología, trabajo social, dietista, logopeda, o monitor de actividades físicas siguen considerándose importantes aquí. Son servicios que se pueden encontrar en la “plaza del pueblo”, pero de ninguna manera como elementos dominantes: no verás a nadie con bata blanca caminando por el edificio, ni muchos carteles recordando múltiples reglamentaciones internas, ni mobiliario que parezca de una institución, ni luces fluorescentes. Los motivos son porque hay muy poco que curar o regular en enfermedades crónicas como el Alzheimer, el Parkinson o la esclerosis múltiple.

Muy a menudo, lo que conviene hacer es apartar el concepto de enfermedad (curar/cuidar) de esas personas, y es la organización la que debe preocuparse por centrarse en la consecución de lo placentero de la vida que todavía se pueda disfrutar. Se parte de la convicción de que la preocupación por aspectos médicos e higiénicos, el establecimiento de reglas, los debates profesionales (enfermería, médicos, dietistas, trabajadores sociales, psicólogos...) sobre estos sujetos, ocasiona un clima muy negativo. Al conceder la máxima importancia a las cuestiones médicas, la imagen positiva de la vida tiende a desaparecer y las instituciones donde se cuida a esas personas se convierten en lo que Becker llama “Islas de Miseria”.

Principios del modelo y filosofía que rige en Humanitas:

- **Modelo de gestión.** Humanitas ha elegido uno que no se basa en la estructura jerarquizada de mando de “arriba a abajo” sino en lo que se conoce como “Operación cultural colectiva” (*collective cultural operation*), definida por el profesor Karl Weick, de Estados Unidos, en el que los que participan (directivos, profesionales, empleados, clientes, voluntarios, familias y proveedores) necesitan ser conscientes de cuáles son los valores principales de la

organización y actuar en consecuencia. De esa forma, se empodera también a los niveles bajos de la estructura organizativa generando así innovación “de abajo a arriba”.

- **Valores.** Tienen una importancia primordial y son:
 - » Decisión y control. Cualquier persona con capacidad cognitiva debe decidir por sí misma lo que es importante para ella, incluso si eso comporta conductas que no serían normalmente aceptadas por los demás (como emborracharse en el bar cada día, ducharse cada tres semanas o querer tener cinco gatos cuando se ve claramente que no es posible).
 - » La participación activa. De enorme importancia, es algo que tiene el riesgo de olvidarse si solo nos centramos en curar/cuidar. Si las funciones básicas (caminar, prepararse un café, controlar el propio dinero, preparar la ropa que te vas a poner o cocinar) se dejan de utilizar, desaparecen sin darnos cuenta (*use it or lose it*). Si uno deja de caminar, por ejemplo, durante dos meses, recuperar esa capacidad será casi imposible. Por eso en Humanitas se utilizan eslóganes como “Demasiado cuidado es peor que demasiado poco cuidado”, o “No atiendas a la persona, preocúpate por que cada persona se atienda a sí misma”. Por supuesto que esto tiene sus límites y que el personal se mantiene atento para prestar los apoyos necesarios. Sería absurdo pedir a un residente con parálisis que se lavase los pies.
 - » La familia extensa. Este valor implica que las personas con necesidades y los profesionales deberían considerarse como parte de una familia y no concebir a las primeras como “ellos” (algo ajeno). Desde esta concepción, se coloca por una lado a las personas con discapacidad, a los mayores a punto de morir, que no se enteran de nada y, por otra parte, “nosotros” los profesionales de bata blanca que hemos estudiado unos cuantos años y que ahora pensamos que lo sabemos todo mejor que “ellos”. Esos “ellos”, junto con su pareja y familiares, llevan años siendo expertos prácticos sobre su propia vida y su propia discapacidad.
 - » La cultura del sí. Significa que todos los que intervienen en el centro (directivos, profesionales, familia, clientes y voluntarios) deben tener una actitud positiva en relación a cualquier petición, demanda o deseo que manifieste el cliente para mantener el control sobre su vida. Si la petición no puede ser cumplida, se iniciará un diálogo con la persona. No se plantea como una discusión que se pretenda ganar, sino como

una conversación abierta en la que se busquen los motivos que generen la demanda e intentemos, junto con ella, encontrar alternativas que permitan llegar a un acuerdo con el cliente que sea positivo.

Estos principios son aplicados en todas las dependencias del centro. Hay un restaurante en el que los clientes piden su comida y la pagan con su propio dinero, el museo de la reminiscencia, que ofrece temas de conversación para el día a día, la peluquería y el salón de belleza, la granja, etc... Desde todos estos espacios se busca potenciar lo positivo y mejorar el ambiente. La suma total de curar/cuidar, bienestar y lugar donde vivir es un producto integral que no puede existir si no se dan juntos todos los elementos.

Cuando alguien entra en un establecimiento de Humanitas se siente sorprendido por el calor, la estimulación y la alegría que produce una cultura empresarial basada en generar actividad. Nada de lo que vemos, olemos, oímos o sentimos nos hace pensar que allí lo que vamos a recibir es atención. Normalmente relacionamos a los centros que ofrecen cuidados con médicos, higiene, medicación, reglas y... muerte. Eso elementos, por supuesto también existen en Humanitas pero se presentan de una forma velada. Lo que verdaderamente se ven son los aspectos felices de la vida.

Uno de los últimos aspectos en la lista de elementos característicos a mencionar es la mezcla. En principio discapacidad y miseria no deberían darse juntas, pero las "islas de miseria" son fáciles de crear aunque no sea de forma deliberada. Por eso en Humanitas se hace un esfuerzo positivo por mezclar: los sanos con los enfermos (al menos un tercio de sus clientes no tienen necesidad de atención); jóvenes con mayores; ricos con pobres; nativos con minorías étnicas; homosexuales con heterosexuales. Esta mezcla se extiende a todo el entorno ya que el centro está abierto a la comunidad. El "truco" consiste en ofrecer precios muy razonables en el restaurante, un buen fisioterapeuta, un supermercado que puede utilizar el vecindario, una peluquería y salón de belleza también abiertos a la comunidad, un café de internet; un club de bridge e incluso una guardería para la comunidad. Creando un conjunto feliz, Humanitas atrae profesionales y empleados fácilmente y consigue menos abandonos y bajas laborales.

Además, los familiares visitan a los clientes, y Humanitas es como un imán para los voluntarios; los clientes tienden menos a la depresión, se ayudan más entre ellos en vez de pedir ayuda a los empleados y de esta forma todo nuestro esfuerzo tanto profesional como financiero se puede concentrar en lo realmente útil mientras se evitan peticiones de cuidado que se producían a menudo en las islas de miseria tradicionales.

La Filosofía del “Free Choice”

Como ya he señalado, nadie nos dijo en esos países que aplicasen el modelo centrado en la persona o que las residencias fuesen tipo *housing* pero, habiendo leído ahora los libros sobre Atención Centrada en la Persona (ACP) creo que lo que hemos visto en estos viajes y lo que ahora se está empezando a aplicar en España son cosas bastante parecidas.

En esos países, que vivieron el *baby boom* unos cuantos años antes que nosotros, las personas que ahora envejecen no aceptan modelos demasiado “institucionalizados” y prefieren algo más parecido a un domicilio. Los hijos de esas personas también prefieren que sus padres vivan en ese tipo de residencia por lo que al final los centros se han ido adecuando a lo que las personas han ido pidiendo. En cada país están en un momento diferente pero parece que la tendencia general va hacia allí. Dicho de otra forma, la demanda ha ido cambiando y la oferta se ha adaptado. Como el sector de la atención residencial a mayores requiere de una gran inversión en infraestructura, la adaptación de los edificios ha tardado pero, en países como Suecia casi todo es ya “como una casa”, mientras en otros países “van haciendo”.

Mientras en España se producen tímidas aproximaciones arquitectónicas hacia modelos con dimensiones más humanas, en los últimos viajes observamos una realidad que puede marcar otro cambio de tendencia.

No se trata ya de que las residencias tengan un aspecto más hogareño y que constituyan un entorno en el que las personas puedan vivir una vida significativa, que les ofrezca opciones entre las que elegir y la posibilidad de mantener un proyecto de

vida; sino de añadir la idea de opción entre diferentes residencias especializadas teniendo en cuenta también la tipología de residentes, o sea, personas que tengan algo en común que les anime a elegir una residencia concreta centrada en eso que les une.

Durante años había oído hablar de que en algún sitio de España se iba a construir una residencia para personas homosexuales. Siempre que lo oía me preguntaba si alguien que sea homosexual querría ir a una residencia pensada para personas que compartieran su identidad de género. Conocí la respuesta en Estocolmo, cuando visité la primera residencia (o sea, conjunto de apartamentos con unidades de convivencia y espacios comunes) de este tipo que funciona en Suecia. Lo que nos explicaron me pareció muy interesante: no se trata de que los homosexuales “tengan que ir” a esa residencia sino que exista la opción de que quien quiera, pueda.

La idea del *free choice*, o libertad de opción, se impone en servicios sociales; si necesitas una residencia debes poder elegir a cuál quieres ir, pero esa opción no tiene mucho sentido si todas las residencias son iguales por lo que algunos emprendedores deciden poner en marcha establecimientos para personas con determinadas características.

Donde más he visto esta tendencia es en Suecia. Allí he tenido la ocasión de visitar una residencia pensada para personas que tienen en común que su lengua materna es el español. En los años setenta y ochenta hubo un gran flujo migratorio/refugiados entre Chile y Escandinavia; llegaron personas de diferentes edades y algunos ahora son mayores y requieren de cuidados; muchos

aprendieron el sueco de mayores y, a causa de la demencia lo han olvidado. La residencia “La Casa” y el Centro de día “Chispa”, se han especializado en atender a estas personas y, por lo que nos dijeron, tienen lista de espera, por lo que cabe esperar más residencias así.

En Estocolmo hemos visitado una residencia especializada en usuarios mayores musulmanes (con una planta suní y otra chíf en la que se habla respectivamente árabe y persa y en la que se cocina comida que resulte reminiscente). También hemos visitado residencias pensadas para personas que tienen en común que les gusta mucho estar en el exterior; la música o el deporte.

Cambia la decoración y el equipamiento pero siguen siendo unidades de entre ocho y dieciséis personas, cada una con su apartamento, su espacio de convivencia dotado de cocina y algunos espacios comunes adicionales.

Según lo veo, la tendencia más allá de los Pirineos es esa. En algunos casos, en vez de apartamentos nos encontramos con habitaciones; en otras surgen modelos específicos, como los “oasis de atención” para personas mayores muy frágiles en los que la habitación se convierte en un espacio muy amplio compartido por varios usuarios, casi siempre encamados, pero la idea de la unidad de convivencia y el funcionamiento “hogareño” se impone.

La experiencia de los viajes geroasistenciales está siendo muy gratificante y el hecho de recibir *feedback* de los participantes que nos dicen que se han inspirado en lo visto allende nuestras fronteras para mejorar lo que tenemos en casa, nos anima a seguir organizándolos.

El modelo Greenhouse Project. Una forma de Atención Centrada en la Persona que nos llega de Estados Unidos



Como ya he mencionado, en cada país se llega a la filosofía de Atención Centrada en la Persona (ACP) de forma diferente: en Escandinavia el modelo fue cambiando en los años ochenta al notarse que las personas mayores querían otra forma de vivir en las residencias; en España ha hecho falta que especialistas del mundo académico y asistencial hayan estudiado lo que pasaba fuera, lo hayan codificado y hayan mostrado a las administraciones, titulares de centros, profesionales y usuarios, que existe una forma diferente de cuidar en la que la “persona cuidada”, sus decisiones y preferencias son mucho más importantes de lo que pensábamos.

En Estados Unidos, con su mentalidad individualista y de frontera, el advenimiento de la Atención Centrada en la Persona ha comportado elementos peculiares. Allí, más que hablar de ACP hablan de *Culture change*, o cambio de cultura y quienes de manera más temprana abogaron por ese cambio se autodenominan

“pioneros”. Así, el avance hacia una forma de cuidar *humanizadora* no aparece como la tendencia hacia un modelo sino como el surgimiento de varias iniciativas independientes que comparten elementos, que buscan su financiación y su implementación por separado, que evalúan sus resultados y que, en muchos casos, se convierten en material intelectual codificado y vendible.

En agosto de 2018 tuve la ocasión de participar en la Convención anual de la red de Pioneros (*Pioneer Network*) en Denver, y asistí a explicaciones de modelos que con nombres como *Buterfly* (mariposa), *Lighthouse* (faro) o *Greenhouse* (invernadero), definían espacios y formas de atención pensadas para personas mayores con varios niveles de dependencia, en las que pudieran seguir con su proyecto de vida.

Había oído hablar del *Eden Alternative* y del *Greenhouse Project* pero no había tenido hasta entonces la oportunidad de conocer a fondo el modelo y visitar uno en persona.

Cuando entré en la primera unidad que visitamos en Colorado me llamó la atención que por fuera tenía un aspecto tan doméstico que perfectamente podría haber pasado por la casa de una familia. Grande, pero familiar. Al entrar, el aspecto doméstico permanecía y, hasta que no te fijabas en quién estaba sentando en algún sillón o andando por la estancia, no te dabas cuenta de que estabas en una residencia para diez personas.

Después de las visitas efectuadas a diferentes modalidades de unidades de convivencia por el Norte de Europa y Alemania en los viajes geroasistenciales que organizamos asiduamente desde Inforesidencias.com, la verdad es que se parecen mucho a lo que vi en Denver. Aún así, si en algo se diferencia a primera vista

el modelo *Greenhouse* de otros, es en el claro interés en que el diseño sea hogareño. No es que sea “cómo una casa”, es que “es” totalmente una casa acogedora y cálida.

Pero el proyecto *Greenhouse* es más que unas casas bonitas. Voy a intentar explicarlo en pocas palabras aunque lo mejor para conocer el modelo a fondo es entrar en <https://www.thegreenhouseproject.org/> y consultar la gran cantidad de información que comparten

El *Greenhouse Project* (proyecto invernadero) pertenece a NBC *Capital Impact*, con el apoyo de la fundación Robert Wood Johnson y persigue, mediante la prestación de servicios de apoyo y asistencia, construir conjuntos de unidades de vida para personas mayores a lo largo de Estados Unidos. Su punto de partida es transformador ya que nacen de esa idea del cambio de cultura y en pocas palabras se presenta así:

El modelo *Greenhouse* supone un esfuerzo de desinstitucionalización que persigue que las personas mayores puedan vivir de forma positiva en una comunidad de un tamaño manejable y significativo (entre 7 y 12 personas). Combina la vida en pequeños hogares con el cuidado personal y atención sanitaria del tipo de la que se presta en las mejores residencias de mayores. Lo curioso es que una unidad *Greenhouse* “no es una residencia” tal como nosotros la entendemos. Puede ser que en un edificio haya cinco unidades repartidas entre las plantas o que en un complejo haya varias casas separadas. A diferencia de otros modelos de unidades de convivencia, cada *Greenhouse* tiene personal totalmente separado de las otras, con bastante autonomía de funcionamiento e incluso presupuestos diferentes. Una equipamiento *Greenhouse*

se autoriza normalmente como una residencia asistida cumpliendo todas las normativas.

El modelo *Greenhouse* supone una reinversión de la atención que se presta actualmente en la mayoría de residencias de Estados Unidos, que suelen tener más de 120 plazas separadas en unidades de unas 20-40 personas, con mayoría de habitaciones compartidas, personal que trabaja en varias unidades y en la que existe una especialización de forma que personal diferenciado lleva a cabo funciones diferenciadas (cocina, limpieza, atención directa para cuidados, atención profesional especializada...). Ese cambio profundo requiere que crear una unidad *Greenhouse* suponga la construcción de nuevas instalaciones o de una reforma muy profunda de un establecimiento existente. Eso hace que las residencias que ya funcionan tengan difícil apostar por este modelo.

En una *Greenhouse* se crea una comunidad que apoya a quienes viven para que puedan tener una vejez lo más satisfactoria posible y a quienes trabajan una vida laboral positiva. Para lograr estos objetivos, el modelo cambia la filosofía de la atención, la dotación de personal, lo que damos por sentado, la organización y la arquitectura. Todo ello sin incrementar de forma sustancial los costes del servicio.

Estos son los puntos esenciales de una casa *Greenhouse*:

- Cada hogar *Greenhouse* es una residencia autónoma, diseñada como una casa privada para entre 7 y 12 personas mayores; cada uno con su propio dormitorio y baño adaptado completo. Existe una gran sala común con una cocina abierta y una gran mesa en la que todos los miembros de la comunidad pueden comer juntos

(le llaman *el convivium*). En las unidades que visité había chimeneas que en invierno se usan asiduamente. También existen espacios más reducidos tipo salitas de estar, además de zonas exteriores en forma de terrazas y porches. El espacio físico potencia la relación entre los usuarios y el personal intentando no “parecer hogareño” sino “ser un hogar”. La suma de los espacios vienen a suponer unos 60-65 m² por persona mayor.

- En cada hogar/comunidad trabajan auxiliares de enfermería especialmente entrenadas llamadas *Shahbazim* (la forma singular es *Shahbaz*), que proporcionan diferentes tipos de asistencia: cuidado personal, organización de actividades, preparación de comidas, mantenimiento de los espacios, servicios de limpieza y lavandería básicos. Los mayores y *Shahbazim* son los principales responsables de la toma de decisiones para cada comunidad. Para potenciar el empoderamiento de las *Shahbazim* y su implicación, cada una de ellas asume de forma rotativa responsabilidad en un área de funcionamiento de la unidad, existiendo la figura de coordinadora del equipo, de la comida, de las tareas domésticas, de los horarios y de la atención. El asumir responsabilidad sobre una parte de la vida de la casa e ir cambiando cada cierto tiempo hace que todos sean conscientes de todo lo que sucede y acaben teniendo una implicación muy profunda con el modelo.
- El método de trabajo en cada comunidad es el del equipo autogestionado. Los *Shahbazim* que forman el equipo

de cuidado reciben apoyo y responden ante un Guía (un nuevo rol típicamente asumido por un administrador de la residencia y que puede desempeñar ese papel en varias comunidades) y trabajan de forma coordinada con el equipo de apoyo clínico.

- Las enfermeras juegan un papel fundamental para empoderar al equipo de cuidado. Además, de actuar como formadoras y mentoras de los *Shahbazim*, las enfermeras tienen la oportunidad de construir relaciones y apoyarles a medida que se van convirtiendo en expertos en atención gerontológica y consiguen desarrollar y aplicar todas sus capacidades. Así los *Shahbazim* llegan a hacer cosas que una auxiliar no haría normalmente en una residencia tradicional.
- El “Sabio” (*the Sage*), es una persona mayor que vive en el entorno de la residencia y colabora también en el *Greenhouse* como mentor, facilita el desarrollo de la autogestión del equipo de trabajo al servir como un asesor de confianza tanto para lo *Shahbazim* como para los mayores. Es alguien externo a la casa pero con una estrecha relación con ella, que se ofrece para participar en el día a día del alojamiento cuando se le necesita.
- La Guía es la figura responsable de las operaciones generales y la calidad de los servicios en el hogar *Greenhouse*.
- Cada casa *Greenhouse* está respaldada por un equipo clínico de apoyo que incluye enfermeras, trabajadores sociales, expertos en actividades, terapeutas, nutricio-

nistas, un director médico y un farmacéutico. Este equipo puede prestar su respaldo a un grupo amplio de casas.

Dentro de esta estructura general, pueden aparecer muchas variaciones: El hogar puede variar en tamaño, diseño físico, comodidades y estructura operativa.

Algunas casas, por otra parte, se puede construir (manteniendo su autonomía) dentro de un complejo en el que también haya apartamentos para mayores no dependientes y alguna unidad sociosanitaria; otras puede estar integradas en un barrio.

Según pude conocer tanto durante la visita a estas unidades, como en el contenido de las conferencias y en publicaciones, las ventajas para la calidad de vida de los residentes, familiares y profesionales son muy elevadas y han quedado recogidas en múltiples estudios.

Con respecto a la plantilla que integra el personal que trabaja en una unidad *Greenhouse* para 10-12 personas, la ratio es la siguiente:

- Durante horario de mañana y tarde 2 *shahbazim* por casa y una enfermera por cada dos casas.
- En horario nocturno 1 *shahbaz* por casa y una enfermera por cada 3 casas.

No hay personal de cocina, lavandería ni limpieza. Esas funciones las desarrollan las *shahbazim*. Sí puede haber un equipo externo de limpieza que cada cierto tiempo venga a hacer una limpieza a fondo de la moqueta, cortinas o cristales. Esa multi funcionalidad de las *shahbazim* es, junto con la arquitectura doméstica, lo que considero como clave del sistema.

Con respecto a la formación necesaria para ser una *shahbaz*, se necesita tener el título (que para nosotros sería el de auxiliar de clínica) y, además, formación sobre los aspectos:

- CPR (uso de desfibriladores y resucitación cardio pulmonar)
- Primeros auxilios
- Habilidades culinarias
- Manejo seguro de alimentos
- Operaciones domésticas, incluido el mantenimiento básico y respuesta de emergencia
- El plan de estudios de *Greenhouse*, que incluye:
 - » La filosofía de cuidado de *Greenhouse*
 - » Habilidades de comunicación
 - » Habilidades del equipo de trabajo auto gestionado, incluyendo resolución de problemas y basada en el consenso
 - » Toma de decisiones
 - » Políticas y procedimientos específicos para el modelo *Greenhouse*
 - » Atención dirigida a las personas con demencia

En Estados Unidos también es difícil contratar y mantener personal adecuado. Con este modelo, según nos dijeron reiteradamente, el personal se vincula mucho más con el proyecto, permanecen muchos más años generando menos rotación y menos bajas laborales.

Después de ver algunas de las unidades y hablar con mayores, “sabios” y “*shahbazim*” me quedé enamorado de esta propuesta, aunque con la pregunta de “cuánto más caro debe costar

ese sistema que uno tradicional” y “cuánto costaría que algo así funcionase en España”.

La primera pregunta la responden en la web del *Greenhouse Project*, donde hacen una comparación del funcionamiento de una residencia tradicional americana, con sus unidades de 20-40 personas y profesionales muy segmentados asignados a funciones concretas. Según sus cálculos (y hay varios realizados), al sustituir la jerarquía y la existencia de muchos perfiles segmentados, poniendo a “todos a hacer de todo”, se consigue que financieramente no sea un servicio más caro.

Si traslado a España el modelo, asumiendo que la *Shahbaz* española recibiese la formación y llevase a cabo las tareas de la americana, me planteo el siguiente cálculo:

Para una Unidad de 10 usuarios.

Considerando una Jornada anual de los trabajadores de 1.792 horas (convenio colectivo marco de Dependencia) y calculando que 14 horas al día es horario de mañana y tarde y 10 horas al día es horario de noche:

- En horario de mañana y tarde 2 auxiliares y media enfermera por unidad (o sea, una para dos unidades), más una auxiliar en horario nocturno y un tercio de enfermera por unidad (o sea, una por tres unidades)
- A lo largo del año deberíamos cubrir: 13.870 horas de auxiliar y 3.650 horas de enfermera.

Además, necesitaríamos cubrir, como mínimo, una persona en función de Guía y algún personal administrativo y de mantenimiento que dependería del número de unidades de que dispusiésemos.

Si las unidades son de 10 plazas la ratio sería aproximadamente de 1 por lo que acabaría habiendo una persona a jornada completa por cada residente. Si las unidades son de 12 plazas la ratio bajaría algo hasta situarse más o menos en el 0,80.

Estos son números de laboratorio contando que no hay absentismo.

En Estados Unidos el precio de una residencia, contando el alquiler del espacio más todos los servicios difícilmente baja de los 6.000 dólares al año, de los que una parte puede ser pagada por el programa *Federal Medicaid*.

Si trajésemos el modelo a España, me lo imagino, en un primer momento en un formato algo más discreto. Quizás unidades de 15-16 plazas en vez de 10 o 12 y con unas dimensiones algo más modestas (quizás 40 m² por persona). Esto tendría bastante sentido ya que la casa típica en Estados Unidos de una familia de clase media es bastante más grande que el piso donde viven las familias medias españolas por lo que muchos de nosotros, cuando tengamos edad de usar estos servicios, no echaremos de menos los porches, salones y chimeneas sino algo como lo que nos ha acompañado durante toda nuestra vida.

Para completar esta información, es recomendable visitar este documento http://blog.thegreenhouseproject.org/wp-content/uploads/2011/12/THE-GREEN-HOUSE-Project-Guide-Book_April_100413.pdf, en el que se puede encontrar información interesante sobre diseño, con varios planos, organización y aspectos económicos.



Colección
Papeles de la Fundación

El modelo de viviendas de mayores en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

*por Carlos García Muñoz, Psicólogo. Jefe
de Sección Programas Mayores. SS. Centrales
JCCM y Teresa Lamagrande Picos, Psicóloga.
responsable del Programa de Apoyo Psicosocial
Viviendas de Mayores de Castilla-La Mancha*

Introducción

Uno de los fenómenos más destacados de las sociedades avanzadas en las últimas décadas es el incremento espectacular de la población de personas mayores. En nuestro país nos aproximamos a los nueve millones de personas, cuando comenzado el siglo xx apenas rebasábamos el millón.



Una realidad que es incluso más acusada en Castilla-La Mancha, donde los crecimientos demográficos en el Corredor del Henares y la Sagra enmascaran un envejecimiento muy acusado en casi toda la comunidad autónoma, especialmente en el ámbito rural.

Las principales causas hay que buscarlas en el aumento de la esperanza de vida, la evolución socioeconómica y sanitaria de las sociedades modernas que ha permitido prolongar la vida de una forma considerable, factores como la disminución de la natalidad a causa de la incorporación de la mujer al mercado laboral, una mayor accesibilidad e información sobre métodos anticonceptivos así como los factores económicos.

Las consecuencias del envejecimiento demográfico se derivan, en el ámbito social, en un incremento de situaciones de dependencia y soledad que se unen a las peores condiciones de viviendas, generalmente anticuadas, menor poder adquisitivo de las personas mayores, mayores exigencias sociales de carácter permanente...en definitiva, aumento de las situaciones carenciales e incremento de los estados de necesidad que se traducen en un aumento en la demanda de servicios socio- sanitarios. Esto provoca la necesidad de realizar cambios y adaptaciones, tanto económicos como de política social.

En este contexto nacen las Viviendas de Mayores. Teniendo en cuenta el arraigo e importancia que hasta ahora ha tenido este recurso, los cambios sociodemográficos que están llegando y el cuestionamiento de algunas soluciones ofertadas (como las residencias tradicionales, recurso que actualmente rechazan la mayoría de las personas mayores y además resultan costosas de mantener) se plantea en las sociedades modernas un nuevo paradigma la Atención Integral y Centrada en la Persona (la AICP).

El nuevo paradigma exige poner en el centro de la atención a las personas y cambiar la tendencia en la oferta de servicios

potenciando los de proximidad, que aprovechen la riqueza de los recursos que la comunidad ofrece y, al tiempo, potencien la autonomía e independencia de las personas y el incremento de sus redes de apoyo.

En esta línea, resulta conveniente que, al diseñar un nuevo programa o servicio, por parte de las Administraciones Públicas se conjuguen seis aspectos a tener en cuenta y que deben ser congruentes con los principios y criterios del modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP) (OMS, 2015; Rodríguez Rodríguez *et al.*, 2017:20):

- Llevar a cabo las innovaciones adecuadas para integrar los cambios sociales que están acaeciendo y que están transformando radicalmente las sociedades modernas.
- Aplicar el resultado de experiencias y evaluaciones satisfactorias en programas que contemplen una atención integrada y centrada en las personas para que éstas puedan, con diferentes y diversificados apoyos, seguir viviendo incluidas en su medio comunitario en buenas condiciones de calidad de vida y bienestar.
- Propiciar el ejercicio efectivo de los derechos fundamentales, civiles y sociales de las personas que necesitan apoyos favoreciendo que puedan mantener el control y el desarrollo de sus propios proyectos de vida.
- Seguir las recomendaciones de los organismos internacionales y de la comunidad científica en materia de envejecimiento, dependencia y cuidados de larga duración sobre la conveniencia de generación de redes y alianzas comunitarias para aprovechar las po-

tenciales sinergias y el aprovechamiento de recursos de proximidad mediante la coordinación e integración de recursos (sociales, sanitarios, culturales, de voluntariado, TIC).

- Favorecer la permanencia de las personas en su entorno y evitar el consumo innecesario de recursos sociales y sanitarios (exceso de medicación, visitas a servicios de urgencias, hospitalizaciones o institucionalizaciones prematuras o no necesarias).
- Buscar la eficiencia de las políticas, contemplando en ellas la contención del gasto público para que los sistemas de protección social sean sostenibles en el tiempo.

La tendencia general y recomendable es avanzar hacia alojamientos “modelo hogar”, ofreciendo una diversidad en su tipología que favorezca también que los mayores puedan mantener el control de su vida, desarrollar su autonomía y hacer elecciones entre diferentes opciones.

Entre las modalidades de alojamiento, se contemplan las unidades de convivencia en residencias, las residencias que adoptan en sus aspectos organizativos y de atención profesional el enfoque de atención centrada en la persona, los apartamentos con servicios, las viviendas colaborativas autogestionadas por las propias personas mayores (*cohousing*), los apartamentos y viviendas intergeneracionales, las viviendas compartidas entre dos o más personas mayores, y por último, las viviendas comunitarias compartidas, especialmente en el medio rural.

Las viviendas de mayores en Castilla-La Mancha

Dentro de este contexto sociológico, en la Comunidad de Castilla-La Mancha (CLM), de forma aventajada a su tiempo, se configuró la *Red de Viviendas de Mayores* (VM). El proyecto funcional original tenía un carácter innovador y en cierta medida experimental, al tratarse de un sistema de alojamiento desarrollado teóricamente.

Así, en 1993 se crea este recurso en CLM, originalmente se denominaron “viviendas tuteladas”, término tal vez impropio ya que no se refería a un recurso dirigido a usuarios/as incapacitados/as ni tampoco se garantizaba por tanto su tutela legal. El término “tutelada”, como sabemos, presenta connotaciones negativas relacionadas con un exceso de protección y/o paternalismo que contradicen la finalidad que pretende tener este tipo de recursos.

Comentar que ya existían experiencias internacionales concretas –la primera experiencia documentada de “Viviendas Tuteladas” se registra en Gran Bretaña en el año 1968, diseñada por el departamento de asistencia social de Cambridgestone. Castell, M y Ortiz, L.P.: *Análisis de las políticas de Vejez en España en el contexto europeo*. INSERSO. Madrid.1992.

La implantación de las *Viviendas de Mayores* en CLM se ha ido consolidando en el tiempo y ha resultado ser un recurso social muy válido y de gran aceptación. No en vano, en nuestro país 9 de cada 10 personas mayores cuestionadas por el tema, reclaman poder seguir viviendo en casa o “como en casa” cuando precisen atención. Las viviendas de mayores en ese sentido,

y como veremos a continuación, se constituyen como la solución ideal para personas de 60 años y más, con un nivel adecuado de autonomía física y psíquica que por diversas razones no pueden o no quieren vivir en su propio domicilio.

Suponen una ampliación de los posibles recursos para este colectivo en función de las necesidades que presenten (de salud, familiares, de soledad, alojamiento...) complementándose con otros, como son las residencias de mayores, las estancias diurnas, los centros de mayores, el servicio de ayuda a domicilio, las ayudas técnicas, sociales y/o prestaciones económicas... aumentando y diversificando las posibilidades de atención a esta población mayor.

Definición del recurso

Es un recurso pequeño en cuanto a capacidad, que permite a la gran mayoría de sus residentes permanecer en su propio pueblo o localidad, manteniendo las relaciones personales y el entorno en el que han vivido hasta el momento del ingreso.

Evolución de las Viviendas de Mayores en Castilla-La Mancha



Para describir el recurso de las VM, nos podemos remitir a la *Orden de la Consejería de Bienestar Social de 21 de mayo de 2001*, por la que se regulan las condiciones mínimas de los centros destinados a la atención de las personas mayores en Castilla-La Mancha y se establecen las condiciones para la acreditación de los mismos.

Dicha regulación normativa describe a las *Viviendas de Mayores como centros de alojamiento y convivencia, integrados en un entorno comunitario, destinado a un grupo pequeño de personas mayores con dificultades para permanecer en su vivienda habitual y con un grado de autonomía personal que les permita su integración en este recurso.*

El objetivo general no es otro que, mejorar la calidad de vida de las personas que allí residen, entendida como la consecución de una mayor autonomía funcional, social, crecimiento personal, bienestar, autoestima, competencia y dignidad.

Para ello, resulta necesario ofrecer alojamiento, manutención y unas condiciones adecuadas de higiene y aseo personal de forma permanente, crear un clima que favorezca las interacciones grupales de relación y de apoyo afectivo entre los mayores que allí residen, fomentar la vinculación del mayor con su entorno y sus redes de apoyo social, facilitar un ambiente cuasi-familiar que les haga sentirse “como en casa”, mantener y fomentar, en la medida de lo posible, su nivel de autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria y por último y no menos importante, ofrecer seguridad a través de la implicación de un grupo de profesionales dedicados a promover su bienestar personal.

En definitiva, la finalidad primordial de las Viviendas de Mayores en CLM es mantener a las personas de edad avanzada en su propio entorno, fomentando su autonomía personal por medio de su sistema de vida comunitaria y participativa dentro de su pequeño grupo.

Hasta el momento, en Castilla-La Mancha para poder acceder a este recurso, los mayores deben reunir el siguiente perfil: *personas de 60 o más años que no padezcan ninguna alteración física, psíquica o alguna toxicomanía que les impida desenvolverse con autonomía y convivir con otras personas, que no necesiten vigilancia las 24 horas del día ni cuidados permanentes de personal especializado, que puedan responsabilizarse de las tareas de auto-cuidado y de las actividades de la vida diaria bien por sí mismas o con una mínima ayuda, y que expresen su deseo de convivir en grupo y que se impliquen en el desarrollo adecuado del recurso.*

Entre los aspectos arquitectónicos, destacar que cada una de ellas contará con un *mínimo de 5 y un máximo de 20 plazas, siempre que lo permitan las condiciones materiales y funcionales de la misma.*

En cuanto a las diferentes dependencias de la vivienda: las habitaciones, comedor, sala de estar... deberán cumplir las condiciones establecidas en la normativa. Todo ello, con el fin de que respondan a las necesidades de sus usuarios, evitando al máximo aquellos elementos que contribuyan a diferenciarlo del resto de las viviendas de su comunidad. Cada vivienda cuenta con el mobiliario adecuado y el equipamiento básico, así como con un espacio independiente para uso del personal que trabaja en la misma.

El tamaño y distribución de las dependencias debe cumplir el objetivo de hacer el recurso una vivienda “normal”, contando con

las dependencias de cualquier hogar de tipo medio, tener flexibilidad y capacidad de acomodación con el fin de facilitar la intimidad y en general y estar adaptadas en función del grado de necesidad de seguridad de sus residentes. Comentar en CLM que todas ellas disponen del *Servicio de Teleasistencia*, para casos de emergencia y algunas de apoyos adicionales del Servicio de Ayuda a Domicilio o refuerzos de cuidadores durante la noche.

Además las Viviendas tienen que estar integradas en los entornos comunitarios y bien comunicados con los servicios sociales, sanitarios y culturales.



Atendiendo al *modelo de gestión*, la titularidad de las Viviendas de Mayores de carácter público, corresponde a los Ayuntamientos de las localidades donde se encuentran ubicadas. En ese sentido, este recurso además de los beneficios sociales, añade el apoyo a la economía y la generación de empleo en el medio rural. Un empleo que puede establecerse en unos 500 puestos de trabajo directos, formados especialmente por el sector femenino.

La Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha colabora en la financiación, en su funcionamiento y en el apoyo técnico. Para ello, aporta mediante una subvención económica des-

tinada sufragar gastos de personal y mantenimiento de la vivienda. Además, desde la Consejería se facilita los técnicos necesarios para conformar las Comisiones de Seguimiento y pone a disposición el recurso *Programa de Apoyo Psicosocial a las Viviendas* que incluye, intervención para los mayores residentes y las trabajadoras, así como formación continuada de los profesionales.

La selección de las personas que finalmente podrán acceder a cada una de las viviendas se encauza a través de la *Comisión de Seguimiento*, valorándose los informes sociales y médicos y teniendo en cuenta los factores o criterios de edad, condiciones de la vivienda, situación económica, situación socio-familiar, estado de salud y grado de autonomía, permanencia en el entorno familiar y social, sentimientos de soledad, abandono y actitudes hacia la vida en grupo.

Una vez que la solicitud ha sido admitida y el mayor pasa a formar parte del grupo de la vivienda de mayores, la persona deberá firmar un contrato de ingreso con la Entidad Titular, que deberá tener regulado el régimen de acceso y las condiciones de permanencia en el recurso.

Para que las Viviendas de Mayores (VM) cumplan sus objetivos, además es necesario contar con un *Reglamento de Régimen Interno*, dónde se recojan aspectos relacionados con la organización, funcionamiento y dónde se establezcan los requisitos necesarios para garantizar la buena convivencia y una buena calidad de vida.

Las V.M. cuentan con personal propio de atención directa a los mayores y mantenimiento de las instalaciones y dependencias de las mismas. Está compuesto, como mínimo por 3 auxiliares, una de los cuales será la persona encargada de coordinar la ad-

ministración y el trabajo dentro de la vivienda, es la denominada Gobernanta.

Por lo general, se exige a estas profesionales que estén en posesión del certificado de profesionalidad de atención sociosanitaria de personas en el domicilio o el de atención sociosanitaria en instituciones.

En todas las Viviendas existe un *Equipo Profesional de Apoyo*, con adecuada cualificación, funciones de valoración, información y orientación social a los mayores, así como de programación de actividades y apoyo psicosocial, entre otras. Este *Equipo* lo componen los profesionales de los Servicios Sociales de Zona, así como el equipo de psicólogas que desarrollan el Programa de Apoyo Psicosocial. Mediante este programa se facilita: apoyo psicológico y social, se favorece el desarrollo personal, una buena convivencia entre los mayores y su integración en el entorno social. Estas psicólogas se desplazan a las V.M. siempre que se demanda su servicio, facilitando apoyo a residentes, a las trabajadoras, al personal del ayuntamiento y cualquier persona implicada en el recurso: familiares, profesionales de la salud... todo en coordinación con los profesionales de los Servicios Sociales.

Con el fin de que las Viviendas de Mayores dispongan de un apoyo técnico las 24 horas del día, prestan un servicio de atención telefónico al que se puede solicitar: una intervención presencial, asesoramiento, información, supervisión...

En cualquier caso las intervenciones van dirigidas a favorecer un estado de vida normalizado, potenciando la mayor autonomía funcional y social posible, mantener y desarrollar los

mayores niveles de competencia de los mayores y en definitiva proporcionar atención integral basada en un *modelo de mínima intervención* que evite un exceso de protección y dependencia.

Debido a que son muchas los profesionales implicadas en las viviendas, es importante que exista una figura que coordine el programa, formando parte de la Comisión de Seguimiento, que mantenga una comunicación fluida con todas las entidades implicadas y que realice un seguimiento de su funcionamiento. Este profesional, en CLM, pertenece al Servicio provincial de atención a mayores y personas con discapacidad correspondiente.

Formación de los y las profesionales

Para que la atención del servicio que se presta en estos centros, sea de calidad, es necesario que las profesionales que trabajan en contacto directo con los mayores, estén debidamente cualificadas y que evolucionen de la misma manera que lo hace el recurso. Por ello, la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha pone a disposición de todas las profesionales de las Viviendas de Mayores un *programa de formación continuada*. Este programa también lo imparte y organiza el Equipo de Apoyo antes mencionado.

Dicha formación persigue fortalecer las variables personales y profesionales necesarias para afrontar adecuadamente las demandas propias del puesto de trabajo. De este modo, su labor se realizará de una manera eficaz, satisfactoria y de calidad, tanto para las trabajadoras como para los mayores. Esto implica poseer la información adecuada, manejar las habilidades necesarias para el desempeño del puesto de trabajo, así como el tener la actitud adecuada para una prestación óptima. Por ello en la formación se facilita:

1. Información precisa sobre las VM, destinatarios, profesionales y recursos implicados, objetivos, etc.
2. El dominio de aquellas técnicas para hacer posible poder reforzar o modificar comportamientos, emociones y pensamientos en los demás.
3. Entrenamiento de los recursos adecuados para afrontar convenientemente el estrés generado, tanto en su vida laboral como extralaboral, así como el control emocional y afectivo.
4. La adquisición de un conjunto de habilidades de relación interpersonal, de comunicación, tan necesarias en las situaciones propias de la labor que realizan; y por último,
5. Adiestramiento en comportamientos competentes para poder resolver, de una forma eficaz las posibles situaciones conflictivas que en ocasiones se puedan presentar en su relación de ayuda.

En Castilla-La Mancha, existen dos modalidades en el *programa de formación* con respecto a las profesionales que atienden a las personas de las viviendas: primero, una *formación inicial* (con unas jornadas donde se facilitan las actitudes, aptitudes y conocimiento propios del perfil profesional), y segundo, un programa de formación continua (dónde dos veces al año se reúnen todas las profesionales de las cinco provincias).

Los objetivos que se persiguen son: ampliar su preparación de una manera continuada, adaptándola a las necesidades y novedades del momento, proporcionar a las trabajadoras un espacio de apoyo emocional, compartir conocimientos, habilidades, actitudes y experiencias dentro del marco de enriquecimiento personal y

profesional que supone el grupo, y por último, desarrollar técnicas de reunión, discusión grupal y toma de decisiones en equipo.

Situación actual de las Viviendas de Mayores y perspectivas de futuro

Como hemos comentado anteriormente, las VM son un recurso de alojamiento y convivencia que goza de una gran aceptación en Castilla-La Mancha. El número total de Viviendas de Mayores en CLM, en 2107, es de 153 viviendas con un total de 1471 plazas. Esto sitúa a nuestra Región como la comunidad autónoma con mayor dotación de Viviendas para Mayores (primera en número total de viviendas, primera en plazas públicas en este tipo de alojamiento, y segunda en número total de plazas) según los datos publicados en el Informe *Las Personas Mayores 2016* por parte del *IMSERSO*.

Con respecto a los datos de ocupación de las V.M. en la siguiente tabla podemos observar los datos (a fecha marzo de 2017):

Datos de ocupación de VM en CLM:

Ocupación y plazas

	AB	CR	CU	GU	TO	Total
VM	9	34	61	34	15	
Plazas	80	310	593	326	160	1471
Ocupadas	55	240	475	263	147	1180
%	69 %	77 %	80 %	81 %	91 %	80 %

Por tanto, encuentran ocupadas 1 180 plazas, lo cual supone un dato global de un 80 % de ocupación. Un dato a destacar es la época del año en la que se ha recogido toda esta información, inicio de buen tiempo, que es cuando el recurso está menos demandado. El nivel de ocupación suele ser mayor en invierno.

Es de importancia destacar que desde las VM, se realizan otro tipo de servicios y prestaciones que facilitan una buena calidad de vida a los mayores de la localidad dónde se ubican, y que gracias a las mismas, los mayores pueden seguir residiendo en su domicilio y entorno habitual, con todos los beneficios que ello supone.

En la siguiente tabla, se indicarán el número de personas mayores o beneficiarios de atención indirecta de las viviendas de mayores en CLM:

Número de beneficiarios de atención indirecta:

Atención indirecta

	AB	CR	CU	GU	TO	Total
Comedor externos	4	43	8	29	13	140
Comidas domicilio	2	95	57	70	8	232
Lavandería	1		2			3
Visitas mayores	6	30	40	8	22	106
Total mayores no residentes	13	168	108	107	43	439
Prácticas laborales	22	81	48	15	28	194
Lista de espera	3	9	15	3	101	131

(*) 13 de los usuarios de comidas a domicilio son niños de la guardería del pueblo.

Resumen datos cuantitativos:

Mayores atendidos

Total plazas	1471
Número beneficiarios atención directa	1180
Número beneficiarios atención indirecta	439
Total atendidos	1619
Lista de espera	131
Total trabajadores	470
Total prácticas	194

Es importante destacar que en CLM existe publicado un *Estudio descriptivo* realizado por la propia administración sobre el *perfil de las personas que ocupaban nuestras viviendas*, estudio que contiene a su vez exploración sobre el grado de satisfacción de sus residentes (ver bibliografía, en *publicación propia de Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2001*). En dicho estudio se describen de forma pormenorizada aspectos tales como la situación y contexto de las V.M. en CLM, la orientación y el sentido de las V.M.

Se utilizó para el mismo una población muestral de 456 usuarios, 64 viviendas de mayores correspondientes a las cinco provincias de la región (5 viviendas de AB., 18 viviendas de CR., 21 viviendas de Cu., 16 viviendas de GU. y 4 viviendas de TO).

Se estudiaron dos variables: 1. Perfil del usuario (con respecto a 9 factores) y 2. Grado de satisfacción (con

respecto a 9 factores) diseñándose para ello un cuestionario específico como instrumento de recogida de datos (con 12 ítems con varias alternativas de respuesta y dos preguntas abiertas).

El cuestionario se pasó directamente a los residentes, siendo las encuestadoras cuatro psicólogas que previamente informaban a los mismos sobre el anonimato de la información y los objetivos del estudio.

Los resultados del estudio se estructuraron en los siguientes apartados: 1. Valoración por provincias. 2. Valoración interprovincial. 3. Valoración total.

De los resultados obtenidos del total de los usuarios que participaron en este estudio: 1. Perfil del usuario y 2. Grado de satisfacción con respecto al recurso, fue el siguiente (resumen):

1. **Perfil del usuario:** *Mujer (no existía una diferencia muy significativa en la variable sexo), entre 75-84 años (menor de 74, si es hombre y mayor de 75, si es mujer), viuda (si es mujer) viudo o soltero (si es hombre), sin hijos (si los tienen residen en un municipio diferente), la soledad como principal motivo de ingreso, procedencia de la misma localidad, menos de 5.000 habitantes, padeciendo enfermedad física (más de una y principalmente de tipo Osteoarticulares) depresión como principal patología psicológica y con un nivel de autonomía totalmente independiente (factor que destaca como importante en el momento del estudio).*

- 2. Grado de satisfacción con respecto al recurso:** *se destacan como muy bien las condiciones de la vivienda, la alimentación, las normas, la convivencia, la atención de los profesionales. Aspecto que más valoran: poder seguir en su pueblo; lo que menos les gustaba: que no haya profesionales por la noche, para atenderles por si ocurre algo.*

Como **conclusiones finales del estudio** (resumen): *la Vivienda de Mayores es el recurso ideal para aquellas personas que viven o se sienten solas, que aun padeciendo algún tipo de patología no les impide realizar las actividades de la vida diaria con normalidad. Seguía pesando una visión más asistencial, tipo residencia que era lo más conocido hasta ese momento, de este tipo de centros... se considera un recurso muy acertado y que cubre unas necesidades que otros difícilmente pueden satisfacer.*

Valoración de resultados de la investigación

De todo lo expuesto hasta el momento, podemos concluir que en el momento actual las Viviendas de Mayores en Castilla-La Mancha se constituyen como un recurso muy bien valorado, destacando: un alto porcentaje de ocupación del recurso y un alto número de mayores que se benefician (directa o indirectamente) del mismo.

No obstante, se propone seguir avanzando en el desarrollo de este tipo de estudios en nuestra Región, con el fin de siguiendo respuestas adecuadas a este tipo de necesidades (alojamiento, compañía, apoyo y atención, etc.) que nuestros mayores presentan sobre todo en el medio rural, sin que sea necesario separarlas de su entorno comunitario, potenciando su autonomía e

independencia y apoyándoles para que mantengan el control de su propio proyecto de vida.

Se trataría de poder detectar *innovaciones* para mantener a las personas mayores en su entorno habitual, evitando institucionalizaciones no necesarias incluso cuando se precisan cuidados de larga duración, actuaciones para disminuir la sensación de soledad y aislamiento que sufren muchas de ellas al vivir solas en CLM, generar nuevas oportunidades de relaciones interpersonales y sociales tanto en las propias viviendas como en el entorno comunitario.

Estudiar el modo más idóneo de incentivar el apoyo mutuo y la convivencia generadora de bienestar entre las personas mayores, respetando al máximo las peculiaridades y estilos de vida de cada una de ellas, seguir ofreciendo pautas y apoyos para afrontar con eficacia posibles conflictos.

Se trataría de identificar la optimización de recursos de los municipios rurales de Castilla-La Mancha, propiciando la generación de redes y sinergias e implementar nuevos servicios de proximidad que, al tiempo de servir de apoyo a las personas mayores, propiciaran la fijación de población joven en los núcleos rurales.

Identificar las fortalezas y debilidades existentes en la práctica profesional de quienes trabajan en las viviendas para avanzar en las buenas prácticas de intervención profesional (reconocimiento de la dignidad inherente a todas las personas, saber promover autonomía e independencia, la confidencialidad de la información...).

Por último, se podrían elaborar un conjunto de recomendaciones derivadas de la investigación desarrollada que pudieran servir de guía y orientación a nuestra administración y a los profe-

sionales sociosanitarios para reorientar o mejorar la oferta de este tipo de viviendas, teniendo en cuenta los principios del *modelo de atención integral y centrada en la persona*.

Para concluir, en Castilla-La Mancha se apuesta por un modelo de atención a nuestros mayores en su entorno más inmediato, y en consonancia con la tendencia hacia las unidades de convivencia que existen en el norte de Europa desde hace años. Nuestra región mantiene, en esa línea, el objetivo de seguir siendo una referencia en nuestro país, a sabiendas de que “vivir como en casa” implica el fortalecimiento de todo un entramado de actuaciones y cambios en roles tendentes al objetivo de que nuestros mayores “vivan y se sientan bien” bajo el paradigma de la atención centrada en la persona con los apoyos que precisen.

Referencias bibliográficas

Lamagrande Picos M^a Teresa, Gutiérrez Fernández Rodrigo y Gómez Bolaños Gregorio (2001): *El usuario de las viviendas de mayores en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Análisis del perfil y valoración del grado de satisfacción con respecto al recurso. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.*

Orden de 21 de mayo de 2001, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las condiciones mínimas de los centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha.

Rodríguez Rodríguez Pilar y Vilà i Mancebo Antoni (coord.) (2014): *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría*

y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad.

Editorial Tecnos. Madrid.

Rodríguez Rodríguez Pilar (coord. y edit.) (2015): *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Ed. Fundación Caser y Fundación Pilares

Rodríguez Rodríguez P Rodríguez Rodríguez P, Ramos Feijóo C, García Mendoza A, Dabbagh Rollán V.O, Mirete Valmala C y Castejón Villarejo P: *La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Guía de innovación social basada en el modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona*. Colección Guías n.º 2. Fundación Pilares. 2017.



Colección
Papeles de la Fundación

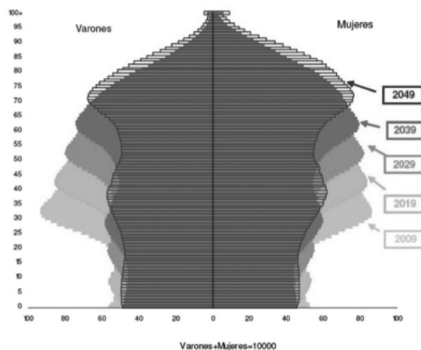
Adaptación funcional de las viviendas existentes y características de las de nueva construcción

*por Xavier García-Milá Lloveras,
Arquitecto. Experto en accesibilidad*

Introducción

Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística son obs-
tinadas, tercas, pertinaces, cuando nos informan de que en 40 años
se duplicará la población mayor de 64 años pasando a representar
más del 30% del total y que para el año 2050 las personas entre 70
y 75 años van a constituir el colectivo más numeroso de población.

Tabla 1. Pirámides de población en España



Todos los estudios y datos disponibles resaltan el paulatino envejecimiento de la población, lo que exige políticas adecuadas al respecto. Ciñéndonos exclusivamente al sector de la vivienda, eso significa que hay que construir viviendas nuevas accesibles y adaptar funcionalmente las existentes, para facilitar que sus ocupantes puedan seguir habitando la vivienda propia el máximo de tiempo posible con el mayor grado de autonomía alcanzable, lo que haría factible el concepto de “viviendas para toda la vida”.

Hay que tener en cuenta que la vida útil media de una vivienda nueva es de unos 30 años (o más) hasta que requiere una actualización importante. Es decir, las viviendas que hoy estamos construyendo o rehabilitando integralmente las utilizarán las personas mayores del año 2050 tal como las hemos diseñado hoy en día... y nos estamos resignando a admitir que en ese momento “ya las adaptaremos” si hace falta. Si bien la normativa vigente exige que los elementos comunes de la edificación se construyan de forma accesible, sería también necesario que en las viviendas de nueva construcción (y en las que se rehabilitan integralmente) se introdujeran criterios de accesibilidad que facilitaran la posterior adaptación funcional personalizada, cuando ésta fuera necesaria.

La situación del parque existente de viviendas es mucho más preocupante porque en su mayoría se ha construido sin criterios de accesibilidad: según las cifras publicadas en el último censo del Instituto Nacional de Estadística (INE 2011), de los 10,7 millones de viviendas en edificios residenciales de tres o más plantas que tenemos en España, 4 millones todavía no tienen ascensor, ni salva-escaleras, ni rampas que faciliten el acceso a la vivienda.

La tarea es ingente, costosa y compleja pero no parece que le estemos dando la importancia que se merece pues, aunque la normativa y las ayudas económicas sí que inciden de forma importante en el fomento de la accesibilidad en los elementos comunes de la edificación existente, no sucede lo mismo con la adaptación funcional de las viviendas (ver definición en nota a pie de página n.º 44).

Los programas para adaptar el interior de las viviendas existentes aunque son numerosos tienen un alcance limitado, están escasamente dotados económicamente y, la mayoría de ellos, permanecen anclados en una operativa costosa y poco eficaz. Sería necesario implementar programas coherentes y estructurados de adaptación funcional personalizada de la vivienda para los numerosos casos en que ésta es necesaria.

Resaltar, finalmente, que la adaptación funcional personalizada de la vivienda conecta estrechamente con el modelo de atención integral y centrada en la persona.

El marco europeo

Entretanto y en referencia a la adaptación funcional del interior de las viviendas, ¿qué se está haciendo en Europa?

Estados del norte de Europa como Gran Bretaña, Francia, Alemania y, en particular, los países escandinavos hace años (más de 20) que están trabajando a fondo en el tema. Se podrían destacar cuatro aspectos principales en la evolución de su quehacer: en primer lugar la toma de conciencia social y política de la trascendencia y envergadura del asunto, a continuación la búsqueda de una metodología que permita determinar las necesidades de cada persona (prescribir las actuaciones a llevar a cabo, ejecutarlas y analizar los resultados), en tercer lugar la logística operativa para

implementar los programas y la dotación económica suficiente para atender las necesidades y, por último, la evaluación de los resultados obtenidos y reformulación de las estrategias implementadas.

Toma de conciencia social y política

Esa necesidad de toma de conciencia social y política se plasma en Suecia, por ejemplo, en la definición por parte del Parlamento sueco en 1998 de los principales objetivos de su política nacional en referencia a las personas mayores, que se concretan en que cualquier persona mayor ha de tener la posibilidad de:

- Vivir una vida activa y decidir sobre su vida cotidiana
- Envejecer con seguridad y mantener su independencia
- Ser tratado con respeto
- Tener acceso a una buena asistencia médica

Uno de los más importantes principios de la política sueca en referencia a las personas mayores es que han de tener la posibilidad de seguir viviendo en su propia casa mientras sea posible, incluso cuando necesiten amplios cuidados médicos y de servicios sociales.

Más recientemente (junio de 2010) la Secretaría de Estado francesa encargada de las personas mayores emitió un comunicado de prensa sobre *“Adaptabilidad de los alojamientos al envejecimiento de la población: 12 proposiciones concretas para responder a este importante desafío”* en el que se enuncia que el deseo de la mayoría de personas mayores de *Vivre chez soi* (vivir en su casa) se ha de poder cumplir en las mejores condiciones. Propone 12 medidas concretas, alguna de ellas tan específica e interesante como la estructuración de una oferta de pequeñas empresas de construcción y artesanos, debidamente homologados después de su capacitación mediante ciclos de formación regular en el campo

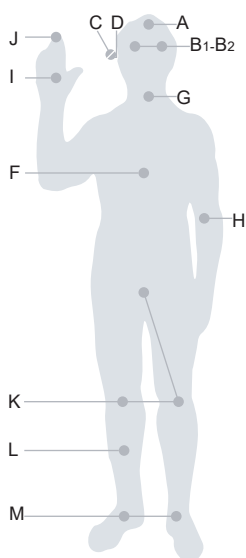
pluridisciplinar de la adaptación de la vivienda, a la que se daría amplia difusión.

En Inglaterra, las políticas sociales conceden gran importancia a la vivienda de las personas mayores, como puede apreciarse revisando el capítulo de esta misma publicación elaborado por Jeremy Porteus.

Metodología de evaluación y análisis de las necesidades de las personas en relación con su entorno residencial

Esa toma de conciencia y definición de líneas políticas estratégicas en un tema que requerirá muchas pequeñas intervenciones de adaptación funcional personalizada, precisa una metodología que permita relacionar las capacidades funcionales de la persona, el entorno físico cotidiano en el que se desenvuelve, la actividad diaria que lleva a cabo y su salud. Ahí aparece con fuerza el método *Enabler* o capacitador (Steinfeld *et al.*, 1979) que es un método desarrollado en USA por arquitectos, gerontólogos y terapeutas ocupacionales para determinar el impacto que tienen las barreras en el entorno de la vivienda sobre personas con distintas limitaciones funcionales (Alonso, 2008) y que tiene dos partes diferenciadas. En la primera, se presentan las 15 diferentes limitaciones funcionales que se deberían considerar en el diseño relacionadas con los sentidos, la regulación del cuerpo y las discapacidades motrices, según el esquema que sigue (versión castellana de Alonso, 2008).

Tabla 2. Limitaciones funcionales en el modelo ENBLER



A	= Dificultad para interpretar información
B1	= Pérdida parcial de la visión
B2	= Pérdida total de la visión
C	= Pérdida de la audición
D	= Trastornos de equilibrio
E	= Falta de coordinación
F	= Pérdida de resistencia/fuerza
G	= Dificultad para mover la cabeza
H	= Dificultad para alcanzar con los brazos
I	= Dificultad para manipular con manos y dedos
J	= Incapacidad para usarlas extremidades superiores
K	= Dificultad para inclinarse, arrodillarse, etc.
L	= Dificultad para desplazarse
M	= Incapacidad para usar las extremidades inferiores
N	= Extremos de tamaño y peso <small>(limitación adicional añadida por el autor)</small>

En la segunda parte se evalúa el efecto producido en la persona por las diferentes barreras medioambientales que ha de afrontar en su vivienda. Estos datos de impacto de las barreras sobre cada limitación funcional están reunidos en 13 matrices y han sido validados mediante discusiones con expertos y usuarios (Alonso, 2008).

Esta metodología se ha asumido como referente en Suecia a través del *housing enabler* o capacitador de la vivienda (Iwarsson y Slaug, 2001) como un instrumento para evaluar y analizar los problemas de accesibilidad en la vivienda, implementar las soluciones más adecuadas para cada persona y evaluar posteriormente los resultados.

Logística operativa y dotación económica para implementar los programas

Si bien las políticas no son idénticas en todos los países, las estrategias son similares en aquellos Estados con más años de práctica en el tema, como son los escandinavos y el Reino Unido.

En Suecia, las personas mayores pueden obtener ayudas que cubren el coste completo de la adaptación funcional de la vivienda a través del municipio de residencia. Es importante resaltar que para conseguir la ayuda es imprescindible que un terapeuta ocupacional analice y evalúe la necesidad de la adaptación funcional. Se atienden prácticamente todas las peticiones y según datos del año 2009 se habían facilitado en el año anterior ayudas a 72700 personas con un coste de 958 millones de euros (13177 euros por domicilio).

En Gran Bretaña, *The Disabled Facilities Grant* (DFG) provee los fondos públicos (gobierno central y autoridades locales) para la adaptación de las viviendas, que se adjudican a través de las autoridades locales aunque también hay entidades sociales locales del tercer sector que reciben ayudas estatales al efecto. En el último año se han otorgado un total de 40000 ayudas (71% para personas mayores de 60 años) con una media de 7000 libras por domicilio. Para el próximo año la dotación económica crecerá hasta los 400 millones de libras esterlinas.

Evaluación de los resultados obtenidos y reformulación de las estrategias implementadas

Son numerosos los trabajos que recogen los resultados obtenidos en esta materia como, por ejemplo, los *Informes nacionales basados en los datos recogidos en el ENABLE-AGE Project*

de Suecia, Alemania, Gran Bretaña, Hungría y Lituania (mayo de 2004); el informe sobre *The Disabled Facilities Grant: Before and after the introduction of the Better Care Fund* (junio de 2016) en Gran Bretaña; *Housing accessibility for senior citizens in Sweden: Estimation of the effects of targeted elimination of environmental barriers* (enero de 2017) en Suecia; *Improved housing accessibility for older people in Sweden and Germany: Short term costs and long term gains* (Agosto 2017) en Suecia y Alemania. Las conclusiones son coincidentes en que la población de personas mayores se incrementará notablemente en los próximos años y que éstas son cada vez más independientes y continúan residiendo en viviendas ordinarias más y más tiempo, por lo es necesario seguir incrementando las ayudas económicas y sociales y mejorar los procesos de concesión de ayudas, especialmente:

- Potenciando la combinación y coordinación de los servicios (salud, teleasistencia, ayuda domiciliaria, adaptación funcional del hogar, etc.) en una visión integral de las necesidades de cada persona.
- Agilizando la concesión de las ayudas y los procesos administrativos para obtenerlas. Las demoras pueden generar pérdida de autonomía, ingresos hospitalarios, accidentes en el hogar, etc.
- Mejorando las intervenciones en los domicilios en base a la experiencia acumulada (soluciones constructivas, materiales adecuados, etc.) y generando economías de escala que permitan racionalizar los costes.

La situación en España

Si bien este capítulo pretende centrarse en la adaptación funcional de las viviendas existentes, y de forma complementaria en las de nueva creación, es conveniente tener una visión global de las políticas y actuaciones en referencia a la supresión de barreras físicas en la vivienda.

Es muy diferente la manera de actuar en viviendas de nueva construcción (también en la gran rehabilitación de viviendas antiguas) respecto a las existentes. En las primeras hay que aplicar criterios de accesibilidad basados en el diseño universal⁴³ de manera que puedan ser útiles para al máximo número de personas, ya que en la mayoría de los casos no se sabe quién va a ser el usuario final ni la evolución de sus capacidades físicas en el tiempo; en este caso la normativa es esencial aunque no es la única herramienta disponible. En las existentes priman las necesidades específicas de la persona, por lo que hay que abordar la adaptación funcional personalizada de la vivienda⁴⁴, es decir el diseño centrado en el usuario; en este caso la normativa solo puede ser una referencia, mientras que el trabajo coordinado de profesionales socio sanitarios (principalmente el terapeuta ocupacional) y de la construcción (arquitecto o arquitecto técnico) con el usuario pasa a tener un papel preponderante.

Además, teniendo en cuenta que dos tercios de la población española vive en edificios plurifamiliares (pisos) y que tan solo

43 Diseño universal significa simplemente diseñar todos los productos, edificios y espacios exteriores para que sean utilizables por todas las personas en la forma más amplia posible. Se introduce aquí como una forma razonable y económica de reconciliar la integridad artística de un diseño con las necesidades humanas en el entorno. (Mace et al. 1990).

44 Una adaptación de vivienda es una alteración singular de las características físicas permanentes de la vivienda y su entorno inmediato con el objetivo de reducir las demandas del entorno físico y potenciar la realización de actividades de la vida diaria (Boverket 2000).

un tercio lo hace en viviendas unifamiliares (chalets o viviendas adosadas), es importante diferenciar entre las barreras físicas en los elementos comunes de la edificación y las que se encuentran en el interior de la vivienda. Se podría decir que tanto la normativa vigente como las ayudas económicas públicas para garantizar la accesibilidad se centran, casi exclusivamente, en los elementos comunes quedando en segundo plano y pendientes de desarrollar las relacionadas con la vida cotidiana en su interior.

En consecuencia, serían cuatro las situaciones a analizar en referencia a las barreras físicas en materia de alojamiento:

- Dos en viviendas de nueva construcción (y gran rehabilitación de viviendas antiguas)
 - » Elementos comunes en edificios de nuevas viviendas
 - » Interior de las viviendas nuevas
- Dos en viviendas existentes
 - » Elementos comunes en edificios de viviendas existentes
 - » Interior de las viviendas existentes

Viviendas de nueva creación

En este apartado se incluyen también las viviendas procedentes de la gran rehabilitación de viviendas antiguas, es decir aquellas que se remodelan totalmente, ya que la normativa vigente tiende a igualar los requisitos exigibles a éstas con los aplicables a las viviendas nuevas, aunque admite “ajustes razonables”⁴⁵ en determinados casos.

45 Los ajustes razonables son, según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas, que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”.

A. Elementos comunes en edificios de nuevas viviendas

Es, sin duda, el capítulo donde más se ha avanzado. Hasta el año 2010 la accesibilidad se había regulado mediante leyes y órdenes a nivel autonómico. La entrada en vigor del Código Técnico de la Edificación (CTE), que es el documento que incorpora las exigencias básicas que se deben cumplir en el proyecto, construcción y mantenimiento de los edificios, y que se estructura en seis Documentos Básicos (DB), uno de los cuales es el de Seguridad de Uso y Accesibilidad (SUA)⁴⁶, establece que la accesibilidad es uno de los seis requisitos básicos que debe cumplir todo edificio de nueva construcción. Este texto legal recoge la experiencia acumulada en la aplicación de las leyes y órdenes autonómicas y se estructura de una forma coherente, amplia y con un nivel de accesibilidad exigible superior al de las normas anteriores.

En esencia, y en cuanto a los edificios de viviendas, exige la disposición de un itinerario accesible que conecte el exterior del edificio con cada una de las viviendas y elementos de uso comunitario (garaje, jardín, piscina y otros si los hubiere). En caso de que sea necesario un ascensor para garantizarlo, éste será accesible. Como única excepción admite que en los edificios de planta baja y dos plantas con menos de 12 viviendas, “... *el proyecto debe prever, al menos dimensional y estructuralmente, la instalación de un ascensor accesible que comunique dichas plantas*”.

⁴⁶ Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.

B. Interior de las viviendas nuevas

Sin embargo, este importante documento no establece ningún tipo de exigencia de accesibilidad para el interior de las viviendas, exceptuando las características que debe cumplir “*la vivienda accesible para usuarios de silla de ruedas*” y “*la vivienda accesible para personas con discapacidad auditiva*” cuando sea obligatorio, según la reglamentación aplicable, la reserva de un determinado porcentaje de estas viviendas. Aún así, existen ya algunas iniciativas, a nivel autonómico, que recogen la necesidad de incorporar criterios de accesibilidad aplicables al interior de las viviendas de nueva construcción para facilitar la movilidad y su adaptación funcional cuando resulte necesario.

Cabe destacar el “*Decreto 141/2012 sobre condiciones mínimas de habitabilidad de las viviendas y la cédula de habitabilidad*” de la Generalitat de Catalunya que entre los “*Requisitos de habitabilidad exigibles a las viviendas*” incluye un apartado específico dedicado a “*accesibilidad*” cuyo contenido se resume a continuación:

Tabla 3. Espacios interiores que tienen que ser accesibles (practicables)

- El acceso (la puerta de entrada a la vivienda y el recibidor si lo hay). No es obligatorio que lo sea el acceso desde la calle hasta la vivienda en caso de viviendas unifamiliares.
- Un baño.
- La cocina.
- Un espacio de uso común y una habitación (en viviendas en un solo nivel).
- Un espacio de uso común o una habitación (en viviendas en diferentes niveles).

Puertas

- La de entrada a la vivienda y las de los espacios practicables han de tener una anchura $\geq 0,80$ m.

- El resto anchura $\geq 0,70$ m. No se admiten puertas inferiores a $0,70$ m de anchura.

Espacios de circunaci3n (pasillos)

- Ancho m3nimo de $1,00$ m si conectan espacios que tienen que ser practicables. El resto, incluidas escaleras, ancho m3nimo de $0,90$ m.
- Se ha de poder inscribir un c3rculo de $1,20$ m libre de obst3culos frente a las puertas de los espacios practicables, admitiendo que se inscriba con las puertas abiertas.

Interior de la cocina

- Recorrido interior de un ancho m3nimo de $0,80$ m y espacio libre frente al mostrador de trabajo de una anchura m3nima de $1,00$ m.
- Se ha de poder inscribir un c3rculo de $1,20$ m libre de obst3culos y del giro de las puertas (admite que puedan ser correderas) entre $0,00$ y $0,70$ m de altura (puede ser por debajo de mobiliario fijo).

Interior del ba3o

- Recorrido interior de un ancho m3nimo de $0,80$ m.
- Se ha de poder inscribir un c3rculo de $1,20$ m libre de obst3culos y del giro de la puerta (admite que pueda ser corredera) entre $0,00$ y $0,70$ m de altura (puede ser por debajo del lavabo salvando el pie y por encima de la ducha si es a ras de suelo).

Interior de dormitorios

- Se ha de poder inscribir un c3rculo de $1,20$ m libre de obst3culos, del giro de la puerta y de los equipamientos fijos (p.e. armarios de obra).

Es un documento importante que, por primera vez, aborda la inclusi3n de unas medidas b3sicas de accesibilidad en el interior de las viviendas de nueva construcci3n. Garantiza una movilidad m3nima en el interior de las mismas y facilita que la adaptaci3n funcional personalizada del ba3o y de la cocina (cuando sea necesaria) resulte m3s asequible econ3mica y constructivamente.

En esta misma l3nea, la Fundaci3n Salas, en su inter3s por mejorar la accesibilidad de las viviendas, en su convencimiento de que los compradores de viviendas nuevas valoran la accesibilidad como un valor a3adido (ya expresado por Fernando Alonso L3pez en 1999 en su trabajo "*Beneficios de*

renunciar a las barreras: Análisis económico de la demanda de accesibilidad arquitectónica en las viviendas)⁴⁷ y en su voluntad de comprometer a los agentes promotores de viviendas, ha seguido avanzando en propuestas para mejorar la accesibilidad de los nuevos edificios de viviendas, especialmente en referencia al interior de las mismas.

Todo ello se concreta en una propuesta de “sello de calidad” que se podría otorgar a las viviendas que cumplieran con unos requisitos de accesibilidad complementarios a los estrictamente normativos. Esta iniciativa se enmarca en lo que determina la “*ley 13/2014 de accesibilidad*” de la Generalitat de Catalunya que establece en su “*artículo 55- Distintivo de calidad*” que “*El gobierno ha de crear un distintivo o sello de calidad para identificar y reconocer los establecimientos, espacios o municipios que consigan condiciones de accesibilidad notables, más allá de los requerimientos normativos, en referencia a la supresión de las barreras a la accesibilidad...*”.

Los requisitos para obtener el “sello de calidad” se estructuran en “check lists”:

- Para cada uno de los elementos de los itinerarios: recorridos interiores y exteriores, puertas y carpintería exterior e interior, pavimentos, aparatos elevadores –en caso de viviendas en más de un nivel– y desniveles interiores.

47 Estimar los beneficios sociales de construir sin barreras siempre ha requerido soluciones indirectas como calcular el ahorro en servicios sociales, hospitalizaciones o adaptaciones, por el incremento de la accesibilidad. Este trabajo de investigación, presenta la primera valoración directa de los beneficios de la construcción de viviendas sin barreras. Se basa en un método de valoración de bienes públicos, utilizando encuestas, denominado “Contingent Valuation Method”. Al comparar dos viviendas similares que se diferencian tan solo en cuanto a sus condiciones de accesibilidad, los 1.100 usuarios encuestados aleatoriamente respondieron que pagarían un 12,5% más de media por un piso sin barreras. Todo ello confirma el provecho social de construir sin barreras. También indica la dimensión potencial que podría tener el mercado privado para aquellos promotores que quisieran atender esta demanda.

- Para cada uno de los elementos de uso:
 - » De las diferentes instalaciones: electricidad, alumbrado, comunicación, agua, climatización y gas.
 - » Otros elementos de uso: puertas, ventanas, sanitarios, muebles de cocina y elementos varios de mobiliario.

Se han elaborado, de forma específica e independiente, tanto para los espacios comunitarios como para los privados, con tres niveles de exigencia:

- **Condiciones normativas:** Aquellas que exigen los diferentes textos aplicables (CTE, leyes y decretos autonómicos, normativas de habitabilidad, etc.) Se recogen todas ellas para facilitar la comprobación de su cumplimiento.
- **Condiciones de mejora:** Las que se pueden incorporar sin coste añadido o con un coste muy reducido que no incide en la comercialización de la vivienda. Son condiciones vinculadas a un esfuerzo de diseño para optimizar la movilidad (compartimentación de la vivienda, ubicación de las puertas de acceso a las diferentes dependencias, etc.), de elección de materiales y mecanismos adecuados (pavimentos, grifos, interruptores, tiradores de puerta, etc.), de ubicación de dichos mecanismos de uso en situación accesible y de utilización de soluciones constructivas idóneas (por ejemplo, permitir que una bañera pueda sustituirse por una ducha a nivel del

suelo sin afectar al vecino inferior), que no tienen porque incrementar los costes.

- **Condiciones complementarias de confort y personalización:** que tienen un coste asumible aunque puede incidir ligeramente en el precio final de la vivienda. Se podrían citar, por ejemplo, el aumento en la dotación de muebles de cocina más accesibles, como son los “extraíbles” (cajones, armarios deslizantes, etc.) o prever que la instalación de agua fría y caliente en la bañera admita directamente la colocación de la grifería en la pared del lado largo (si la persona se ducha sentada pero es autónoma) o en la del lado corto (si la persona tiene que ser ayudada para la higiene personal), adaptándose así a las necesidades de cada persona.

Para obtener el “sello de calidad” hay que cumplir todas las condiciones normativas y, como mínimo, las de mejora (para el nivel básico) y las complementarias de confort y personalización (para el nivel completo).

El cuadro que se incluye a continuación sirve de guía para aplicar la metodología que se propone:

- En las filas se identifican los diferentes elementos:
 - » Que conforman los itinerarios (sombreado fuerte) y que inciden básicamente en la movilidad.
 - » De uso (en sombreado suave), bien sean de las instalaciones o de los demás objetos de uso, y que inciden en una usabilidad confortable de las dotaciones de las que dispone cada espacio.

- En las columnas los espacios:
 - » que configuran los elementos comunes
 - » los que son propios del interior de la vivienda.
- En cada una de las casillas de la matriz se indica qué “check list” hay que comprobar en cada espacio para cada uno de los elementos, sean del itinerario o bien sean de uso. Por tanto, en cada uno de los espacios de los elementos comunes o del interior de la vivienda, habrá que comprobar todas las “check lists” de la columna correspondiente.

Tabla 4. Cuadro guía de “check lists” a aplicar a todos los elementos de cada espacio

Espacio del itinerario	Elementos comunes							Interior de la vivienda				
	Espacios acceso a la vivienda	Aparcamientos	Trasteros /Tendereros	Otros (jardín, piscina, etc.)	Zonas de paso	Baños	Cocina y lavadero	Terrazas y balcones	Sala comedor	Dormitorios	Otros	
Movilidad/Vertical y Horizontal	1. recorrido exterior	1	1	1								
	2. recorrido interior	2	2	2		2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	
	3. puertas	3.1; 3.2; 3.3; 3.4	3.4	3.2; 3.4	3.3	3	3	3		3		
	4. pavimentos	4.1; 4.2	4.1	4.1	4.1; 4.2		4	4				
	5. aparatos elevadores	5.1	5.1	5.1						5		
	6. desvíes	6.1; 6.2; 6.3	6.1; 6.2; 6.3	6.1; 6.2; 6.3	6.1; 6.2; 6.3	6.1; 6.2; 6.3		6.3	6.1; 6.2; 6.3	6.1; 6.2; 6.3		
	7. otros (pasamanos, barandillas, etc.)	7.1; 7.2	7.1; 7.2		7.1; 7.2							
Espacio de uso	Elementos comunes							Interior de la vivienda				
	Espacios acceso a la vivienda	Aparcamientos	Trasteros /Tendereros	Otros (jardín, piscina, etc.)	Zonas de paso	Baños	Cocina y lavadero	Terrazas y balcones	Sala comedor	Dormitorios	Otros	
Usabilidad /Instalaciones/Diseño y ubicación	A. Instalación eléctrica	A.1	A.1	A.1; A.2	A.1	A.2	A.1	A.1	A.1	A.1	A.1	
	B. Instalación alímbro	B.1	B.1	B.1	B.1		B.2	B.2				
	C. Instalación comunicación	C.1				C.1		C.2		C.2		
	D. Instalación agua			D.1; D.2	D.2	D.1	D.1	D.1	D.2			
	E. Instalación calefacción + ACS					E.3	E.1; E.3			E.2; E.3		
	F. Instalación aire acondicionado									F.1		
	G. Instalación gas					G.1	G.1					
	H. Instalación otras											

Finalmente, se incluyen a modo de ejemplo las siguientes “check lists”:

- La correspondiente a las condiciones de los pavimentos en espacios privativos de la vivienda (“check list” 4).
- Las que se refieren a las condiciones de los aparatos sanitarios del baño (“check lists” J.1, J.2, J.3, J.4 y J.5).

Éstas son de aplicación en las casillas de la matriz recuadradas en negro y con sombreado suave.

Tabla 5. Ejemplos de “check lists” a aplicar a un elemento de un espacio determinado

“Check list”: Interior de la vivienda/4. Pavimentos
Condiciones normativas
No hay para el uso vivienda
Condiciones de mejora
Baños
Antideslizantes clase 2 según DB-SUA 1.
De color contrastado respecto a los parámetros verticales y elementos circundantes
Cocina
Antideslizantes clase 2 según DB-SUA 1.
De color contrastado respecto a los parámetros verticales y elementos circundantes
Terrazas y balcones
Antideslizantes clase 2 según DB-SUA 1.
De color contrastado respecto a los parámetros verticales y elementos circundantes
Condiciones complementarias de confort y de personalización
Terrazas y balcones
Antideslizantes clase 3 según DB-SUA 1.
“Check list”: Interior de la vivienda/J. Elementos sanitarios/J.1. Lavabo
Condiciones normativas
No hay para el uso vivienda

Condiciones de mejora

Espacio libre inferior mínimo de 68 cm (altura) x 40 cm (profundidad) sin pie.

Altura de la cara superior ≤ 90 cm

Armario inferior (si lo hay) extraíble

Altura del canto inferior del espejo ≤ 90 cm

Grifo monomando (modelo que admita palanca alargada de tipo gerontológico)

Altura enchufe accesorio ≤ 140 cm

Condiciones complementarias de confort y de personalización

Grifo automático dotado de un sistema de detección de presencia

“Check list”: Interior de la vivienda/J. Elementos sanitarios/J.2. Inodoro

Condiciones normativas

No hay para el uso vivienda

Condiciones de mejora

Espacio de transferencia lateral de anchura ≥ 80 cm, que puede ser ocupado por la bañera/ducha o bien por el bidet

Condiciones complementarias de confort y de personalización

Altura del asiento ≥ 40 cm

“Check list”: Interior de la vivienda/J. Elementos sanitarios/J.3. Ducha

Condiciones normativas

No hay para el uso vivienda

Condiciones de mejora

Grifo monomando o termostático de fácil manejo con una mano. Altura ≤ 120 cm.

Admite directamente la sustitución por una ducha enrasada con el pavimento circundante

Condiciones complementarias de confort y de personalización

Ducha enrasada con el pavimento circundante con pendiente de evacuación $\leq 2\%$

Pavimento antideslizante clase 3 según DB-SUA 1

Admite directamente la colocación de los grifos en medio del lado corto o en medio del lado largo

Grifo monomando o termostático con batería empotrada

Admite directamente (por resistencia y por ausencia de instalaciones) la colocación de barras de soporte y asideros sobre dos paredes (una de ellas la paralela a la dirección de entrada), a una altura entre 70 y 120 cm

Admite directamente (por resistencia y por ausencia de instalaciones) la colocación de un asiento fijo sobre la pared perpendicular a la que contiene los grifos, en medio del recinto de la ducha y a una altura entre 45 y 50 cm

“Check list”: Interior de la vivienda/J. Elementos sanitarios/J.4. Bañera

Condiciones normativas

No hay para el uso vivienda

Condiciones de mejora

Grifo monomando o termostático de fácil manejo con una mano. Altura \leq 120 cm.

Admite directamente la sustitución por una ducha enrasada con el pavimento circundante

Condiciones complementarias de confort y de personalización

Admite directamente la colocación de los grifos en medio del lado corto o en medio del lado largo

Grifo monomando o termostático con batería empotrada

Admite directamente (por resistencia y por ausencia de instalaciones) la colocación de barras de soporte y asideros sobre dos paredes (una de ellas la paralela a la dirección de entrada), a una altura entre 70 y 120 cm

Admite directamente (por resistencia y por ausencia de instalaciones) la colocación de un asiento fijo sobre la pared perpendicular a la que contiene los grifos, en medio del recinto de la ducha y a una altura entre 45 y 50 cm

“Check list”: Interior de la vivienda/J. Elementos sanitarios/J.4. Bañera

Condiciones normativas

No hay para el uso vivienda

Condiciones de mejora

Grifo monomando o termostático de fácil manejo con una mano. Altura \leq 120 cm.

Admite directamente la sustitución por una ducha enrasada con el pavimento circundante

Condiciones complementarias de confort y de personalización

Admite directamente la colocación de los grifos en medio del lado corto o en medio del lado largo

Grifo monomando o termostático con batería empotrada

Admite directamente (por resistencia y por ausencia de instalaciones) la colocación de barras de soporte y asideros sobre dos paredes (una de ellas la paralela a la dirección de entrada), a una altura entre 70 y 120 cm

Admite directamente (por resistencia y por ausencia de instalaciones) la colocación de un asiento fijo sobre la pared perpendicular a la que contiene los grifos, en medio del recinto de la ducha y a una altura entre 45 y 50 cm

“Check list”: Interior de la vivienda/J. Elementos sanitarios/J.5. Accesorios (jabonera, portarrollos, toallero, etc.)

Condiciones normativas

No hay para el uso vivienda

Condiciones de mejora

Están situados a una altura comprendida entre 70 y 120 cm.

Tienen contraste cromático respecto del entorno.

Son de fácil utilización con una mano

Condiciones complementarias de confort y de personalización

Las mismas que la de mejora

En definitiva, es mucho lo que queda por hacer, y muy poco lo que se ha hecho desde el punto de vista normativo, en referencia a la accesibilidad y la adaptación funcional del interior de las viviendas nuevas. Y urge normar al respecto si queremos evitar que la personalización del interior de estas viviendas sea costosa en el futuro.

Viviendas existentes

Según datos del Ministerio de Fomento nuestro país dispone de más de 26 millones de viviendas actualmente, mientras que solo se han construido 75.000 nuevas viviendas durante el año 2017. Es decir, las políticas públicas deben dirigirse hacia la rehabilitación y adaptación funcional del parque existente, y más teniendo en cuenta que hoy día tenemos tasas de crecimiento demográfico próximas a cero.

A. Elementos comunes en edificios de viviendas existentes

Durante muchos años (desde los años 40 del siglo pasado hasta la crisis del sector de la construcción en el año 2.007) las políticas públicas se dirigieron a fomentar la adquisición

de viviendas nuevas mientras que la rehabilitación de las existentes tenía un carácter meramente anecdótico. Esta tendencia se trunca, afortunadamente, el año 2013 con las normativas que se comentan a continuación.

La solución de los problemas de accesibilidad en los elementos comunes de la edificación pasa por actuaciones planificadas e integradas en el proceso de mantenimiento y rehabilitación del edificio, más allá de las actuaciones puntuales cuando se presenta una necesidad; la accesibilidad es un valor añadido para el edificio y sus habitantes. Así lo recogen las normativas sobre rehabilitación edificatoria y regeneración y renovación urbanas:

- Ley 8/2013, de 26 de junio, de rehabilitación, regeneración y renovación urbanas.
- Real Decreto 233/2013, de 5 de abril, por el que se regula el Plan Estatal de fomento del alquiler de viviendas, la rehabilitación edificatoria, y la regeneración y renovación urbanas, 2013-2016.

Estas normas entienden la accesibilidad de los elementos comunes de la edificación como uno de los objetivos principales a conseguir en la rehabilitación edificatoria, concretándolo, básicamente, en los siguientes puntos:

- Estructurando el Informe de Evaluación del edificio (IEE), que es el documento obligatorio que deben tener todos los edificios de más de 50 años de antigüedad, en tres capítulos: estado de conservación general, eficiencia energética y accesibilidad, evaluando los ajustes razonables en esta materia que admite el edificio.

- Primando económicamente las actuaciones de accesibilidad respecto del resto. El Plan Estatal de la Vivienda 2018-2021 establece una ayuda máxima de 8.000€⁴⁸ por vivienda no pudiendo superar el 40% de la inversión, aunque si se trata de colocar ascensor o medidas para la accesibilidad universal esa ayuda puede llegar hasta el 75% de dicha inversión.
- Eliminando trabas legales y administrativas para que las comunidades de propietarios puedan acometer este tipo de obras.

Sintetizando y en referencia a la mejora de la accesibilidad en los elementos comunes de la edificación, se han desarrollado los cuatro aspectos principales, enunciados en el capítulo anterior al analizar el marco europeo, que permiten avanzar en la dirección adecuada:

- Una voluntad política que se recoge en la ley 8/2013 de rehabilitación, regeneración y renovación urbanas.
- Una metodología de evaluación y análisis de las deficiencias que presenta cada edificio (a través del IEE).
- Una logística operativa y una dotación económica para implementar los programas, que se incluyen en el Real Decreto 233/2013, de 5 de abril, por el que se regula el Plan Estatal de fomento del alquiler de viviendas, la rehabilitación edificatoria, y la regeneración y renovación urbanas
- Una evaluación de los resultados y reformulación de estrategias, además de las dotaciones económicas para

⁴⁸ Las ayudas se solicitan, tramitan y conceden a través de las Comunidades Autónomas y, en determinados casos, a través de Corporaciones Locales.

el nuevo período, que se incorporan en el nuevo Plan Estatal de la Vivienda 2018-2021

No así para los espacios privativos del interior de la vivienda. El Plan Estatal de la Vivienda 2018-2021 solo aborda tangencialmente este aspecto. En el preámbulo, donde se fijan los objetivos del Real Decreto, ni se menciona la adaptación del interior de las viviendas y, en el extenso articulado, aparecen de forma puntual algunas referencias al respecto, añadidas tardíamente ya que no aparecen en borradores anteriores. En concreto, cuando establece las “*actuaciones subvencionables*” indica que lo serán, entre otras, “*Cualquier intervención que facilite la accesibilidad universal en los espacios del interior de las viviendas... así como en las vías de evacuación de las mismas. Se incluyen obras dirigidas a la ampliación de espacios de circulación dentro de la vivienda que cumplan con las condiciones del Código Técnico de la Edificación (CTE) en lo referido a vivienda accesible, así como para mejorar las condiciones de accesibilidad en baños y cocinas*”. Por tanto, se refiere a facilitar la accesibilidad universal aplicando la normativa del CTE, pero no aborda la adaptación personalizada de la vivienda.

B. Interior de las viviendas existentes

Esta decidida y estructurada política en referencia a los elementos comunes de la edificación, se nota a faltar para la adaptación funcional personalizada de las viviendas existentes.

Ya lo apuntaba Fernando Alonso López en un extenso, documentado y lúcido trabajo de investigación “*Adaptación de la*

vivienda en la población dependiente: necesidades, programas, casos” publicado por la Fundación Salas en 2008. En la primera frase de la introducción decía textualmente:

“Este trabajo aborda un tema escasamente estudiado hasta el momento y poco conocido, pero probablemente destinado a tener un gran crecimiento en el marco de los servicios sociales y la rehabilitación de edificios durante los próximos años: las adaptaciones de la vivienda de las personas mayores y discapacitadas para facilitar su permanencia y la calidad de vida en el hogar”.

Desgraciadamente no se han cumplido sus anhelos y el tema sigue sin ser abordado en profundidad.

Este trabajo, que ya tiene diez años de antigüedad es, sin duda, un referente en el estudio del tema. Plantea, en primer lugar, cuáles son las necesidades de las personas con limitaciones funcionales y sus prioridades en la adaptación de la vivienda, propone una metodología, ya comentada anteriormente, para el estudio de las limitaciones funcionales (método “enabler”), analiza las condiciones residenciales de la población mayor de 65 años y expone algunas experiencias internacionales al respecto. Describe y analiza, a continuación, los programas de ayudas para la adaptación funcional de la vivienda, su ejecución y los principales agentes que intervienen en el proceso, destacando por su interés, el resultado de la encuesta a 56 terapeutas ocupacionales especializados en la materia. Continúa con el estudio de casos, planteando alternativas de soluciones y análisis de costes, para finalizar con una serie de conclusiones, donde pone énfasis en las carencias y limitaciones de los programas actuales implementados por comunidades autónomas y

corporaciones locales, y un conjunto de propuestas de gran interés sobre criterios y protocolos de intervención, organización y estudios.

Estado de la cuestión

Entretanto, ¿cuál sería el estado de la cuestión en nuestro país en referencia a los cuatro aspectos enunciados en el capítulo anterior al analizar el marco europeo?

a. Toma de conciencia social y política

Hasta la fecha no se ha publicado ninguna norma legislativa a nivel estatal en la que se aborde el tema con un mínimo de consistencia, lo que demuestra que aún no ha alcanzado la suficiente entidad social y política.

En referencia a la toma de conciencia social el IMSERO, el CEAPAT y otras entidades públicas y privadas, han organizado jornadas al respecto bien sea dedicadas exclusivamente a la mejora funcional de las viviendas o incluyendo este tema en contextos más amplios.

También existen documentos de intencionalidad política, entre los que destaca el que promovido por el IMSERSO ha elaborado una comisión del Consejo Estatal de las Personas Mayores. Se denomina "*Proyecto de Estrategia Nacional de Personas Mayores para un Envejecimiento Activo y para su Buen Trato 2018-2021*" y fue aprobado por el Pleno del Consejo Estatal de las Personas Mayores el 30/11/2017.

Se estructura en cinco líneas de actuación con objetivos específicos. La cuarta de ellas, relativa a la "*promoción de la vida saludable e independiente, en entornos adecuados y seguros*" establece cinco objetivos básicos, el segundo de

los cuales es “*promover alojamiento y servicios adaptados*” a través de cinco medidas concretas, de las que me permito transcribir textualmente la segunda:

Medida 4.2.2. Por lo que se refiere a la atención social de las personas mayores en sus propias viviendas, con el fin de que puedan mantenerse el mayor tiempo posible en su medio habitual de vida, convendría tomar las siguientes medidas:

a. Habilitar líneas de subvención para el arreglo de aquellas viviendas que, por sus condiciones de deterioro, falta de seguridad, necesidad de sustituir las instalaciones eléctricas, de agua, gas, ausencia de ascensor, existencia de barreras arquitectónicas y causas similares, deban ser acondicionadas para un mejor disfrute de ellas por las personas mayores.

Establecer protocolos específicos que contemplen con carácter prioritario las adecuaciones en accesibilidad para circunstancias sobrevenidas a causa de accidentes o enfermedades que producen dependencia.

b. Impulsar ayudas de vivienda para las personas mayores, prestando especial atención a las que viven solas, a través de subsidios de alquiler, iniciativas de viviendas en cooperativas y similares.

c. Las administraciones públicas deben de atender las situaciones de mayor vulnerabilidad de las personas mayores que se hayan visto privadas de su vivienda habitual.

d. Fomentar la construcción y/o conversión de edificios con viviendas tuteladas, así como, investigar en nuevos modelos de vivienda que den respuesta a sus necesidades y pueda participar activamente en la sociedad.

e. Promover la integración, en un solo servicio conjunto, de los servicios de ayuda a domicilio a las personas mayores y de teleasistencia que en la actualidad se vienen desarrollando.

f. Proporcionar el servicio de teleasistencia para todas las personas de mayor edad que viven solas y, en general, a las que presentan más vulnerabilidad.

g. Estudiar las soluciones técnicas sobre la posible extensión

del servicio de teleasistencia a otras situaciones complementarias de la telealarma que pueden ser útiles para la persona mayor.

Tan solo el apartado a) se acerca a la necesidad de la adaptación funcional de las viviendas, aunque se limita a la dotación presupuestaria “*habilitar líneas de subvención para el arreglo de viviendas...*”, sin mencionar la necesidad de programas específicos, estructurados convenientemente y dotados de metodologías y protocolos adecuados, que reserva tan solo para “*...circunstancias sobrevenidas a causa de accidentes o enfermedades que producen dependencia*”. No parece que este documento refleje la importancia de la adaptación funcional de la vivienda como uno de los pilares básicos para que las personas mayores puedan mantenerse el mayor tiempo posible en su medio habitual.

b. Metodología de evaluación y análisis de las necesidades de las personas

Sin una política concreta difícilmente las administraciones públicas pueden disponer de una metodología adecuada que permita evaluar necesidades, establecer protocolos, racionalizar actuaciones y analizar los resultados obtenidos. Tan solo en el suministro de productos de apoyo se detectan criterios pautados y una cierta sistematización, de la que adolecen las adaptaciones que requieren obras.

Sí que han desarrollado metodologías, sencillas pero específicas, La Diputación y el Ayuntamiento de Barcelona en los programas de adaptación de viviendas para personas mayores que se comentan en el punto siguiente.

c. Logística operativa y dotación económica para implementar los programas

Ciertamente las comunidades autónomas y determinados municipios tienen programas específicos para la adaptación del interior de las viviendas, pero se observan disfuncionalidades, entre las que se pueden apuntar:

- Servicios insuficientemente dotados, que están desbordados por la cantidad de casos a atender, y excesivamente centralizados.
- Escasa dotación económica y lentitud en la gestión.
- Muchos de ellos se dirigen a personas con discapacidad pero no a personas mayores.
- Se limitan a financiar un porcentaje de la obra realizada una vez comprobada su ejecución y a un cierto asesoramiento previo (no en todos los casos).
- Falta de protocolos y formularios de valoración específicamente diseñados para integrar las valoraciones de los distintos técnicos que puedan intervenir.
- Falta de información sobre la existencia de los propios programas.

En este contexto conviene hacer mención de los programas específicos de adaptación de viviendas para personas mayores que tienen implementados la Diputación de Barcelona (*“Programa de adaptación de viviendas de las personas mayores de la provincia de Barcelona”*) desde el año 2.009 y el Ayuntamiento de Barcelona (*“Adaptación funcional de la vivienda de las personas mayores con dependencia y/o discapacidad”*) desde el año 2.011. Tienen objetivos muy

similares aunque el de la Diputación se centra más en adaptaciones con obras (95 %), teniendo en cuenta que los Ayuntamientos disponen de programas específicos de suministro de productos de apoyo, mientras que el del Ayuntamiento lleva a cabo un porcentaje considerable de actuaciones de suministro de productos de apoyo exclusivamente (70 %), frente a un número reducido que incluyen obras (30 %). Los objetivos del programa de la Diputación se concretan en:

- Facilitar reformas básicas en la vivienda de las personas mayores más vulnerables, a partir de reparaciones y pequeñas obras no estructurales e instalación de productos de apoyo, para garantizar las condiciones de accesibilidad, seguridad, higiene y habitabilidad.

Las principales características diferenciales de estos programas son:

- Se configuran como específicos para la adaptación funcional personalizada de viviendas de personas mayores.
- Las actuaciones las prescribe un equipo interdisciplinar (con la participación del solicitante) formado por un trabajador sociosanitario (fisioterapeuta o terapeuta ocupacional) y un técnico en construcción (arquitecto o arquitecto técnico), apoyados por un trabajador social, que se desplazan al domicilio del solicitante.
- Las obras las llevan a cabo empresas constructoras contratadas por la Administración, con lo que el solicitante no debe preocuparse por ningún trámite (presupuesto de contratista, licencia de obras, etc.).
- El proceso no dura más de tres meses desde que se

produce la visita domiciliaria de prescripción hasta que el arquitecto realiza la visita final de comprobación y conformación de las actuaciones.

- Se utiliza una metodología específica, elaborada por un equipo multidisciplinar y basada en la experiencia de actuaciones anteriores, que se puede consultar en el artículo *“Rehabilitación/Accesibilidad en el parque de viviendas, La adaptación funcional de la vivienda”* (García-Milá 2.015), incluido en el libro *“Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia”*, editado por la Fundación Pilares. La evaluación y análisis de las necesidades se realiza en base al método “enabler” y el proceso para determinar las actuaciones a llevar a cabo se sustenta en cuatro puntos:
 - » Determinar los lugares de la vivienda en los que se presentan dificultades.
 - » Identificar las actividades susceptibles de mejora funcional en cada lugar.
 - » Definir el tipo de actuación constructiva para mejorar cada actividad.
 - » Elaborar un conjunto de partidas de obra específicas del programa, incorporando las necesidades funcionales de las personas mayores, que permita concretar constructivamente y valorar económicamente cada actuación de adaptación funcional personalizada que se proponga.
- Se dispone de una aplicación informática específica que permite gestionar todo el proceso y controlar su ejecución,

a la vez que genera una base de datos para poder evaluar el proyecto al final de cada convocatoria.

Los datos más significativos del programa de la Diputación de Barcelona son:

- Se han llevado a cabo 3 ediciones completas (2009-2010, 2011-2012, 2014-2015) y está en desarrollo la correspondiente a los años 2016-2018, con un total de más de 5.000 adaptaciones funcionales ejecutadas por un importe medio próximo a los 1.500 € por vivienda.
- Las intervenciones se polarizan en el baño en un 87,9% de los casos, mientras el 2,7% son en la cocina y el 9,5% restante en otros espacios de la vivienda. Las actuaciones (puede haber más de una por vivienda) más recurrentes en el baño son el cambio de bañera por ducha que se ha llevado a cabo en el 81% de los hogares, la eliminación del bidet (19,76%), la adaptación del inodoro que generalmente consiste en la instalación de alza váter y barras de apoyo (19,3%) y la sustitución del inodoro (8,4%). En referencia a la cocina, se ha sustituido la cocina de gas por otra más segura en el 2,7% de los casos y se han cambiado los grifos del fregadero en el 1,7% de las ocasiones. En cuanto al resto de espacios, las actuaciones más habituales han sido la ampliación de la anchura de alguna puerta (4,6%), el cambio de giro de la puerta del baño (2,7%), la eliminación de un peldaño (2,5%) y la sustitución o instalación de calentador de agua (1,8%).
- El perfil de los beneficiarios también aporta datos de interés. El 70% son mujeres, el grueso se sitúa entre 75 y 85

años (51 %), viven solos un 43,4 %, son independientes con dificultades o parcialmente dependientes un 82,03 % mientras que son minoría los independientes sin dificultades (3,12 %) y los totalmente dependientes (14,85 %), y el 81,55 % son propietarios de la vivienda que habitan.

- En cuanto a la satisfacción con el programa un 97,44 % manifiesta que la intervención le ha servido para ser más autónomo en casa y un 97,27 % indica que ésta no le ha generado molestias, mientras que la valoración sobre las actuaciones realizadas se puntúa con un 4,80 (sobre 5) y la correspondiente a la atención recibida con un 4,91.

d. Evaluación de los resultados obtenidos y reformulación de las estrategias implementadas

En la mayoría de los programas existentes, la falta de homogeneidad, la dispersión en los objetivos y beneficiarios y la escasez de datos, entre otros motivos, dificultan la evaluación de los resultados obtenidos y la reformulación de estrategias y trae, como consecuencia, que no se disponga de una base sólida para estas tareas.

De hecho, el trabajo de investigación de Fernando Alonso López, ya citado anteriormente, plantea en su capítulo final una serie de propuestas concretas que siguen vigentes, prácticamente en su totalidad, diez años después. Se resaltan aquellas que pueden tener un mayor interés:

- Tender a una armonización de lenguaje, metodologías de intervención y programas entre las distintas Instancias territoriales (autonómicas y locales) puede favorecer la eficiencia y funcionalidad del sistema y el intercambio de

experiencias permitiría optimizar los programas y mejorar la calidad de las prestaciones.

- Promover la vinculación de las ayudas de adaptación funcional de la vivienda con las de supresión de barreras en elementos comunes así como la rehabilitación de edificios con la accesibilidad. Complementariamente, las necesidades y la creciente expectativa de adaptación funcional y mejora de accesibilidad en la vivienda va a requerir unos niveles de inversión importantes que se repartirán entre las áreas de vivienda, política social, e incluso sanidad (ayudas técnicas), de las distintas administraciones.
- Evitar el efecto frontera “65 años” que en ocasiones determina la posibilidad de acceder o no a ayudas según circunstancias ajenas a la necesidad. Además, como muestran los datos de accidentalidad en domicilio, la adaptación funcional es una necesidad preventiva que se debe atender.
- Aumentar el tope máximo de las ayuda para casos en los que las necesidades de adaptación son muy elevadas.
- Es necesaria una mayor conexión y coordinación de los programas de ayudas existentes para mejorar la asignación de funciones y roles profesionales. Posibilidad de incorporar un “gestor de casos” como figura que podría hacer el seguimiento y gestión de necesidades, formación para el uso de las mejoras y tecnologías de accesibilidad incorporadas y asesoramiento familiar.
- Toda adaptación funcional debe ir precedida por una valoración realizada por técnicos adecuados. La configuración

de equipos multidisciplinares (trabajador social, terapeuta ocupacional, técnico en edificación, ...) de intervención es la mejor fórmula para asegurar los resultados y la coordinación con las actividades de atención domiciliaria.

- Las soluciones han de ser individualizadas pero los terapeutas ocupacionales y otros técnicos de valoración deberían disponer de protocolos y criterios de intervención y recogida de datos.
- El establecimiento de una red coordinada de servicios de asesoramiento sobre adaptación de la vivienda sería un gran paso para favorecer el envejecimiento en el propio hogar. Además, el entrenamiento en el uso de los productos de apoyo y las adaptaciones es una necesidad que podría atenderse por esta vía.
- En la línea de conocimiento y recopilación de información convendría: estudiar a fondo todas las fuentes de financiación de ayudas, desde las distintas administraciones, entidades del tercer sector, etc.; organizar jornadas técnicas y de debate e intercambio de experiencias; estudiar los factores que pueden permitir a las personas mayores más frágiles permanecer en su hogar y el papel que la adaptación funcional puede jugar en ello.

Conclusiones

La adaptación funcional de la vivienda es un aspecto fundamental para facilitar que las personas mayores puedan seguir viviendo en su propio hogar el máximo tiempo posible.

La convicción de que hay que atender esta necesidad y, consecuentemente, implementar programas específicos al respecto, no está suficientemente afianzada en nuestro país, cuando los estados más avanzados de Europa en el campo social llevan ya 20 años haciéndolo.

Los programas que actualmente atienden estas necesidades, desde el ámbito autonómico o local, son poco eficaces ya que están infradotados económicamente, la gestión es lenta y compleja, se limitan habitualmente a financiar la obra realizada, faltan protocolos de valoración específicos y son poco conocidos por la población.

Avanzar firmemente en este campo requiere:

- La toma de conciencia social y política de la importancia del tema, como hizo el parlamento sueco en 1998.
- Disponer de una metodología de evaluación y análisis de las necesidades de las personas de forma individualizada como, por ejemplo, el método “enabler” (capacitador).
- Implementar programas específicos con una logística operativa adecuada y con una dotación económica suficiente, como tienen en Suecia o Gran Bretaña y como apuntan los programas de la Diputación y del Ayuntamiento de Barcelona.
- Evaluar los resultados obtenidos y reformular las estrategias implementadas hasta la fecha en los programas de ámbito autonómico o local vigentes.

Y todo ello resulta necesario y urgente.

Referencias bibliográficas

Alonso López, Fernando (2008), *Adaptación de la vivienda en la población dependiente*. Fundación Salas.

- Alonso López, Fernando (2018), *Comportamiento adaptativo de la personas con limitación funcional: La adaptación funcional de la vivienda en España*. Artículo REGG-d-17-0086.
- Boulmier, Muriel (2010), *Adaptabilité du logement au vieillissement de la population :des propositions concrètes pour répondre à ce défi majeur*. Comunicado de Prensa.
- Dahlin-Ivanoff, Synneve; Nygren, Carita; Iwarsson, Susanne (2004), *ENABLE-AGE Update Review. National Report Sweden*. The ENABLE-AGE project, European Commission.
- Ewart, Ian J. & Harty, Chris (2015), *Provision of Disability Adaptations to the Home: Analysis of Household Survey Data*. School of Construction Management and Engineering, University of Reading. UK.
- Fänge, Agneta; Iwarsson, Susanne (2005), *Changes in Accessibility and Usability in Housing: an Exploration of the Housing Adaptation Process*. Publicado en About Wiley Online Library.
- Home Adaptation Consortium (2013), *Home Adaptations for Disabled People. A Detailed Guide to Related Legislation, Guidance and Good Practice*. Care & Repair England.
- Knudstrup, Mary-Ann *et al.* (2012), *Innovaciones en residencias para personas en situación de dependencia*. Diseño arquitectónico y modelo de atención. Fundación Pilares y Fundación Caser.
- Lindström, Astrid *et al.* (2015), *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Fundación Pilares y Fundación Caser.

Mackintosh, Sheila & Leather, Philip (2016), *The Disabled Facilities Grant Before and after the introduction of the Better Care Fund*. Publicado en la revista Foundations.

Malmgren Fänge, Agneta; Lindberg, Katarina; Iwarsson, Susanne (2013), *Housing Adaptations from the Perspectives of Swedish Occupational Therapists*. Artículo publicado en Scandinavian Journal of Occupational Therapy.

Pettersson, Cecilia; Slaug, Björn; Granbom, Marianne; Kylberg, Marianne; Iwarsson, Susanne (2017), *Housing Accessibility for Senior Citizens in Sweden: Estimation of the Effects of Targeted Elimination of Environmental Barriers*, publicado en Scandinavian Journal of Occupational Therapy, DOI: 10.1080/11038128.2017.1280078

Slaug B.; Pettersson C.; Granbom M.; Kylberg M.; Iwarsson S. (2017), *The Swedish System for Housing Adaptations: Projections for the Future by Simulates*. Publicado en Innovation in Aging, Volume 1, Issue suppl_1, Page 1035.

Slaug, Björn; Chiatti, Carlos; Oswald, Frank; Kaspar, Roman; Schmidt, Steven M. (2017), *Improved Housing Accessibility for Older People in Sweden and Germany: Short Terms Costs and Long Term Gains*. Publicado en International Journal of Environmental Research and Public Health.



Colección
Papeles de la Fundación

Espacios saludables para las personas con enfermedad de Alzheimer

*por María del Carmen Martínez-Quesada,
Doctora Arquitecta. Universidad de Sevilla
y Marina Domínguez Velasco,
Graduada en Arquitectura. Universidad de Sevilla*

Introducción

Ante lo que comienza a ser considerado como la epidemia del siglo XXI –la enfermedad del Alzheimer, la cual produce un deterioro cognitivo, al que normalmente se une la pérdida de actividad y autonomía propias del envejecimiento–, se hace necesario dar respuestas desde otras perspectivas que contribuyan, como los tratamientos no farmacológicos, a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y a facilitar el desarrollo de las actividades cotidianas mediante una estimulación de las capacidades cognitivas y funcionales, mientras esto sea posible. Y si lo propuesto es efectivo, ¿sería viable pensar que es posible retrasar el avance del deterioro producido por la enfermedad?... Ese es ya suficiente motivo para abrir y especular sobre nuevas vías.

En estudios realizados⁴⁹, se observa que las expectativas sobre quién debería ser el cuidador principal en el caso de sufrir Alzheimer recaen principalmente en el entorno familiar, y fundamentalmente en el cónyuge. Por otra parte, parece sensato pensar que al paciente le resulta mucho más fácil desenvolverse en su propio entorno –en el que pueden corregirse algunos de los síntomas sufridos, como la desorientación–, que en otro que le resulta a priori desconocido. En su casa se encuentra seguro y con una mayor autonomía personal, por lo que ésta se convierte en un lugar en el que poder estimular o mantener más fácilmente, con las adaptaciones necesarias, las capacidades del paciente en cada etapa, y evitar así la desconexión facilitando las relaciones sociales, y todo ello minimizando el nivel de estrés sufrido.

Además, el gasto sanitario mundial ascenderá a 2 billones de USD en 2030⁵⁰, sin contabilizar el incremento producido por los cuidados y la atención en el ámbito familiar, por lo que la optimización de recursos y la generación de estrategias que reduzcan dicho coste se convierte en un fin prioritario para la administración pública y los servicios sanitarios. Siendo una de las posibles vías, la descentralización de los cuidados mediante el desarrollo y planificación de atenciones especializadas en los propios domicilios a través de la e-salud y de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, TIC, ya empleadas en el entorno de la salud, que pasarían a convertirse en herramientas paliativas de los efectos de la enfermedad para pacientes y familiares/cuidadores en las propias viviendas.

49 Estudio sobre la enfermedad de Alzheimer en cinco países. CEAFA, Alzheimer Europe, Harvard School of Public Health.

50 Prince, M., et al. (2015). "Informe mundial sobre el Alzheimer. Las consecuencias de la demencia análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias". *Alzheimer's Disease International (ADI)*, Londres.

Por todo ello parece oportuno centrar esfuerzos en alcanzar resultados que permitan proyectar viviendas destinadas a estos pacientes desde la determinación de pautas y elementos proyectuales necesarios para diseñar y proyectar espacios que respondan a las nuevas demandas y necesidades de este colectivo concreto, cada vez más numeroso.

La cuestión está en indagar sobre la forma y características de los espacios domésticos habitados por estas personas, para que se configuren como estimuladores emocionales, sensoriales y cognitivos, con el objetivo de encontrar soluciones prácticas que mejoren su calidad de vida. Habrá que tener en cuenta, asimismo, en cada fase de la enfermedad, la integración de las nuevas tecnologías emergentes en la edificación, por medio del *Ambient Assisted Living* o entorno asistido.

Uno de los problemas con el que se encuentra la construcción de la vivienda necesaria, es el cambio que la enfermedad produce a lo largo del tiempo, lo cual hace que los requerimientos realizados al entorno doméstico sean diferentes en cada una de las etapas, y por tanto que éste tenga que ser adaptable a las variables condiciones de los usuarios. Además, debe permitir aplicar la Orientación a la Realidad OR 24 horas, en aquellos aspectos en que sea posible, para ayudar a superar la confusión y la desorientación provocadas por la enfermedad mediante la estimulación de un entorno amigable que le ayude a reaprender y a realizar actividades a lo largo del día aportándole constantemente información.

Otro de los condicionantes es cuidar no solo del bienestar físico-psíquico del enfermo sino también de los cuidadores, a los que es necesario ayudar a paliar los posibles efectos negativos

que el desgaste físico y emocional les puede producir. La vivienda también tiene que cuidar del cuidador.

Pero los ejemplos que existen en el mercado están muy lejos de poder adecuarse a las distintas fases de un potencial usuario diagnosticado de Alzheimer. Se trata de una vivienda en la que la accesibilidad desarrollada no es adaptativa, los espacios son pequeños, existe una compartimentación excesiva y rígida, existe una dificultad en la adaptación de los espacios, y por tanto de la progresividad espacial, tampoco hay una progresividad técnica que haga posible la incorporación de nuevas tecnologías y, lo que es más importante, que se permita cualquier distribución posterior mediante sistemas lo suficientemente flexibles y variados que respondan a las necesidades de los ocupantes. En cuanto a este punto sería deseable una desafectación de las instalaciones, pues se abrirían nuevas vías al poder tratar la cuestión de los elementos técnicos de forma independiente de lo programático lo que facilitaría un diseño más flexible y duradero.

Desde los organismos y asociaciones que buscan soluciones para afrontar la enfermedad, las recomendaciones que normalmente se dan a la hora de plantear la necesidad de adaptar la vivienda son de carácter restrictivo: eliminar y reducir muebles, cerrar habitaciones, evitar alfombras, guardar productos nocivos y objetos punzantes, reemplazar revestimientos en paredes y suelos, vigilar, bloquear,...; o bien de superposición o adición: colocar carteles con notas e indicaciones, señalar puertas, instalar calendarios o relojes, cubrir elementos... Y aunque siempre subyace la necesidad de aportar seguridad, asegurar una iluminación adecuada, que además reduzca la desorientación, facilitar

la accesibilidad –esto por normativa–, y fomentar un ambiente familiar personalizado con identidad propia, cuestiones que podrían acercarse más a argumentos de partida para plantear el diseño de la vivienda necesaria, cuando se desarrolla cada uno de los espacios que la componen, las cuestiones que se tratan solo afectan a las primeras expuestas: las restrictivas o de superposición, pero no a la propia consideración y diseño global de la vivienda.

Y, partiendo de que todos esos requerimientos y recomendaciones –con los que se podría realizar un protocolo de inspección de la vivienda con el que chequear la seguridad del hogar– son necesarios, había que pedir otras cuestiones que sumaran y ayudaran, no solo a mantener la seguridad, el confort estándar, y la accesibilidad, por otra parte únicas cuestiones que la normativa actual, tanto estatal como autonómica, contemplan, y solo de una forma genérica y no dirigida a la especificidad de un determinado tipo de usuarios como son los que nos ocupan, sino a establecer unas pautas de diseño espacial con las que procurar lo que se indicaba al comienzo del texto: el estimular, orientar y ubicar, y por tanto ayudar a retrasar el avance de la enfermedad, para convertir, de esta forma, a la vivienda en una herramienta imprescindible en el tratamiento y terapias a seguir.

Los resultados que se deberían buscar para la propuesta de diseño de un modelo de vivienda adaptable a las diferentes fases de la enfermedad deberían partir de:

- la determinación de la superficie/espacio mínimo para habitantes con alzhéimer, y de la relación del espacio entre cuidadores/familiares y enfermos.

- la definición de las superficies usadas y usables necesarias en función del grado de deterioro y de dependencia.
- definición de espacios agradables/espacios desagradables.
- clasificación y jerarquía de los espacios privados y los comunes. Dormitorios/Salones vs Baño/Cocina.
- la aplicación de tecnologías para control del entorno en función de los síntomas específicos que existan.
- determinación de la luz idónea para una persona con Alzheimer, su contraste e intensidad lumínica, y la importancia y medición de la luz natural vs luz artificial.
- medición de la temperatura idónea del entorno según la zona climática.

El Alzheimer **Diagnóstico de la enfermedad**

El diagnóstico de la enfermedad resulta difícil debido a que no existen factores de riesgo o exposición que conduzcan a la enfermedad más que la edad, y los síntomas de la enfermedad pueden enmascarse con síntomas propios del envejecimiento, aunque cada vez se presentan más casos a edades más tempranas. No obstante, la detección de la enfermedad es crucial para la prevención de su desarrollo.

Desde la Confederación Española de Alzheimer (CEAFA), se apoya que mientras se sigue investigando un remedio que ataje la enfermedad, adelantar el diagnóstico de la misma supondría en la práctica rebajar un porcentaje importante de los casos, ya que facilitaría un tratamiento precoz que, aun siendo paliativo, permitiría estabilizar al paciente en la fase de deterioro cognitivo leve y retrasar la evolución⁵¹.

51 Confederación Española de Alzheimer (2018). "Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer" en

El diagnóstico de la EA está evolucionando desde una anterior aproximación “*por exclusión*”⁵², a una aproximación “*por confirmación*”, donde el diagnóstico se confirma o rechaza en base a la realización de las pruebas de biomarcadores⁵³, siendo los más necesarios aquellos que permitan monitorizar los resultados de las intervenciones terapéuticas y distinguir entre intervenciones sintomáticas y modificadoras del desarrollo de la enfermedad⁵⁴. Y en un futuro próximo, se espera alcanzar nuevas vías que permitan detectar con mayor rapidez la enfermedad, para así establecer medidas preventivas que garanticen la mejor evolución posible de la misma.

Fases y Alteraciones producidas

El Alzheimer afecta a cada individuo de forma diferente y, según la persona, se manifiesta de diversas maneras y en varias etapas; las cuales resultan difíciles de catalogar debido a la falta de una clasificación oficial. Así, se pueden encontrar desde tres, cinco o hasta siete fases según los diferentes estudios o investigaciones existentes sobre la enfermedad. La Clínica Mayo, una de las instituciones médico-sanitarias más reputadas de los Estados Unidos,

Proyectos de Investigación Sociosanitaria. [Online]. Disponible en: <https://www.ceafa.es/es/que-hacemos/proyectos-de-investigacion-sociosanitaria/diagnostico-precoz-de-la-enfermedad-de-alzheimer> [Consultado el día 2 de abril de 2018]

52 Ver: FOLSTEIN et al (1979). "Mini-mental State Examination" [Online]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Mini-mental_state_examination [Consultado el día 7 de mayo]; Calatayud-NOGUERA et al., (2007). "Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer" en *Revista Neurol*, 44 (8), 2007, pp 469-474; BLANKENSTEIN MA et al (2010). "New research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease applied in a memory clinic population" en *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30, 20, pp 1-7. TYM. Test your memory (2012). "The TYM Test" [Online]. University of Cambridge, disponible en: <http://www.tymtest.com/> [Consultado el día 10 de junio]

53 Ver: BLÁZQUEZ, et al., (2017) "Biomarcadores para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer" en *Revista de Biomedicina*, Vol 2, No 2, 2017, pp. 3-5; MENÉNDEZ, M. (2014). *Atlas of Biomarkers for Alzheimer's Disease*. Suiza, Springer.

54 Existen otras técnicas de diagnóstico no estandarizadas debido a su alto coste: resonancia magnética y Tomografía por Emisión de Positrones, PET.

cataloga la enfermedad en 5 fases, el NIH, National Institute of Aging de Estados Unidos, define 4 fases, la fundación Pascual Maragal en España enumera 3 fases básicas, y numerosas publicaciones científicas hablan de 7 fases a nivel celular usando la escala de deterioro global GDS⁵⁵.

Las fases sirven para definir el estado del enfermo dentro del marco de evolución de la enfermedad y el tratamiento de la misma, a veces con medicamentos, y a veces, con terapias no farmacológicas. En cada una de ellas se puede producir alteraciones en la persona, ya sean de tipo psicológico, de conducta o social. Para hacer una parametrización de la enfermedad resulta, por lo tanto, más idóneo catalogar los diferentes síntomas que la enfermedad desarrolla conforme avanza en el paso del tiempo, y cómo éstos afectan a la vida y la percepción del paciente. En función de este criterio, y usando como base la clasificación de diferentes instituciones y estudios⁵⁶, se ha realizado la tabla comparativa de las diferentes teorías sobre las fases de la enfermedad, describiendo y sintetizando las características comunes que aparecen en las distintas fases. En ella se identifican, a través de colores y la gradación de estos, los distintos tipos de afecciones –daños cognitivos, físicos, emocionales y asintomáticos–, la repetición de los síntomas en las diferentes teorías comentadas, en qué fase se dan cada uno de ellos y cómo se distribuyen de acuerdo a las diversas teorías, permitiendo observar que la mayoría de los síntomas aparecen en todas ellas, aunque no se den en las mismas fases.

55 Global Deterioration Scale es una escala desarrollada por el médico Barry Reisberg en 1982 para evaluar la función cognitiva en pacientes con demencia.

56 Se han analizado fuentes de la Clínica Mayo, la Asociación de Alzheimer de Chicago, la Fundación Alzheimer España, la Fundación Pascual Maragal, el portal español de la Alzheimer Association y la Confederación Española de Alzheimer entre otros. Así como: REISBERG, B (1986). "Dementia: a systematic approach to identifying reversible causes" en *Geriatrics* 1986, 41 (4): pp 30-46.

Tabla 1. Comparativa de las hipótesis. Elaboración propia⁵⁶

Hipótesis	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6	Fase 7
Teoría de las 3 fases	La persona puede funcionar de manera independiente.	Surgen problemas a la hora de realizar actividades rutinarias	Los pacientes se vuelven incapaces de responder a su entorno, se vuelven apáticos e incapaces de mantener una conversación				
	Aparecen lapsos de memoria y pierden objetos.	El enfermo se muestra susceptible a cambios de personalidad y conducta	Surgen problemas físicos				
Teoría de las 7 fases	Los amigos y familiares comienzan a notar dificultades	Los síntomas de la enfermedad son notorios. Se dan problemas de memoria y dificultades en el lenguaje	Las habilidades cognitivas empeoran significativamente. Son totalmente dependientes de su cuidador				
	La persona no tiene problemas serios de memoria.	Se presentan sutiles dificultades de memoria que se suelen asociar al envejecimiento propio de la persona	Los familiares emplean a ser conscientes de lo síntomas de la enfermedad	Los problemas cognitivos son significantes, así como, la incapacidad de realizar tareas complejas	Los síntomas provocan deterioros medios o graves en la capacidad cognitiva de la persona	Los problemas físicos se suman a los problemas de memoria, que se agravan	Deterioro cognitivo y funcional grave.
	No hay síntomas evidentes de padecer la enfermedad			El enfermo tiene estado de humor variable	El enfermo comienza a necesitar asistencia con las actividades cotidianas	La persona necesita de un cuidador para la mayoría de las tareas	El enfermo se vuelve totalmente dependiente.

57 Tabla realizada a través de la información obtenida en: <http://act.alz.org/site/DocServer/sevenstages.pdf?docID=16881> (Alzheimer'S ASSOCIATION); <https://www.mayoclinic.org/es-es/medical-professionals> (CLINICA MAYO)

Teoría de las 7 fases Extendida	Se conoce como la fase de salud mental sana o normal.	Los más allegados al paciente empiezan a notar déficits de memoria.	Primeras manifestaciones claras de deterioro de la memoria.	Los pacientes no necesitan de un cuidador, sin embargo, algunas funciones de las actividades funcionales se ven comprometidas	El enfermo necesita de un cuidador para las actividades rutinarias. Pueden aparecer alucinaciones o darse situaciones de estrés o ansiedad.	Se pierden capacidades del lenguaje y se ve afectada gravemente la memoria	El enfermo pierde su autonomía y puede verse confinado en una cama.
	Teoría de las 5 fases	Se detectan síntomas propios de la enfermedad pero se asocian al envejecimiento.	Diagnóstico médico de la enfermedad. Aparecen problemas de desorientación, de memoria y lenguaje.	La persona comienza a ser parcialmente dependiente.	El deterioro cognitivo es grave y físicamente se producen grandes pérdidas, sobre todo de movilidad.		
	No aparecen síntomas claros de la enfermedad.			La persona se muestra ansiosa o apática en ocasiones.	Se requiere asistencia plena de un cuidador.		

Leyenda

Daños cognitivos

 Daños físicos

 Daños emocionales

 Asintomáticos

Las distintas alteraciones que el paciente de Alzheimer sufre: disfunciones neuropsicológicas, aptitudes psicóticas, cambios de conducta, variaciones de la actividad psicomotora y cambios sensoriales, afectan en distinto grado a la interacción de la persona con el entorno físico construido y la forma en que lo perciben. La agnosia produce alteraciones perceptivas y espaciales, las alucinaciones hacen que se puedan ver, oír, oler o tener sensaciones táctiles de cosas que no ocurren en el mundo real, creando miedo o alegría, la ansiedad y el nerviosismo conduce a la agitación y a una gran cantidad de movimientos y conductas que crean problemas en relación con el entorno.

Otras conductas derivadas de la enfermedad serán las relacionadas con los trastornos del sueño y el ritmo diurno, de la conducta alimentaria, la incontinencia y el cuidado personal. Respecto a éste último aparecen dificultades como: negación al baño, problemas a la hora de entrar y salir de la bañera, el olvido a la hora de cómo deben asearse, o a la falta de equilibrio durante el baño.

No obstante de todas ellas, las que más afectan respecto a su relación con el espacio, a cómo preservar la autonomía e intimidad del paciente en éste, son las derivadas del componente cognitivo, que hacen referencia a la psicomotricidad y las capacidades y aptitudes del sujeto, con distintos patrones como: inquietud motora, manoseos, paseos de un lado a otro y deambulación errante, por miedos, la desorientación y la falta de ejercicio; y los cambios sensoriales, ya que las personas reciben una amplia cantidad de información a través de los sentidos.

Se hace necesario analizar las alteraciones sufridas a lo largo de la enfermedad para poder determinar adecuadamente

las características que los espacios deben tener, como ya ocurre con las viviendas para personas con movilidad reducida, y plantear una serie de cuestiones que deberían ser solicitadas en cualquier adaptación de un espacio habitable.

Los cambios que se producen, como la deambulaci3n, la incontinencia, la agitaci3n, las acciones repetitivas, el insomnio o el aseo, generan conductas problemáticas que demandan condiciones particulares.

Y en cuanto a los sentidos, y a la afectaci3n que producen en la forma de percibir el mundo y de relacionarse con el entorno a trav3s de ellos, se analizan las fases de aparici3n, las disfuncionalidades surgidas y las posibilidades de actuaci3n las cuales, una vez detectadas, permiten introducir elementos que ayuden a la reminiscencia y a la activaci3n cognitiva de los sujetos, introduciendo objetos cotidianos, creando olores, incorporando ruidos de fondo con sonidos de la naturaleza, colocando distintas texturas de suelo, construyendo exteriores en los l3mites, a veces convertidos en exiguos espacios verdes,... todo lo cual se puede concretar en elementos cualificadores de los espacio de la vivienda seg3n la fase en la que se encuentre el enfermo.

Cambios sensoriales

Si aproximadamente el 90 % de la informaci3n que se retiene y aprende, es a trav3s del sentido de la vista, para los enfermos de Alzheimer, en los que las p3rdidas de la capacidad visual, la inadaptaci3n a luces fuertes o la alta sensibilidad al deslumbramiento, suelen darse con m3s frecuencia, surgen dificultades a la hora de leer y de interpretar el entorno, haciendo complejo el desarrollo de sus actividades cotidianas.

Si la pérdida auditiva puede provocar la merma de autoestima en la persona, ya que la constante lucha de la persona por oír lo que dicen los demás puede provocar un cansancio físico y emocional, llegando a producir estrés o enfados y una distancia en las relaciones sociales, en estos enfermos es especialmente importante pues tienden a volverse apáticas, o en ocasiones, a entrar en depresión.

“Cuando experimentas dificultades auditivas, es porque hay una pérdida de información que ingresa al cerebro. El nervio auditivo –la parte de tu cerebro que transporta información relativa al sonido– comienza a debilitarse [...] Esto obliga al área del cerebro que procesa la entrada sensorial como el sonido, a trabajar más duro para dar sentido a lo que estás oyendo. La debilidad de esta área compartida del cerebro está relacionada con la demencia y la enfermedad de Alzheimer”. (Lin, et al., 2011)⁵⁸.

Como afirma el estudio de Fran Lin (2011), la audición está involucrada en la memoria. Si la audición de la persona está alterada, el área del cerebro que maneja tanto la audición como la memoria puede tener que reorganizar los recursos para funcionar, por lo que la parte del cerebro que trata con la memoria, el recuerdo y la asociación puede ser más débil de lo que debería si la persona no oye bien.

No todo el mundo con pérdida auditiva sufrirá demencia o Alzheimer, pero un estudio reciente, *Hearing with your brain - Alzheimer's and hearing loss*, publicado en 2016⁵⁹, mostró que las personas con pérdida auditiva tienen una probabilidad del 40% mayor de dificultad cognitiva, por lo que tratar la pérdida de audición,

58 Lin, F.R., et al, (2011). "Hearing loss and incident dementia". En *Archives of Neurology*, 68, 214

59 Disponible en: <https://www.clearvaluehearing.com/clearvalue-hearing-blog/2016/8/24/hearing-with-your-brain-Alzheimers-and-hearing-loss>. [Consultado el día 10 de septiembre].

incluso la mínima, es vital en el caso de personas con Alzheimer, porque proporcionar apoyo al nervio auditivo puede ayudar a reducir la tensión en esa parte del cerebro, lo que permite dedicar más recursos a la gestión de la memoria, que es el principal elemento que se ve dañado con el Alzheimer.

En relación al olfato es uno de los sentidos que se ve afectado desde las primeras fases del Alzheimer, tanto es así que se han intentado crear test diagnósticos basados en este síntoma, aunque es complicado pues el deterioro de este sentido se asocia también al envejecimiento de la persona⁶⁰.

En las personas con Alzheimer, los déficits olfativos pueden ser un factor de riesgo de accidentes domésticos, pero a su vez, los olores pueden servir como orientadores en el espacio, es decir, si un enfermo percibe el olor de su hogar se siente más cómodo que en un espacio nuevo que no reconoce.

El deterioro del gusto en la enfermedad provoca que el enfermo no perciba los sabores con igual intensidad en las primeras fases. En las fases moderadas y avanzadas la persona deja de reconocer a qué alimento corresponde cada sabor, no obstante, este factor se relaciona con el propio deterioro cognitivo que el individuo está sufriendo.

Del mismo modo que el olfato, la comida, a través del gusto, puede servir como elemento activador de sus recuerdos, en cuanto les puede llevar a revivir momentos pasados en familiar.

Y por último, con la edad, se pierde sensibilidad en el tacto, así leves cambios en las texturas de los objetos o elementos del entorno de las personas mayores pueden pasar desapercibidos. No

60 Schiffman, S (1997). "Taste and smell losses in normal aging and disease" en *JAMA*, 278 (16), pp.1357-1362.

obstante, las reacciones al dolor y temperatura se ven incrementadas. Es fundamental garantizar unas condiciones de temperatura y humedad adecuadas en el espacio que habitan las personas mayores pues son más sensibles a estos cambios y pueden llegar a sufrir hipotermia.

En relación al caso estudiado, el tacto quizás sea el sentido menos estudiado, y sin embargo, es uno de los que más se recomienda estimular en el cuidado diario, como medio para la comunicación con el enfermo, incluso cuando éste ya no sea capaz de utilizar la comunicación oral. Tal y como afirman Niels Viggo Hansens, Torben Jorgensen y Lisbeth Ortenblad, en su investigación *Massage and touch for dementia*⁶¹, el uso del tacto tiene un efecto beneficio sobre las personas con Alzheimer, un masaje en las manos sirve para calmar la agitación de las personas con demencia, y la estimulación verbal y a través del tacto del enfermo ayuda a facilitar la tarea de comer.

Tratamiento y terapias no farmacológicas

La enfermedad se encuentra clasificada como incurable según la OMS, aunque la investigación tanto a nivel genético como molecular abre nuevas vías. Los ensayos clínicos se centran en fármacos que reduzcan la actividad de las enzimas β -Secretasa como forma de evitar las acumulaciones a nivel neuronal, y, si bien los resultados en algunos casos muestran avances, queda un largo trabajo debido a las complicaciones derivadas de la inhibición de esta encima.

El tratamiento de la enfermedad de Alzheimer requiere una aproximación multidisciplinar, en la que hay que tener en cuenta todos los aspectos del paciente en función de la fase evolutiva en la

61 Hansen, N. V; Jorgensen, T.; Ortenblad, L. (2006). "Massage and touch for dementia. Cochrane Data base of Systematic Reviews", Issue 4. Art. No.: CD004989. DOI: 10.1002/14651858.CD004989.pub2.

que se encuentre. Requerirá, por tanto, la intervención de diversos profesionales, y su objetivo irá encaminado a mejorar el estado físico y el rendimiento cognitivo y funcional del paciente.

Actualmente existen dos vías, el tratamiento farmacológico⁶² y el tratamiento no farmacológico, juntas mejoran el estado del paciente.

Tratamiento psico-cognitivo

Son tratamientos pasivos que se basan en la evidencia científica de que la estimulación cognitiva ayuda a retrasar la pérdida de habilidades y funciones relacionadas en los pacientes. Esta estimulación se puede realizar de diferentes maneras, desde la más simple, que consiste en juegos o ejercicios directamente relacionados con la capacidad cognitiva a tratar, como juegos de memoria, a elementos o espacios del día a día que ayuden y favorezcan las capacidades cognitivas de los pacientes, mediante la espacialidad, el tratamiento de los sentidos, o los recorridos, siendo este un campo a explotar por la arquitectura.

Tratamiento del entorno

Tratan de influir sobre el avance de la enfermedad trabajando con el entorno del paciente. Diversas investigaciones como las llevadas a cabo por M.Calkins en los años 80, que darían lugar a su guía para el diseño para pacientes de Alzheimer, han concluido que en un entorno proactivo el avance de la enfermedad puede ser frenando de manera notable. De esta forma se detectó que una serie de causas ambientales pueden a su vez acelerar la

62 Ver: Gaona, et Al (2005). Guía de seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer. Barcelona, Espai Gràfic Anagràfic; Molinuevo, J.L.; Peña-Casanova, J. (eds) (2009). Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones. Barcelona, Sociedad Española de Neurología. Thomson Reuters.

enfermedad⁶³. Entre otras causas se comprobó que un ambiente de estrés familiar, cambios en la rutina, bien en el trabajo o en la familia, influyendo en el día a día, así como cambios en el entorno residencial o factores extremos, como un cambio total de residencia son factores que aceleraban el avance de la enfermedad en el paciente.

Frente a esto un entorno social y familiar estable y saludable, resultaba ser beneficioso y frenar el avance de la enfermedad al crear un ambiente que favorece la salud.

En el inicio se planteaba si era posible que la vivienda participara, como las terapias o tratamientos no farmacológicos, en buscar aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias, esto sería importante ya que está demostrado que el uso de terapias no farmacológicas, combinadas con las terapias farmacológicas, puede ser tan efectivas, o incluso más en algunos casos, que el uso de fármacos por sí solos para el tratamiento de algunos de los principales síntomas de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de las personas con demencia y sus cuidadores⁶⁴.

La vivienda, igual que otras técnicas o tratamientos no farmacológicos existentes y utilizados en la actualidad, puede incluir entre sus características espaciales funcionales y arquitectónicas aquellas que ayuden a:

- La orientación a la realidad del enfermo.

El espacio doméstico a través del diseño arquitectónico puede contribuir a la orientación espacio-temporal de la

63 Ver: Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. Jossey-Bass Inc Pub.

64 CEAFA (2016). Guía metodológica de implantación: terapias no farmacológicas en las asociaciones de familiares de personas con Alzheimer. Navarra, Gráficas BIAK.

persona con Alzheimer mediante la organización de los espacios, las percepciones visuales de los mismos y su señalización.

- Reminiscencia.

La disposición de fotografías o mobiliario del pasado dentro de la vivienda, favorecen la activación de los recuerdos de la persona con Alzheimer.

- Estimulación y terapia cognitiva

La estimulación del enfermo puede darse mediante el uso del color y diferentes texturas, de este modo, se logra potenciar los sentidos de la vista y el tacto.

Existen otros sentidos como el oído que pueden estimularse a través de la música y el silencio, pues en ocasiones los enfermos necesitan entornos tranquilos para su relajación, y el gusto y el olfato, a través de la propia comida y, aromas y/o fragancias.

- Adaptación cognitivo funcional del entorno y técnicas de comunicación

La vivienda actual al ser el lugar óptimo para vivir por las personas con Alzheimer⁶⁵ debe adaptarse a la evolución de la propia enfermedad, para garantizar su uso y accesibilidad a los distintos espacios de la misma, a partir de la redistribución o reorganización de la misma. A su vez, la creación de espacios de sociabilización es fundamental para evitar que el enfermo se sienta solo y para mantener activadas sus capacidades cognitivas, aunque se recomienda que esto sea de forma paulatina,

65 Quesada-García, S.; Valero, P. (2017). "Proyectar espacios para habitantes con alzhéimer, una visión desde la arquitectura". En *Arte, Individuo y sociedad*, vol 29, n.º esp. Arte y Demencia

jamás bruscamente, porque solo se lograría acrecentar el sentimiento de inseguridad de la persona.

- Actividades significativas (ocupacionales) y de la vida diaria.

La accesibilidad y funcionalidad de la vivienda es fundamental para el desarrollo de las actividades rutinarias de la persona con Alzheimer. La variación de elementos arquitectónicos, la supresión de barreras físicas o de mobiliario, favorecerá la movilidad de la persona y el desarrollo de su vida diaria.

A medida que avanza la edad de las personas, éstas necesitan más tiempo para realizar las mismas actividades debido a la disminución de sus capacidades funcionales y sensoriales, este hecho se dar con mayor intensidad en personas con Alzheimer.

La inclusión del enfermo en actividades del hogar prevendrá el desarrollo de la enfermedad y mejorará su estado de ánimo, además la posibilidad de realizar tareas en el exterior, fomentará la relación con su entorno.

- Prevención y tratamiento de los trastornos psicológicos y del comportamiento

La realización de todas las tareas anteriores, en vista de estimular y mejorar la calidad de vida del enfermo, tiene como objetivo el retraso del inicio de los síntomas de la enfermedad y la prevención de la misma, no obstante, es recomendable en ocasiones la visita a un especialista para la orientación sobre cómo tratar a una persona con Alzheimer.

Vivienda y bienestar en el Alzheimer

La vivienda, es el lugar donde se llevan a cabo la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, como comer, dormir, guardar las pertenencias y descansar, pero además, goza de un significado psicológico más allá del de refugio y lugar donde desempeñar las tareas domésticas.

“A través de la vivienda tiene lugar la manifestación de numerosas aspiraciones, motivaciones y valores personales, manifestándose, este lugar y sus contenidos, como un espejo de la propia persona” (Cooper, 1995: 25-26).

Por consiguiente, no es solo un ambiente físico, sino que también incluye manifestaciones de tipo cognitivo, afectivo y social. Como hábitat de la persona de Alzheimer, debe convertirse en símbolo de identidad de ésta, además de lograr su máxima autonomía, y garantizar una progresión estable de la enfermedad.

A pesar de que no está demostrado científicamente que la vivienda como ambiente retrase el desarrollo progresivo de la enfermedad, si se ha manifestado el efecto que un ambiente cómodo y agradable provoca en las personas y produce la mejora la calidad de vida de las mismas⁶⁶.

Las personas con Alzheimer se ven continuamente sometidas a cambios en sí mismos y en su mundo. Por ello, es importante intentar mantener en cuanto sean posibles sus lazos con aquello que les sea familiar y agradable, y además, evitar cambios bruscos en su entorno.

⁶⁶ Pinto, J.A. (coord.) (2007). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Detección y cuidados en las personas mayores. Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Comunidad de Madrid. Se puede consultar en <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009397.pdf>

La vivienda, entendida como hogar, hace recordar y rememorar al habitante momentos felices y familiares. Pero, ¿y las personas con Alzheimer pueden recordar su hogar?

El hogar está dentro de la mente, aparece registrado dentro de la memoria emocional, y recordarlo no requiere una alta capacidad de concentración. Como ejemplo, las personas con esta enfermedad suelen vivir en su casa o en la de sus familiares, pero constantemente preguntan si pueden volver a su casa, a la de su madre, es porque, la vivienda se concibe como hogar y lugar de refugio donde las personas se sienten seguras y en paz.

En resumen, si se construye el hogar alrededor de las propias necesidades, se podrá aumentar calidad de vida. Por ello, será necesario definir una serie de pautas como colores, materiales, mobiliario, etc., que hagan sentir cómodos, seguros, a los usuarios para desear habitar esa vivienda soñada.

Condiciones emocionales

A continuación, se abordan las relaciones que se han de establecer entre las personas y la vivienda, y la influencia emocional que provoca en las personas que la habitan, a partir de una serie de conceptos.

- La identidad

Según María Américo⁶⁷ el espacio doméstico es ese lugar que representa la identidad personal de sus habitantes –el cómo es la persona– y la identidad social de estos –el cómo es en referencia a los demás– en relación a su pertenencia a un determinado grupo o estatus social.

67 Américo, M. (2010). "Ambientes residenciales". En Aragonés, J. I. y Américo, M. (eds.). *Psicología Ambiental*, pp. 171-192. Madrid: Pirámide.

En este sentido, la vivienda participa en la estimulación sensorial y emocional del enfermo de Alzheimer al recordarle que pertenece a un grupo social, a una familia, y refuerza su identidad personal mediante las fotografías y elementos como el mobiliario, que reviven los recuerdos de la persona.

- El control

“El hogar, es un lugar predecible, seguro, en el que las personas manifiestan sensaciones de control y están orientados en el tiempo y en el espacio”. (McAndrew, 1993, citado por Américo, 2010: 171)⁶⁸.

Las personas al llegar a su casa, experimentan sensaciones de tranquilidad y seguridad, siendo ésta una de las características que convierten a la vivienda en hogar, sin embargo, para comprender el significado del control en la vivienda es necesario definir el concepto de territorialidad⁶⁹.

“La territorialidad puede entenderse como el conjunto de conductas y actitudes basado en el control percibido de un espacio y que puede llevar consigo la ocupación, defensa y personalización el mismo” (Gifford, 2007: 444).

El control sobre el ambiente doméstico se consigue a partir de la orientación espacio-temporal en el mismo, y la capacidad que la persona que habita la vivienda tiene por encima de cualquier otra persona, para decidir su personalización y qué actos se pueden realizar en ella.

En relación con la enfermedad, es fundamental garantizar la orientación de la persona, pues el deterioro cognitivo provocado por el Alzheimer provoca que ésta se desoriente en

68 Ibidem 18

69 Gifford, R. (2007). *Environmental Psychology: Principles and Practice*. Colville: Optimal Books.

un espacio, incluso conocido. El uso de objetos personales que ayuden a activar su mente; la eliminación de barreras físicas de modo que los espacios sean fácilmente perceptibles e identificables; y la supresión de elementos para evitar ambientes recargados, entre otras medidas, contribuyen favorablemente a la prevención y/o retraso de la enfermedad.

- El apego al lugar

La vivienda se concibe como el lugar central de las vidas de las personas, al ser el medio en el que pasan la mayor parte del tiempo, y al que se sienten vinculadas. Este sentimiento se conoce como el apego al lugar, y viene definido por Hidalgo y Hernández⁷⁰ como el vínculo afectivo que hay entre la persona y el lugar físico.

De ahí que las personas mayores siempre recurran a la frase “quiero irme a mi casa”, pues la vivienda se convierte en su refugio, en el lugar seguro al que están unidos. De lo anterior se concluye, que el sentimiento de apego aparece estrechamente vinculado al de seguridad.

En el Alzheimer, este vínculo entre persona y vivienda es menor debido al daño cognitivo que la enfermedad provoca en los enfermos, el cual puede llegar a hacerles olvidar dónde están, al no reconocer su vivienda.

- La personalización de la vivienda

Las personas reflejan su personalidad en la vivienda a través de su decoración, la disposición de mobiliario y la personalización de los diferentes espacios. Suele darse en mayor medida en los espacios privados e íntimos, como la

⁷⁰ Hidalgo, M.C., Hernández, B. (2001). "Place attachment: conceptual and empirical questions". *Journal of Environmental Psychology*, 21, 3, pp. 273-281

habitación, al ser aquellos a los que la persona tiene prioridad de control.

En el caso de la vivienda, sus ocupantes van modificando el espacio a partir de las diferentes experiencias vividas. Asimismo, la personalización de la vivienda crea sentimientos de protección, apego al lugar, y repercute en las personas aumentando su satisfacción y autoestima⁷¹.

En enfermos con demencia, los autores Timlin y Rysembry⁷², basándose en la experiencia obtenida en la visita a varias residencias en UK, llegan a la conclusión de que el permitir personalizar evita el rechazo de los espacios.

Condiciones físicas

Tras el análisis emocional de la vivienda, se considera necesario el estudio de las condiciones físicas de la misma y su entorno. Éste se realizará desde factores como la temperatura, la luz, el ruido, la humedad y la calidad del aire que afectan a los distintos sistemas del cuerpo humano para conocer su influencia en la salud y bienestar de las personas, a partir de la visión de Juan Manuel Ros García en su libro *Arquitectura biosaludable*⁷³.

- Regulación higrotérmica

El confort higrotérmico en una vivienda saludable se relaciona con la conservación del calor, la ventilación adecuada de los diferentes espacios de la vivienda, el aprovechamiento

71 Ver: Pérez-López, R. (2011). La vivienda como símbolo de identidad personal y social. Un estudio sobre la personalización de los dormitorios como facilitadora de influencias. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla-La Mancha, UCLM, Facultad de Humanidades, Departamento de Psicología.

72 Timlin, G., Rysembry, N. (2010). *Design for Dementia: Improving Dining and Bedroom Environments in Care Homes*. London: Helen Hamlyn Centre, Royal College of Art

73 Ros, J. M. (coord.) (2017). *Arquitectura biosaludable: Parámetros de habitabilidad*. Madrid: Ediciones Asimétricas

de la energía solar y el control de la humedad interna, de modo que se asegure el bienestar térmico de las personas que la habita.

Según el documento “Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI” elaborado por la Organización Mundial de la Salud en 1998⁷⁴, se refleja que la regulación higrotérmica es el parámetro arquitectónico con mayor influencia sobre la salud.

La humedad relativa se asocia al aumento de la presencia de bacterias, y la variación de temperatura puede afectar al estado de ánimo. A su vez, los médicos consideran que ésta y la temperatura son los factores que pueden empeorar con mayor facilidad los síntomas de los enfermos.

Será fundamental garantizar, en las viviendas donde residan personas con Alzheimer, un confort higrotérmico del ambiente, pues contribuirá a su bienestar evitando situaciones de estrés o enfados.

- Entorno físico

El entorno es el medio en el que se ubica la arquitectura. Contiene una serie de variables que pueden influir en la relación con la vivienda como: intercambio térmico, ventilación, iluminación, ruido, percepciones visuales y privacidad, siendo los más influyentes la contaminación o el ruido.

Otra variable del entorno es la relación de la propia vivienda con el exterior, que en las personas provoca un efecto positivo, y en los enfermos de Alzheimer, ayuda a su orientación.

⁷⁴ Se puede consultar en: <http://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-obs-salud/SALUD-21.pdf>

- Aire interior

El aire interior de la vivienda puede verse contaminado por agentes exteriores o contaminantes derivados de los materiales de construcción y sus instalaciones, además de aquellos que proceden del uso habitual de la vivienda. Para garantizar la calidad de aire interior es necesaria la previsión de un sistema renovación-ventilación del mismo. En la vivienda se debe potenciar el uso de ventilación natural, mediante el diseño arquitectónico de la misma a través de su correcta orientación y disposición de huecos, pudiéndose contemplar la instalación de ventilación mecánica en las estancias de mayor concentración de aire viciado como baños y cocinas.

La contemplación de una vivienda saludable incluye una adecuada calidad interior de aire, que favorece un estado de calma y tranquilidad en las personas, incluidas aquellas con Alzheimer.

- Factor de forma y ocupación

La forma de un edificio es un factor determinante para la determinación de su aprovechamiento climático y su relación con el entorno, según la superficie y el volumen del edificio. Desde el punto de vista bioclimático, el mejor edificio será aquel que tenga la mínima superficie de pérdidas con el mismo volumen para almacenar calor.

Está demostrado que la forma de los espacios influyen en la percepción de los mismos⁷⁵, por lo que en la vivienda donde habiten personas con Alzheimer será recomenda-

⁷⁵ Krupic, J.; Bauza, M.; Burton, S.; Barry, C.; O'Keefe, J. (2015). "Grid cell symmetry is shaped by environmental geometry". *Nature*. DOI: 10.1038/nature14153.

ble disponer de espacios que permitan reconocer otros a través de la visión, y que sean lo suficientemente amplios para el desarrollo de sus actividades.

La ocupación, por su lado, viene indicada, en las cédulas de habitabilidad, como el número máximo de personas que puede ocupar una vivienda en función del número de estancias y sus superficies. Estas Condiciones mínimas de habitabilidad quedan recogidas en el Decreto 141/2012 del 30 de Octubre. En el Alzheimer, el número de personas a ocupar la vivienda, ya sea de carácter residencial o de visita, variará en función de la fase en la que se encuentre el enfermo. En este sentido, en las primeras fases, la presencia de personas en la vivienda podrá influir positivamente para la activación de la memoria, a través de las interacciones sociales; sin embargo, en las fases intermedias o últimas, esta presencia puede verse reducida con el fin de evitar estados de agitación en el enfermo.

- El sonido

El ruido provocado por el entorno, actividades humanas y construcciones, puede resultar perjudicial para el descanso y salud de la persona.

La sensación auditiva debe ser considerada en el diseño de la vivienda desde dos perspectivas: la primera, es el nivel sonoro adecuado; y la segunda, es asegurar una adecuada calidad sonora. Para ello, debe considerarse la distancia desde el foco emisor al receptor, la geometría y forma de la vivienda, y que los materiales utilizados para su construcción sean los recomendables.

El nivel sonoro adecuado, se corresponde con el que puede soportar el oído humano. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 55 decibelios es el nivel que ruido que puede soportar como máximo una persona, sin alterar su salud. Y dependiendo del tiempo de exposición, ruidos superiores a 60 decibelios pueden provocar en las mismas malestares físicos, como dolor de cabeza, taquicardias y agitación en la respiración.

La gestión del ruido ambiental es competencia de las Comunidades Autónomas en España, no obstante, desde el año 2003 existe una Ley de Ruido de carácter nacional, que se desarrolla mediante un Reglamento. Paralelamente, las Comunidades Autónomas han desarrollado su propia legislación en la materia, existiendo entre ellas una gran diversidad en cuanto a índices y valores límite.

En el Anexo I del Reglamento de la Ley de Ruido (2003), se señalan los valores límites de inmisión de ruido (no ligados al foco emisor) según el tipo de área acústica. De acuerdo a la vivienda, se recoge el valor del sector del territorio con uso residencial:

Tipo de área acústica		Valores límite		
		L _d	L _e	L _n
a	Sectores del territorio con predominio de suelo de uso residencial	55	55	45

Fig. 1. Valores límites de inmisión de ruido según el uso del suelo. Reglamento de la Ley de Ruido (2003)
Donde:

*L_d es el nivel sonoro medio a largo plazo ponderado A definido en la norma ISO 1996-2: 1987, determinado a lo largo de todos los periodos día del año.

*L_e es el nivel sonoro medio a largo plazo ponderado A definido en la norma ISO 1996-2: 1987, determinado a lo largo de todos los periodos de la tarde de un año.

*L_n es el nivel sonoro medio a largo plazo ponderado A definido en la norma ISO 1996-2: 1987, determinado a lo largo de todos los periodos noche de un año.

A nivel de ejemplo, se reseña los valores límites de inmisión, fijados por la Comunidad Autónoma de Andalucía, que definen el área en función del tipo de ruido que se dé en ella:

Comunidad Autónoma	Valores límite de inmisión		
Andalucía	Niveles límite de ruido ambiental en fachadas de edificaciones		
	Área de sensibilidad acústica	L _{Aeqd} Día (7-23)	L _{Aeqd} Noche (23-7)
	Tipo I (Área de silencio)	55	40
	Tipo II (Área levemente ruidosa)	55	45
	Tipo III (Área totalmente ruidosa)	65	55
	Tipo IV (Área ruidosa)	70	60
Tipo V (Área especialmente ruidosa)	75	65	

Fig. 2. Niveles límites de ruido ambiental en áreas en Andalucía.

Como se puede observar en ambas figuras (fig. 1 y fig. 2), los niveles de ruido aceptables no superan los 55 decibeles que la OMS consideraba aceptable para el oído humano.

En personas con Alzheimer, que conforme avanza la enfermedad ven reducida su capacidad auditiva, se puede elevar la para facilitar la conversación entre las personas o aumentar el volumen de un aparato electrónico, pero

siempre garantizando los niveles de ruido aceptables para evitar situaciones de aislamiento o nerviosismo.

- Iluminación

La iluminación, color y percepción visual son parámetros arquitectónicos que en ocasiones dependen de factores subjetivos, no obstante, la iluminación, ya sea natural o artificial, y su intensidad afecta a la percepción del medio ambiente y tiene influencia directa en el estado de ánimo de las personas.

Para el diseño arquitectónico de la vivienda adaptada a personas con Alzheimer, se promueve el uso y el control de la iluminación natural y artificial. Las variables de diseño que contempla la luz serán la intensidad, la iluminancia, la luminancia, el contraste y deslumbramiento.

El control y cuidado de la luz natural se podrá realizar a partir de elementos que den sombra o eviten la incidencia directa de la luz natural, como persianas o toldos; y se favorecerá la correcta disposición de huecos, de modo que permitan la luz natural en espacios de la vivienda donde se necesite iluminación, y se eviten destellos y/o deslumbramientos innecesarios por su mala ubicación, los cuales puedan provocar la desorientación de la persona con Alzheimer.

Por otro lado, el manejo de la luz artificial mediante mecanismos de regulación de la misma, puede favorecer a la orientación temporal de los enfermos. Asimismo la distribución de luminarias en la vivienda en el sentido de un recorrido, como por ejemplo el baño, puede ayudar a

la orientación e identificación de los distintos espacios del enfermo y a recordar la actividades diarias a realizar.⁷⁶

- Color

El color está relacionado directamente con las emociones, el estado de ánimo y las respuestas fisiológicas de los individuos. El uso del color puede aclarar u oscurecer los espacios, reducir o ampliar espacios, alegrarlos o entristecerlos, etc. Sus variables son: la temperatura, el rendimiento del color, el índice de reflexión de color.

El uso del mismo podrá contribuir a la variación del estado emocional de la persona con Alzheimer, incluso influir en su comportamiento, por ello, será imprescindible contemplar el efecto que éste puede en el ambiente de la persona con demencia.

Tal y como afirma Rosa M^a Brescané, representante de CEAFA:

“Dadas las características del deterioro cognitivo asociado a la enfermedad de Alzheimer, se sugiere que los colores presentes en su entorno sean colores relajantes y tranquilizadores. En una gama de colores básicos siempre se sugiere los colores más suaves (azules claros y verdes) también se pueden incluir colores cálidos (crema, amarillo suave, verde claro, celeste, rosa pálido y miel) y conviene evitar colores estimulantes como el rojo y amarillo que aunque son colores alegres y en pequeñas dosis pueden servir para estimular, también pueden ser molestos. Los tonos blanco y negro pueden ser deprimentes.”⁷⁷

76 Soler, P. (2002). *Guía de arquitectura: adaptación y rehabilitación de la vivienda para personas con Alzheimer y deficiencias de movilidad*. Barcelona, Grafiques Ortells, S.L.

77 Disponible en: <https://knowAlzheimer.com/influencia-del-color-en-los-enfermos-de-Alzheimer/>. [Consultado el día 10 de septiembre]

- Percepción visual

La percepción visual se refiere a los aspectos psicológicos relacionados con la percepción espacial y de los objetos. En este sentido, se introduce también la percepción visual de la vivienda con su entorno, incluyendo como variables la percepción visual del ambiente natural y su influencia sobre las personas, el ambiente construido y el ambiente social.

Como se mencionó anteriormente, el entorno o ambiente físico de la persona con Alzheimer puede contribuir a la mejora de su estado de ánimo, a la integración de la misma en actividades sociales, además beneficia a la activación de la persona que se siente arropada y útil.

La participación de la persona con demencia en las actividades domésticas favorece el estado de ánimo de las mismas porque cuando los enfermos empiezan a ser conscientes de su enfermedad tienden a volverse apáticos, incluso a deprimirse, al ver limitadas sus capacidades.

- Eficiencia constructiva

Se refiere a la eficiencia del material y a la eficiencia energética relativa a la construcción. El objetivo será la obtención de viviendas con un consumo energético mínimo a través de herramientas como: estrategias de diseño pasivo, instalaciones, equipos de alta eficiencia y uso de energía renovable. La implantación de algunos de los elementos anteriores influirá en la mejora de la vivienda habitada por personas con Alzheimer.

- Presencia de naturaleza viva

La presencia de naturaleza viva se entiende como el uso de vegetación en el interior de la vivienda y la gestión del agua. Éste contribuye al confort visual de la persona y, por lo tanto, ayuda a mejorar su estado de ánimo.

La gestión del agua debe tratarse como un compromiso de sostenibilidad de la propia vivienda. Ésta podrá disponer de sistemas automáticos de ahorro de agua en equipos con instalación de agua. Al mismo tiempo, el uso de estos sistemas ayudará a evitar que la persona con Alzheimer se deje la grifería de uno de estos equipos abierta.

Como conclusión de lo anteriormente expuesto, se ha elaborado la siguiente tabla a partir de los datos extraídos de la investigación realizada por Juan Manuel Ros García. Dicha tabla refleja la relación existente entre la vivienda, la fisiología de la persona y su bienestar. En ella, se han introducido las posibles actuaciones para contribuir al bienestar de la persona y los efectos que provocan el incumplimiento de las distintas variables de los distintos parámetros arquitectónicos de la vivienda.

Tabla 2. Vivienda, salud y bienestar. Elaborada por el autor⁷⁸

Vivienda		Salud				Bienestar
Parámetros arquitectónicos	Variables	Fisiología humana	Posible patología		Afección	Actuaciones propuestas
Regulación higrotérmica	Temperatura Humedad	Sistema respiratorio	Bronquitis		Dificultad para respirar Estado de nerviosismo o agitación	Mantener una temperatura y humedad constante en la vivienda, o al menos en las habitaciones donde las personas pasen más tiempo
		Sistema nervioso parasimpático	Asma	Neumonía		
		Sistema cardiovascular	Dolor de cabeza			
		Sistema muscular	Contracción vasos sanguíneos	Riesgo de coágulos	Lesiones y dolores musculares	
			Bronquitis			
			Asma			
Entorno físico	Temperatura Radiación solar Humedad relativa Presencia de vegetación	Sistema respiratorio	Neumonía		Dificultad para respirar Estado de nerviosismo o agitación	Disponer en cuanto sea posible de la mejor orientación en las estancias no húmedas. La existencia de un entorno con vegetación agrada a la persona con Alzheimer
		Sistema inmunológico	Virus	Fiebre		
			Inflamación			
		Sistema digestivo	Parásitos intestinales			
			Bronquitis			
			Asma			
Aire interior	Contaminantes	Sistema respiratorio	Neumonía		Dificultad para respirar Estado de nerviosismo o agitación	Apertura de ventanas para eliminar el aire viciado Presencia de sistema de extracción en cocina y baños
		Sistema inmunológico	Virus	Fiebre		
		Sistema cardiovascular	Inflamación			
		Sistema endocrino	Arritmia	Cardiopatía coronaria	Estado de ánimo	

78 Tabla realizada a través de la información obtenida por: Juan Manuel Ros García en su libro *Arquitectura Biosaludable: Parámetros de habitabilidad* (2017). Aportación propia en las columnas "Salud: Afección" y "Bienestar: Actuaciones propuestas"

Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI

Vivienda		Salud			Bienestar
Parámetros arquitectónicos	Variables	Fisiología humana	Posible patología	Afección	Actuaciones propuestas
Factor de forma y ocupación	Forma del edificio Ocupación	Sistema muscular	Dolores y lesiones musculares	Desorientación Estado de nerviosismo o agitación	Eliminación de barreras físicas (mobiliario), o en cuanto sea posible de barreras arquitectónicas; en las distintas estancias para garantizar visuales entre los distintos espacios; por ejemplo: salón-cocina, o baño-dormitorio
		Sistema nervioso parasimpático	Dolor de cabeza		
Ruido	Ruido interior Ruido exterior	Sistema cardiovascular	Arritmia	Estado de nerviosismo o agitación	Colocación de carpinterías con un sistema de aislamiento adecuado frente al ruido exterior Instalación de hilos musicales en algunas estancias (dormitorio, baño y salón) para la relajación del enfermo de Alzheimer
		Sistema endocrino	Cardiopatía coronaria		
		Sistema nervioso simpático	Estado de ánimo		
		Sistema inmunológico	Dilatación de las pupilas		
		Sistema nervioso simpático	Estimulación de glándulas suprarrenales		
Iluminación	Deslumbramiento Contraste Iluminancia Luminancia Índice de reflexión Temperatura del color	Sistema inmunológico	Pérdida de audición	Desorientación Estado de nerviosismo o agitación	Uso de un factor de iluminación adecuado en las luminarias de cada estancia, así como el color de la propia luminaria
		Sistema nervioso parasimpático	Dilatación de las pupilas		
		Sistema nervioso simpático	Estrés		
		Sistema inmunológico	Perturbación del sueño		

Vivienda		Salud			Bienestar
Parámetros arquitectónicos	Variables	Fisiología humana	Possible patología	Afección	Actuaciones propuestas
Eficiencia constructiva	Aislamiento Materialidad Seguridad estructural	Sistema nervioso parasimpático	Dolor de cabeza	Desorientación Estado de nerviosismo o agitación	Uso de colores y texturas que relajen, evitando colores brillantes, y superficies reflectantes y deslizantes Tabiques y paredes suficientemente aislados y resistentes
		Sistema cardiovascular	Aritmia		
		Sistema nervioso simpático	Cardiopatía coronaria		
			Estimulación de las glándulas suprarrenales		
Presencia de naturaleza viva	Vegetación Agua	Sistema inmunológico	Alergia Asma	Mejora del estado de ánimo de la persona	La introducción de vegetación en la vivienda mejora el estado de ánimo de todas las personas, y la gestión del agua busca contribuir a la sostenibilidad ambiental
		Sistema nervioso parasimpático	Dolor de cabeza		
		Sistema respiratorio	Asma		
			Bronquitis		
		Sistema nervioso simpático	Estrés		
			Estimulación de las glándulas suprarrenales		

Entidades, organismos e instituciones relacionados con la enfermedad del Alzheimer que tratan aspectos de la vivienda en España. Otras aproximaciones

Distintos organismos, cuyos objetivos principales se centran en la investigación sobre la enfermedad, la formación a especialistas y familiares, facilitar información, ofrecer infraestructuras y servicios, y la atención socio sanitaria para mejorar la calidad de vida del enfermo, desarrollan una amplia actividad en la divulgación de la enfermedad, la implantación de la investigación en el campo científico y, algunas de ellas, en el establecimiento de teorías basadas en la práctica sobre cómo debe ser el entorno donde vive un enfermo de Alzheimer.

Estas últimas tratan diferentes aspectos que deberían tener las estancias, así como el desarrollo espacial de las mismas, aunque abordan la cuestión de igual forma, mientras la Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer de Tenerife, AFATE, da pautas a seguir en una vivienda obtenidas a través de un estudio físico de ella, la Confederación Española de Alzheimer, CEAFA, y Healthy Architecture & City se basan en modelos teóricos procedentes de la investigación desarrollada.

Desde sus correspondientes aportaciones es posible realizar una tabla que recoge la información obtenida.

Tabla 6. Recomendaciones de entidades, organismos e instituciones relacionadas con la vivienda para enfermos de Alzheimer.**Elaboración propia**⁷⁹

Asociación	Desarrollo espacial		
	Dormitorio	Baño	Cocina
CEAFA	Cables eléctricos ocultos Cubrir radiadores con muebles Sustituir sillas con mayor superficie	Cables eléctricos ocultos Usar sensores en grifos	Guardar elementos punzantes Utilizar cocina eléctrica
AFATE	Cama con fácil incorporación Acceder por los dos lados a la cama No usar alfombras en los alrededores de la cama Las mesillas de noche no obstaculicen el paso	Plato de ducha Usar alfombras en la zona de la ducha Usar una silla en la zona de la ducha La puerta del baño no debe tener llave ni pestillo Apoyos en la proximidad el WC Colocar utensilios siempre en el mismo lugar Colocar imágenes para facilitar su localización Utilizar camino de iluminación para facilitar su llegada en la noche	Suelos anti-deslizantes Utilizar cocina eléctrica Reconocimiento de olores Utensilios especiales para ser usados en el microondas Sustituir los elementos de cristal por plástico No usar cuchillos con punta Los productos de limpieza deberán permanecer fuera de su alcance Protector de enchufes
HEALTHY ARCHITECTURE & CITY	Con visión hacia el baño No usar espejos Espacio alrededor de la cama con posibilidad de paso en silla de ruedas	Plato de ducha Colocar imágenes para facilitar su localización Utilizar camino de iluminación para facilitar su llegada por la noche	Posibilidad de ocultar electrodomésticos Sustituir los elementos de cristal por plástico Usar colores llamativos para su estimulación

⁷⁹ Tabla realizada a través de la información obtenida por: <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/la-adaptacion-de-la-vivienda-para-enfermos-de-alzheimer-y-sus-cuidadores> (CEAFA); <https://www.ceafa.es/es/el-alzheimer/consejos-y-cuidados> (CEAFA); <http://afate.es/adaptacion-de-la-vivienda/> (AFATE); <http://grupo.us.es/haci/> (Healthy Architecture & City). Artículo: Quesada, S., & Valero, P. (2017). "Proyectar espacios para habitantes con Alzheimer, una visión desde la arquitectura". *Arte, Individuo y Sociedad*, vol. 29, p. 89-108. (<http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/54602> visitado 29.07.18) visitado el 30.04.18.



Colección
Papeles de la Fundación

Las TIC como mejora del bienestar de las personas mayores

por Estíbaliz Ochoa Mendoza, Ingeniera de telecomunicaciones, Ingeniera en organización industrial. Directora de Proyectos de Innovación Social TIC en Fundación Vodafone España

Las TIC y la brecha digital

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) juegan un papel fundamental para revolucionar y transformar nuestra sociedad y son el mejor aliado para abordar el reto del envejecimiento de la población. Las TIC son una parte inherente de nuestra vida diaria, tanto en la esfera personal como en lo profesional. Nadie se imagina un mundo sin Internet, ordenadores o teléfonos móviles. Pero ¿cómo se están utilizando para mejorar el bienestar de nuestros mayores?

En primer lugar, existe una adopción desigual de la tecnología. Si hasta la fecha eran las personas con menos recursos y las mujeres quienes se encontraban más excluidas en el uso de las TIC, ahora son las personas mayores de 60 años las que ocupan su lugar, dado que son las que más dificultad encuentran para incorporarlas.

Según el informe *Las TIC en los hogares españoles*, elaborado por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI, de 2017⁸⁰, de los más de 5,7 millones de españoles desconectados, el 71,6% tiene más de 65 años. Y si echamos un vistazo a lo que ocurre en el resto del mundo, la brecha digital se multiplica a nivel exponencial. El 10% de la población mundial, unos 700 millones de personas, es mayor de 60 años y se prevé que para el año 2050 esta cantidad se duplique, según datos aportados por Naciones Unidas. En definitiva, un elevado número de personas en todo el mundo pueden quedarse aisladas en la actual Sociedad de la Información, independientemente del lugar en el que vivan.

La distancia que empieza a existir entre los nativos digitales –las personas nacidas entre 1980 y 1990– y las personas nacidas entre 1940 y 1980 es cada vez mayor, sobre todo a partir de los 45 años. Existen diferentes razones para comprender este salto digital entre generaciones. Por un lado, se encuentra el envejecimiento progresivo de la población y por otro, la gran velocidad de los cambios tecnológicos, a los que a estas personas les resulta más difícil adaptarse.

Las personas mayores expresan diferentes razones para sentirse poco abiertos hacia las TIC:

- Falta de motivación o necesidad para utilizarlas.
- Miedo y desconocimiento por algo que no les resulta familiar.
- Falta de usabilidad. El diseño de muchos de los dispositivos y aplicaciones, por lo general, no está enfocado a sus

80 “Las TIC en los hogares españoles” (4T/2017) elaborado por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la SI

necesidades. También existe la idea preconcebida de que son dispositivos demasiados complejos o complicados.

- Inseguridad. Temen por su privacidad y por el uso indebido de sus datos personales.
- Economía, ya que algunas nuevas tecnologías pueden resultar costosas.

Las ventajas de las TIC para las personas mayores

Siempre es bueno recordar los beneficios de utilizar las nuevas tecnologías y la domótica para ayudar a las personas mayores a hacer su vida un poco más sencilla:

- Mejorar la autoestima al desarrollar habilidades en el uso de la tecnología actual.
- Mejorar la calidad de vida, ya que la tecnología también es útil para resolver o simplificar aspectos de la vida cotidiana.
- Combatir el aislamiento. El uso de la telefonía móvil y herramientas como el correo electrónico, las redes sociales y la mensajería instantánea, agilizan la comunicación con los demás.
- Fortalecer la independencia. Tecnologías como Internet favorecen la autonomía de las personas en situación de dependencia. Pueden acceder con inmediatez a recursos de apoyo en la vida diaria.
- Mantenerse más activo y saludable, ya que la salud se compone del equilibrio físico y mental, reduciendo la incidencia de enfermedades como el Alzheimer.
- Resolver problemas. La informática es una herramienta que

puede servir para resolver problemas y mejorar la forma de leer, entretenerse, comunicarse, informarse, etc.

Son muchos los ámbitos en los que se está aplicando la tecnología para hacer más fácil la vida de las personas de mayor edad. Desde programas informáticos hasta apps para dispositivos móviles o redes sociales, todo puede ser muy útil para ellos:

1. *¿Ordenador o tableta?* A menudo notamos que las personas mayores tienen dificultades utilizando el ratón. Quizás sientan temblor en las manos y no vean bien los botones pequeños. Por eso, las pantallas táctiles son la mejor solución para ellos. Además, proporcionan una interacción más intuitiva entre usuario y dispositivo.
2. *Interfaces accesibles.* Hoy en día es posible adaptar sistemas operativos como Android y que sean más intuitivos para los mayores, modificando los menús o aumentando el tamaño de imágenes y texto. Algunas aplicaciones que ofrecen interfaces accesibles son WISER, Large Launchery y SwiftKey, con la que se puede ampliar el teclado del teléfono.
3. *Asistentes de voz.* Existe una nueva generación de dispositivos activados por voz para contestar a preguntas, reproducir música, leer libros en voz alta, interactuar con otros dispositivos conectados en red y proporcionar alertas. Es una buena solución para que se puedan escuchar libros o buscar en Google sus recetas favoritas si existen problemas de vista, por ejemplo. Las personas con algún tipo de demencia pueden preguntarle todo lo que quieran las veces que quieran, sin que su interlocu-

tor se cansa de responder siempre lo mismo. De hecho, el estudio de la empresa 9to5MAC⁸¹, destaca que el sector de población que más utiliza *Siri*, el asistente de voz más extendido en el mundo con más de 41 millones de usuarios, son los mayores de 55 años, especialmente las mujeres. El éxito de esta forma de interactuar se debe a que no necesitan que el usuario vea una pantalla y acierte con los dedos en ella, sino que todo el control se realiza mediante órdenes de voz. Además, para personas con problemas de visión o con temblores, este detalle significa la diferencia entre poder o no poder utilizar un dispositivo.

4. *Apps para aumentar el ejercicio físico.* Existen múltiples aplicaciones que fomentan la práctica de ejercicio físico entre los mayores, proponiendo diversas actividades que ayudan a prevenir el sedentarismo y el exceso de peso. Una de ellas es Podómetro, una aplicación que permite calcular las distancias y las calorías consumidas en los paseos. Estas aplicaciones además están integradas con dispositivos “wearables”, cada vez más utilizados entre las personas mayores. También existen varias apps para mejorar la adherencia a los tratamientos médicos, como *Medisafe*, que alerta mediante notificaciones cuándo se deben tomar los fármacos.
5. *Aplicaciones para mejorar la memoria.* Actualmente han aparecido muchas aplicaciones para móviles y tabletas que tienen como público objetivo adultos mayores y que

81 Article “Siri still the most popular intelligent assistant, but usage down significantly”, 9to5mac.

buscan ejercitar la memoria e incrementar la capacidad cerebral. Aunque el 'boom' inicial ha pasado, sigue habiendo aplicaciones muy populares como *Memory Trainer*, que permiten desarrollar capacidades de cálculo mental, lenguaje y lógica.

6. *Mensajería instantánea como herramienta intergeneracional*. Los servicios de mensajería instantánea contribuyen a que muchas personas mayores estén en contacto con sus seres queridos en cualquier momento. Tal como comenta Mireia Fernández-Ardèvol, investigadora del IN3 de la UOC y experta en comunicación móvil, personas mayores y TIC, la popularización de tecnologías digitales como el teléfono móvil ha facilitado la comunicación persona a persona. Ahora ya no se llama a un lugar para contactar con una persona concreta. Antes los abuelos llamaban a casa y hablaban con los padres o las madres, quienes luego les pasaban a los niños. Actualmente la comunicación es directa entre los interlocutores, como ocurre con *Facebook*. Cuando se empezó a utilizar más la red social *Facebook* había adolescentes que no querían agregar a los padres, pero sí a los abuelos, porque consideraban que estos no los censurarían.



7. *Movilidad.* Existen dispositivos con sensores que permiten monitorizar la actividad de las personas mayores de forma no invasiva. Por ejemplo, detectan si la persona cierra y abre puertas, presencia de humo, gas o incluso si se produce una caída. Se pueden emplear varios tipos de sensores en la vivienda como detectores de presencia, que se colocan en las principales estancias del hogar (típicamente cocina, baño, dormitorio, salón y cama) para realizar un seguimiento del grado de actividad de la persona; detectores de apertura, que se instalan en la puerta principal del hogar para registrar las ausencias domiciliarias y en elementos como el frigorífico o el microondas para realizar un seguimiento de hábitos alimenticios. El análisis de la información proporcionada permite detectar cambios en el comportamiento que pueden estar originados por un simple malestar del usuario o ser indicio de algún problema más grave (caída, estrés, depresiones, pérdida de movilidad, trastornos del sueño, movilidad anormal, trastornos de alimentación, etc.).
8. *Entretenimiento.* Desde libros digitales ligeros con pantallas especiales que no cansan la vista hasta videojuegos intuitivos para tabletas y dispositivos móviles. Sin olvidar los contenidos audiovisuales (películas, series y documentales) que Internet y las televisiones inteligentes ofrecen a día de hoy.
9. *Nutrición,* ayudándoles a mejorar su alimentación a través de diversas aplicaciones disponibles para Android y para iOS.

La tecnología se va integrando en la vida de las personas mayores en España

Según el Barómetro “Retrato de un jubilado en España”⁸² elaborado por VidaCaixa, en octubre de 2017 entre personas de 65 y 77 años que han dejado de trabajar, los jubilados españoles poseen de media tres dispositivos electrónicos: el 75% tiene un ordenador, el 70% tiene smartphone y el 45% tiene una tableta. Incluso tienen hobbies relacionados con la tecnología: un 7% tiene una videoconsola y un 4% una cámara deportiva.

También están estrechamente vinculados a las redes sociales. *Facebook* es su red social favorita: un 46% afirma usarla y, de ellos, el 65% la visita como mínimo una vez al día. YouTube es la segunda red social más utilizada, por el 43% –y el 76% de quienes lo hacen visualiza contenidos como mínimo una vez a la semana–. Además, los jubilados españoles están al día de las aplicaciones móviles más utilizadas: el 70% tiene *WhatsApp* en su teléfono y el 20% habla a través de *Skype*.

Por otro lado, según datos del Instituto Nacional de Estadística de 2018, recogidos en el informe ‘Un perfil de las personas mayores en España’⁸³, elaborado por Envejecimiento en Red, un 47% de los mayores de 65 años ha utilizado Internet en los últimos tres meses. Esta cifra ha crecido casi un 30% entre 2006 y 2016, lo que es sin duda una buena noticia. Los datos demuestran que la tecnología cada vez está más integrada en el día a día de las personas mayores en nuestro país.

Sin embargo, como se comentaba anteriormente, a pesar de que la adopción de la tecnología va mejorando entre los mayores,

82 “Retrato de un jubilado en España” elaborado por VidaCaixa

83 “Un perfil de las personas mayores en España”, Envejecimiento en Red, 2018.

la brecha digital sigue siendo un hecho. Según la UOC tenemos que diferenciar entre una brecha digital ocasionada por la dificultad de acceso y otra que es fruto de los problemas de uso. La dificultad de acceso es la que mide si los mayores usan o no, por ejemplo, internet en el móvil. El problema es que esto no es suficiente para valorar si existe o no una brecha digital porque hoy prácticamente todo el mundo tiene móvil. La clave por tanto está en el uso. Por ejemplo, aquellos mayores que utilizan *WhatsApp* no tienen por qué ser usuarios habituales de otros servicios de internet. Actividades como la compra online o hacer gestiones con las administraciones públicas aún son barreras que generan ciertas desventajas. Hay personas mayores que regularmente usan *Facebook* o *WhatsApp* pero que cuando tienen que hacer algún tipo de actividad más sofisticada necesitan una red de apoyo, normalmente su familia.

Envejecer en casa: la tecnología necesaria para que las personas mayores sean independientes

Vivimos cada vez más años. La esperanza de vida es una de las cualidades más sobresalientes de nuestro país. Somos los cuartos más longevos del mundo (por detrás de japoneses, australianos e italianos) con una media de 83 años. La mejora de las condiciones de vida en las últimas décadas ha sido un factor clave en este incremento y reflejo de ello es que los mayores desean vivir de forma más saludable y tienen una vida más activa que antes.

Este aumento en los años de vida hace que cada vez cobre más importancia el hecho de tener casas mejor adaptadas para afrontar los retos derivados de la edad: desde la reducción de la movilidad, a la lucha contra la soledad o el ocio. No hay que olvidar que una casa poco adaptada a las necesidades de los mayores

ejerce justo un efecto contrario al de motivar su independencia, ya que cada vez se verán más limitados para hacer cosas y esto les afectará psicológicamente y generará frustración por necesitar ayuda externa.

Además, según la empresa Stannah⁸⁴ en Europa y Estados Unidos, aproximadamente un 90% de los mayores afirma que prefiere poder envejecer en su propia casa. Esto tiene claras implicaciones psicológicas y emocionales, por lo que supone mantener una rutina en el mismo entorno en el que han vivido siempre, cerca de su familia y amigos. Pero también evidentes ventajas económicas, ya que es más barato adaptar la vivienda a las nuevas necesidades que cambiar de casa o recurrir a una residencia.

En cualquier caso, envejecer en casa no es tan sencillo como parece. ¿Están nuestras viviendas construidas correctamente desde un punto de vista arquitectónico para dar respuesta a las necesidades de la tercera edad? La respuesta es evidentemente no.

Tradicionalmente, el sector inmobiliario en nuestro país ha optado por la construcción de viviendas en altura, en sentido vertical, debido sobre todo al alto precio del suelo. La mayoría de las casas en nuestras ciudades y pueblos tienen varias plantas y en algunos casos incluso los edificios carecen de ascensores. Todo esto supone una evidente barrera para todas aquellas personas que tengan una movilidad reducida.

Por eso, cuando hablamos de la importancia de la tecnología para facilitar el envejecimiento en el hogar tenemos que empezar por preguntarnos qué cambios hay que hacer en la casa para que podamos vivir de forma independiente y segura a cualquier edad.

84 "Envejecer en Casa: adapte su hogar a la tercera edad", Stannah.

El envejecimiento en casa implicará cambios significativos en la arquitectura y el diseño de interiores ya que el abanico de riesgos a los que nos enfrentamos crece de forma directamente proporcional a la edad. Afortunadamente, el actual desarrollo tecnológico hace posible minimizarlos.

Por ejemplo, podemos instalar detectores de humo y fugas de gas en la cocina que eviten incendios o intoxicaciones; barras en los pasillos o el baño para agarrarse, antideslizantes en la bañera, sillas salvaescaleras en el caso de que haya que salvar dos alturas, ajustes y regulaciones en la intensidad de las luces para que tengan la mejor visibilidad, etc.

Una vez que tenemos un “entorno” seguro y accesible, donde puedan tener una buena calidad de vida, es el momento de ir un paso más allá y mostrarles los usos de la tecnología para mejorar su tiempo de ocio, estar más en contacto con sus seres queridos o llevar una vida más saludable.

Una de las primeras cosas que debemos hacer es enseñarles a utilizar un *smartphone* o tableta y conectarse a Internet desde casa. Como se ha comentado, muchos de nuestros mayores creen que estos dispositivos son complicados, pero sin duda su uso puede significar un antes y un después en su día a día gracias a la oferta de servicios a los que pueden empezar a tener acceso.

Por mencionar solo algunas aplicaciones, Internet puede mejorar notablemente sus rutinas alimenticias o físicas. Como comentábamos anteriormente al hablar de las ventajas de las TIC para los mayores, algunos de los que viven solos pueden llegar a descuidar su alimentación y son muchas las apps (Recetas o Nu-

trición) que les pueden ayudar a planificar sus comidas y preparar platos sencillos y saludables.

Por otro lado, el ejercicio físico es fundamental a cualquier edad, pero mucho más si cabe para las personas mayores. Aplicaciones como *Aptitud Mayor Diaria* o *Ejercicios de Yoga para Mayores* les pueden ayudar a mantener una rutina diaria de ejercicios.

Las posibles aplicaciones de la tecnología para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores son ilimitadas y nuevas tendencias como la inteligencia artificial o la robótica no hacen sino ampliar su alcance. Desde pequeñas viviendas pensadas para ser instaladas junto a otra casa y que están adaptadas para monitorizar señales vitales y controlar movimientos (como el proyecto *MedCottage* de la empresa N2Care), hasta robots-enfermeros (Ri-Man) que actúan como cuidadores y son capaces de transportar a personas mayores por la casa, mascotas robóticas (Nuka) para ofrecer compañía y reducir los niveles de tristeza y aislamiento o plataformas colaborativas (Joyners) que permiten contratar a cuidadores titulados en menos de una hora.

Con todo esto, es evidente que la creciente tendencia de envejecer en casa –en muchas ocasiones en soledad, como se mencionó al inicio– tiene como mejor aliado la tecnología. Su objetivo es la simplificación de todas las tareas que antes suponían un gran esfuerzo o incluso peligro para las personas mayores. Sin embargo, sabemos que la disponibilidad, la democratización de la adopción e integración de todas estas tecnologías llevará tiempo.

En el año 2002 Cruz Roja Española y Fundación Vodafone crearon la Fundación de Tecnologías Sociales (TECSOS) combinando el conocimiento social de la primera con el tecnológico de la

segunda para mejorar la vida de las personas. Una de los ejes de su actividad ha sido el de la teleasistencia, introduciendo nuevos modelos de referencia que pudieran universalizarse.

Actualmente, existen servicios de atención a personas mayores que no se podrían prestar sin las nuevas tecnologías. El mejor ejemplo es el servicio de Teleasistencia lanzado por Cruz Roja Española en el año 1989, con unas prestaciones que iban más allá del concepto de telealarma de otros países europeos, ofreciendo llamadas periódicas de seguimiento, visitas al domicilio, transporte adaptado, felicitación de cumpleaños, etc. Este modelo se ha convertido en una referencia y gracias al apoyo de las administraciones públicas se ha universalizado y cuenta en España con más de 700.000 personas atendidas.

Actualmente se está viviendo una auténtica revolución que está cambiando el escenario de los servicios de Teleasistencia tal y como los conocíamos hasta ahora:

- *Teleasistencia móvil*. Apretando un botón, el usuario contacta con un Centro de Atención desde donde acceden a su ubicación. Se utilizan sistemas de geolocalización avanzados basados en la combinación de GPS, redes de telefonía móvil y puntos de conexión wifi para obtener la ubicación más precisa posible.
- *Videatención*. La videollamada es un nuevo canal más cálido, cercano e interactivo, donde se realizan ejercicios de estimulación cognitiva que podría ser equivalente a la que llevan a cabo con un terapeuta en un Centro de Día.
- *Redes sociales (enred@te)*. Una de las principales necesidades que tienen las personas mayores es mitigar

el sentimiento de soledad y aislamiento. Este proyecto, llevado a cabo por Cruz Roja Española, Fundación Vodafone y la Fundación TECSOS, crea un punto de encuentro virtual de personas mayores y voluntarios, que permite acceder de una forma sencilla a contenidos de interés y contactar entre sí a través de una tableta. El objetivo final es que esos nuevos círculos de amistad creados a través de enred@te se puedan trasladar y continuar en el mundo presencial.

- *Ciudades inteligentes*. La evolución de los terminales de Teleasistencia ha conseguido ofrecer servicios sociosanitarios con capacidad de procesamiento de información, lo que permite no solo notificar una situación de emergencia, sino también procesar y transmitir datos e integrarlos con las plataformas de gestión y monitorización de que disponen las denominadas Ciudades Inteligentes (*Smart Cities*).
- *Orientatech*, tu Asesor de Tecnologías Sociales www.orientatech.es es una iniciativa sin ánimo de lucro cuyo principal objetivo principal es dar a conocer de una forma rigurosa, imparcial y con un lenguaje cercano las soluciones TIC existentes que pueden ser de utilidad para fomentar la autonomía personal y el envejecimiento activo.

Tu asesor de tecnologías sociales

Selecciona una o más necesidades y haz clic en "Buscar producto" para ver tus productos

NECESIDADES	TECNOLOGÍA	ÁREA DE INTERVENCIÓN
 Adaptación	 Aislamiento	 Audición reducida o nula
 Dificultad de comprensión	 Dificultad de manipulación	 Dificultad de movilidad
 Envejecimiento	 Visión reducida o nula	 Vulnerabilidad

[Buscar producto](#)

El proyecto se materializa en la plataforma orientatech.es, un nuevo 'Orientador' de Tecnologías Sociales, que ofrece filtros de búsqueda para que cualquier persona pueda encontrar y comparar las soluciones y productos que mejor se adapten a su necesidad. El análisis de los productos se lleva a cabo siguiendo una metodología de pruebas y unos criterios públicos, que han sido establecidos previamente en base a los más de 15 años de experiencia en validación de Tecnologías Sociales. Las pruebas son realizadas por parte de un equipo de ingenieros de Fundación de Tecnologías Sociales y Fundación Vodafone España expertos en la aplicación social de la tecnología, que realizan la verificación técnica del producto, y un grupo de voluntarios y usuarios de Cruz Roja, que conocen las necesidades a la que va dirigido el producto y que realizan la validación social. Esta valoración técnica y social se complementa con información práctica como videos, fotos, opiniones de otros usuarios y entidades con información del producto incluyendo tipo de garantía, formas de adquisición y toda aquella información que pueda ser relevante para conocer el producto.

El proyecto es un punto de encuentro para todos los actores del sector a través del cual los usuarios finales dispondrán de un medio para comparar los productos existentes y compartir su opinión, los fabricantes podrán dar a conocer, mejorar y adaptar sus productos y las Administraciones Públicas y profesionales del sector dispondrán de una fuente para contrastar información.

Internet de las cosas, inteligencia artificial y chatbots

La entidad IDC define el Internet de las Cosas como un conjunto de sensores, sistemas o productos conectados, ya sea de manera inalámbrica o a través de cables, con la capacidad de generar datos de forma automática, sin intervención humana. Pero el Internet de las Cosas es precisamente, el de las personas. Por ejemplo, en Ontario existen las *Schlegel Villages*, unas aldeas conectadas para los ancianos. Mediante tecnología de seguimiento de ubicación, los mayores tienen clips para el cinturón o pulseras que les rastrean si comienzan a alejarse. *Schlegel Villages* también está implementando un sistema de salud electrónica para monitorizar los signos vitales de un paciente.

El Internet de las Cosas cada vez está más presente en la vida de los españoles. Nuestro país es el quinto de Europa en inversión y el mercado de esta tecnología crecerá hasta los 23.000 millones de euros en 2020. Esperamos que muchas soluciones y servicios puedan crearse para mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

La inteligencia artificial será sin duda un apoyo esencial para cuidadores y mayores. Un asistente virtual no sustituye la compa-

ñaía humana pero sí ayuda en determinados momentos a sentirse menos solo y más conectado al mundo.

Si pensamos en los usuarios de dispositivos con inteligencia artificial y los asistentes de voz para el hogar tipo Alexa de Amazon, Google Home y, ahora, el *HomePod* de Apple, podrían ser jóvenes que encajan a la perfección en el perfil de *early adopters*, término que se usa para definir a aquellos que están a la vanguardia en la adquisición de los últimos productos y experiencias tecnológicas. En cambio, cada vez hay más ejemplos de personas pertenecientes al colectivo de la tercera edad que están probando, aprovechando y disfrutando los servicios que estos dispositivos pueden ofrecer.

Según recoge *MIT Technology Review*, 50 ancianos de San Diego –en su mayoría octogenarios– llevan unos meses probando Alexa. Como parte de un programa piloto organizado por la ONG *Front Porch*, se distribuyeron los dispositivos entre los participantes en el programa y, tras un breve periodo de formación, cada uno ha ido descubriendo y adaptando *Alexa* a sus necesidades. Han utilizado el asistente para poner alarmas y recordatorios de medicación, seguir las noticias, conocer el tiempo, escuchar música o audio libros. También han programado *Alexa* para comunicarse con su familia y el objetivo es que realicen acciones como controlar termostatos o las luces. Es decir, todo ha comenzado con un proceso de aprendizaje básico y puede finalizar con el control de un hogar inteligente.

Por otro lado, el gran avance de los *chatBots* ha llegado en el momento perfecto para ayudar a las personas mayores. Estos asistentes entienden la misma pregunta de diversas formas para tener la oportunidad de formar un enlace con su dueño. Mediante

la programación neurolingüística, el *bot* está en constante aprendizaje.

La capacidad de comunicarse de los *chatbots* podría ser la característica más llamativa, pero la inteligencia artificial también puede controlar la salud de las personas mayores y alertar de emergencias. Los científicos de la Universidad Estatal de Washington han utilizado sensores para recopilar datos sobre cómo los residentes se comunican e incluso identificar la depresión o demencia. En un futuro no muy lejano, podríamos ver algoritmos desarrollados para predecir cambios en el comportamiento y prevenir problemas de salud futuros.

Como veíamos anteriormente, aunque los robots no pueden sustituir la interacción humana, pueden llenar el vacío de la soledad que sufren los mayores. En San Francisco, un grupo de ancianos participa en un estudio con un dispositivo llamado *ElliQ*, donde una máquina de aprendizaje entiende las preferencias del propietario con el fin de recomendar actividades. *ElliQ* también utiliza formas no verbales de comunicación, por ejemplo, cuando los familiares comparten fotos en *Facebook*, *ElliQ* puede mostrar la imagen en la pantalla antes de que la persona incline la cabeza, similar a cuando un familiar le muestra las fotos *in situ*.

Asimo de Honda, es un humanoide autónomo que apaga las luces y ayuda a dar de comer; y *Robobear* dispone de grandes brazos que posibilitan el cuidado de personas con falta de movilidad. Otros robots disponen de un sensor visual que identifica a la persona, percibe obstáculos y permite evitarlos mientras sigue en contacto visual con el sujeto. Si este se pierde, el robot se comunica con el cuidador y envía imágenes para mantenerle informado de lo que ocurre en el hogar mientras la persona está sola.

Es cierto que el futuro de las personas mayores no debería estar en manos de los robots. Pero sí es cierto que pueden ayudar en muchas tareas en los domicilios, en las residencias geriátricas y centros de día. La inteligencia artificial será capaz de asumir muchas de las nuevas funciones de atención médica y de acompañamiento.

Todos los nuevos servicios que ya son una realidad, junto con los proyectos de innovación en los que se está trabajando actualmente, configurarán un nuevo mapa de servicios y aplicaciones en las ciudades del futuro. Un uso responsable de las TIC es un elemento clave que nos permite mejorar la seguridad, accesibilidad, autonomía y eficiencia con el fin de mejorar la atención y la calidad de vida de las personas mayores.

Europa y la promoción del envejecimiento activo

Como ya se ha mencionado, el fenómeno demográfico actual con fuertes implicaciones en el sistema sanitario obliga a buscar soluciones que permitan mejorar el empoderamiento de los mayores y aumentar su autonomía. Gracias a la evolución de la medicina, las enfermedades que antes eran mortales han pasado a convertirse en crónicas, lo que está conduciendo a que las personas se involucren en el cuidado de salud sin la necesidad de que este se realice únicamente en los hospitales. Es por eso que la industria y la Administración Pública deben ser conscientes de estos cambios, incorporando a sus propuestas clínicas cada vez más soluciones orientadas hacia el entorno doméstico.

Por este motivo, la Comisión Europea apuesta por promover y financiar proyectos que mejoren el envejecimiento activo y saludable de los mayores gracias a la tecnología, para que per-

manezcan el mayor tiempo posible en su vivienda habitual en las mejores condiciones.

Concretamente existen los Programas Marco (actualmente nos encontramos en el H2020) que incluye la investigación en servicios y entornos inteligentes para la población mayor, así como la investigación para una inclusión personalizada. La Comisión Europea también promueve el Programa “Ambient Assisted Living (AAL)”, cuyo objetivo es precisamente llevar a cabo proyectos de I+D en los que se plantean «grandes desafíos a la sociedad» entre los que merece la pena destacar la adecuación de espacios (para vivir en sus casas y aumentar su autonomía), la movilidad de los mayores y el turismo senior (una característica específica del envejecimiento activo). En este documento también se señala la importancia de dar seguridad a las personas que necesitan ayuda, conseguir entornos «age-friendly» (amigables con los mayores) que permitan un acceso eficiente y cercano a los servicios cotidianos, y la promoción de redes familiares y sociales.

Uno de los proyectos englobados en el Programa Horizonte 2020 es ACTIVAGE, una iniciativa que apuesta por el Internet de las Cosas (IoT) como herramienta para mejorar el cuidado de las personas mayores, favoreciendo el mantenimiento de su independencia y participación social, así como reducir el impacto negativo que implican enfermedades crónicas y el deterioro.

En este proyecto impulsado por Europa participan más de 50 entidades, entre las que se encuentran Fundación Vodafone España, Fundación TECSOS y Cruz Roja Española, y está coordinado por la empresa de dispositivos médicos y sanitarios Medtronic. Dentro del consorcio, el 22% de las entidades que participan son

industriales, hay 14 institutos de investigación o universidades punteras, 11 grandes compañías y 15 PYME's altamente innovadoras.

Se trata de un proyecto de innovación que pretende crear y probar evidencias sustentadas en indicadores de calidad, sobre el impacto positivo que va a tener la tecnología IoT en la mejora de la calidad, la salud, el bienestar y la independencia de las personas mayores, pero también sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud y de cuidado sociales en los países de la Unión Europea.

El punto destacado de este proyecto es la implicación de un gran número de usuarios, concretamente más de 10.000 personas mayores, con los que se usará más de 43.000 dispositivos de IoT.

El proyecto que se desarrolla en 7 países distintos de la Unión Europea (España, Italia, Reino Unido, Francia, Alemania, Grecia y Finlandia), cuenta con una financiación de 20 millones de euros. Se han definido de forma clara las líneas de I+D+i que interesan desde una perspectiva europea global y común e involucrando a gran cantidad de actores externos, siendo la colaboración entre estos actores básica para alcanzar los objetivos buscados.

En España, la implementación de los pilotos se realizará en Madrid, Galicia y Valencia. Concretamente en Galicia, comunidad donde el envejecimiento de la población es uno de los principales problemas de la región, se centrará en probar, gracias a la tecnología IoT, los siguientes servicios en los hogares de los mayores:

- Cuidado de la salud. Soporte en el cuidado de la salud con seguimiento de variables clínicas (presión arterial, peso, coagulación, etc.) y recordatorio de medicación y medidas.

- Tranquilidad en el hogar. Seguimiento de las rutinas para detectar posibles situaciones de riesgo y prevenir accidentes en el hogar: detección de caídas, detección de incendios, escapes de gas y humos, recordatorios, etc.
- Pulsador de emergencia. Solución para pedir ayuda en caso de emergencia y ser respondida rápidamente, dentro y fuera de casa.
- Participación social. A través de una solución de videoconferencia se podrá informar sobre eventos y actividades de ocio, así como realizar ejercicios para mejorar la memoria.

En este piloto, pueden participar personas de más de 60 años, en el que también se involucrará a la red de apoyo del mayor (cuidadores/familiares/profesionales) en caso de incidencia.

El proyecto ACTIVAGE consta de tres fases de pilotaje que permitirán disponer de la evidencia técnica y científica que confirme nuestras hipótesis o nos muestren las correcciones necesarias a los planteamientos iniciales. Ahora está centrado en la expansión del número de beneficiarios por cada piloto, para más adelante trabajar en la consolidación de los programas de crecimiento en cada zona y en que estas soluciones se conviertan en referencia para los otros países de la Unión.

Otra acción europea para fomentar el envejecimiento activo y la permanencia de las personas mayores en el domicilio es *EIP on AHA (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing)*.

Esta plataforma promovida por la Comisión Europea tiene por objetivo poner en común el conocimiento e iniciativas de todas aquellas entidades que trabajan en proyectos de Innovación para el

Envejecimiento Activo y Saludable facilitando la colaboración y que dichas iniciativas puedan ampliarse y replicarse en toda Europa. Hay dos vías de participación:

- A través de los Grupos de Acción que abordan en diferentes retos: adherencia a la toma de medicación, prevención de caídas, debilitamiento funcional y fragilidad, cuidado integral, soluciones para la vida independiente y entornos amigables con las personas mayores
- O a través de *Reference Sites*, que son regiones europeas singulares en las que trabajan diferentes actores de forma coordinada con experiencias singulares en el ámbito de la Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable.

España y su papel en la promoción de la tecnología en los hogares de los mayores

Desde la Administración Pública, en los últimos años se han impulsado decenas de proyectos nacionales tanto de investigación básica como aplicada (TIN, TSI, CENIT, Avanza, CDTI, Retos, etc.) que impulsan las TIC a diferentes aspectos del envejecimiento.

Una de las iniciativas en las que se trabaja desde diciembre de 2007 es la plataforma eVIA (Plataforma Tecnológica Española para la Salud, el Bienestar y la Cohesión Social), que tiene como objetivos lograr un impacto positivo de las inversiones públicas y privadas en I+D+i en las áreas de las tecnologías aplicadas a la Salud y el Bienestar, lo que incluye la tecnología en la sanidad, facilitar la vida independiente de las personas con discapacidad, y elevar la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores.

De los proyectos que pueden ser destacados impulsados por el Ministerio de Economía y Competitividad, es *Smart Assist*

en la convocatoria Retos Colaboración con la cofinanciación de la Unión Europea. Este proyecto comenzó en septiembre de 2016 y tiene previsto la finalización en diciembre de 2018.

Hasta ahora, los sistemas de teleasistencia han sido un referente en tecnología social durante las últimas décadas con una gran penetración, pero no han evolucionado al mismo ritmo que el resto de las tecnologías del mercado. Asimismo, la teleasistencia tanto en su versión móvil como en su versión domiciliaria no ha sido diseñada desde la perspectiva de los colectivos con diversidad funcional, basándose fundamentalmente en la comunicación de voz para la prestación del servicio, lo que excluía expresamente a las personas con discapacidad auditiva entre otros. Respecto a los sistemas de videoconferencia, se han producido avances en los últimos años que han permitido su uso en aplicaciones sociales, pero estas soluciones se han desarrollado de forma disjunta e independiente, sin tener ligado a un sistema de teleasistencia.

El proyecto *Smart Assist* se basa en el diseño y desarrollo de un sistema de teleasistencia inteligente que combina e integra los beneficios de diferentes modalidades de prestación del servicio de atención existentes en la actualidad proporcionando nuevos interfaces de comunicación con los usuarios. Por tanto, el proyecto *Smart Assist* se centra en la integración de estas tecnologías en una sola plataforma que combine una teleasistencia domiciliaria avanzada y proactiva (basada en el uso de las TIC y sensores para la caracterización del usuario), la teleasistencia móvil fuera del domicilio y servicios adaptados como la videoatención o el uso de pulsadores accesibles. En esta solución, los conceptos de IoT juegan un papel clave ya que se basa en la instalación de un con-

junto de dispositivos que permitan monitorizar el comportamiento del usuario y de su entorno.

¿Cuáles son los servicios que se ofrecerán a la persona que tenga esta solución en su casa?

El conjunto de sensores y detectores enviarán alertas e información tanto a la persona usuaria como al cuidador. Este tipo de alertas pueden ser por cambios importantes en los patrones de comportamiento del usuario (como por ejemplo si no se levanta de la cama o del sofá en un número determinado de horas), o anomalías detectadas por los sensores ambientales (humo, gas, etc.).

Además, el sistema le ofrecerá recordatorios de citas, acontecimientos y tareas importantes, como pueden ser: los recordatorios de toma de medicación o las citas médicas, pueden ser enviados a la persona usuaria a través de mensajes de voz y mensajes visuales en la pantalla del televisor, ambos configurables por el cuidador o familiar.

También se proveen sesiones de entrenamiento y estimulación cognitiva personalizadas y conducidas a distancia por profesionales del ámbito sociosanitario de Cruz Roja Española, ofrecidas a la persona usuaria a través de videoconferencia en su propio televisor.

Se están probando mensajes de advertencia y refuerzos positivos que se muestran en la TV de la persona usuaria, relacionados con tareas, actividad física monitorizada a través del podómetro, y otros aspectos que incluyen seguridad y salud.

Dado que el colectivo de las personas mayores es muy heterogéneo, el sistema ofrece una amplia gama de posibilidades de personalizar el sistema en los diferentes escenarios de uso. El

propio familiar o cuidador es el que puede configurar el sistema de la persona mayor de forma fácil a través de un portal web.

Uno de los pilares de este trabajo es la involucración del usuario final, especialmente en personas mayores y personas con discapacidad. Gracias a esto, se garantiza la accesibilidad de la solución final para que cualquier persona que lo necesite, independientemente de sus capacidades, pueda beneficiarse del servicio de teleasistencia.

Smart Assist es un proyecto formado por expertos en campos complementarios y clave como la tecnología, los servicios sociales y la accesibilidad, que son Televés, Fundación Vodafone España, Universitat Politècnica de Valencia y Fundación TECSOS. Además, cuenta con la colaboración de Cruz Roja Española aportando su conocimiento y experiencia en la atención a personas y la validación social de la solución propuesta.

El proyecto se encuentra en su fase final de desarrollo y en proceso de planificación del piloto, el cual permitirá validar la solución en entornos reales y tanto por usuarios de teleasistencia más clásicos como por personas con diversidad funcional, para los cuales se ha demostrado que un sistema de llamada de emergencia en el hogar e integrado con el exterior puede ser de gran utilidad.

Referencias bibliográficas

Abellán García, Antonio; Ayala García, Alba; Pérez Díaz, Julio; Pujol Rodríguez, Rogelio (2018). “Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos”. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 17, 34 p. Sitio web: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>

ACTIVAGE Project, 2018. Consulta web: <http://www.activageproject.eu/>

Lovejoy Ben (2017). "Siri still the most popular intelligent assistant, but usage down significantly". 2018, de 9to5mac Sitio web: <https://9to5mac.com/2017/07/11/siri-usage-stats-analytics/>

Stannah (2018). "Envejecer en Casa: adapte su hogar a la tercera edad". 2018, Stannah. Sitio web: <https://www.stannah.es/recursos/envejecer-en-casa-adapte-su-hogar/>

Urueña López, Alberto (2018). "Las TIC en los hogares españoles, estudio de demanda y uso de Servicios de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información". 2018, de Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) de Red.es Sitio web: <https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/LVIII%20Oleada%20Panel%20Las%20TIC%20en%20los%20hogares%20espa%C3%B1oles%20%284T%202017%29.pdf>

Vidacaixa . Barómetro (2017); "Retrato de un jubilado en España". 2018, de Obra Social La Caixa Sitio web: <https://www.vidacaixa.es/documents/51066/151087/conclusiones-barometro-vidacaixa-retrato-del-jubilado.pdf/>

Woyke Elizabeth (2017). "Los octogenarios que sí amaban a Alexa de Amazon". 2018, de MIT Technology Review. Sitio web: <https://www.technologyreview.es/s/7945/los-octogenarios-que-si-amaban-alex-a-de-amazon>



Colección
Papeles de la Fundación

*La vecindad en el marco
de la copropiedad
La comunidad de propietarios necesita
de la comunidad de vecindad.
Hacia una política de lo común.*

*por Jorge Martínez Ortega, Psicólogo experto en
discapacidad y en Comunidades de Vecinos.
Consultor en Desarrollo Organizacional*

Introducción

Este artículo pretende ofrecer una mirada que integre tres preocupaciones, intereses relacionados que se dan cita en el subsistema social de las comunidades de propietarios/vecindad; la **C**risis de los cuidados, la **S**ostenibilidad del planeta y la **P**articipación ciudadana. Una mirada tricolor; Morada, Verde y Roja para un subsistema social tan presente en nuestras vidas cotidianas como invisibilizado.

Las comunidades de propietarios (término jurídico) y de vecindad (término social) son sub-sistemas sociales que se sitúan entre la familia y el barrio.

La administración, tanto de los recursos tangibles (estructura del edificio, instalaciones, recursos y zonas comunes) como de los intangibles (convivencia, solidaridad, armonía, conductas insalubres) se ha realizado al amparo de la Ley de Propiedad

Horizontal (LPH) que, a su vez, tiene su origen en la figura jurídica de la comunidad de bienes que se desarrolla en el libro 2, título III artículo 392 al 406 del Código Civil. El Código civil contiene un solo artículo sobre la propiedad horizontal: el 396. Cuando se promulgó, en 1889, la comunidad de bienes estaba poco extendida. La sociedad española era rural y los edificios de las ciudades eran de casi siempre de un solo dueño.

La inmensa mayoría de las personas que vivimos en las ciudades *convive* en el marco jurídico-institucional de la copropiedad. El 80 % según fuentes del colegio general de Administradores de fincas.

Una de las principales características que tienen hoy en día las Comunidades de propietarios es que la Ley de Propiedad Horizontal no reconoce a la Comunidad de Propietarios como personalidad jurídica, de tal forma que son los individuos que la componen, y no el grupo como tal, los sujetos de derechos y obligaciones, es decir, reconoce a los individuos, y no al grupo, el goce y disposición de las cosas.

Sobre la naturaleza jurídica de la Propiedad Horizontal se pronunció el Tribunal Constitucional en la sentencia 115/1999, de 14/6: La situación de propiedad horizontal no es propiamente una situación de comunidad, sino un régimen jurídico-real al que se sujeta la llamada propiedad separada de los diferentes pisos o locales en que se divide el edificio o conjunto inmobiliario al que se aplica, y del que derivan los derechos, cargas, obligaciones y responsabilidades que la ley establece.

Este marco de valores es el mismo en el conjunto del Estado, diferenciando que en Cataluña, en lugar de la LPH es aplicable el Código civil de Cataluña.

Fuentes del colegio de administradores de fincas, 2013, señalan que 15000 administradores y administradoras de fincas colegiadas gestionan alrededor de 40.000 millones de euros, en conservación y mantenimiento de los edificios, al que están vinculados alrededor de 86.000 empleos que representa a su vez el 3,5% del PIB.

En este capítulo se propone la necesidad de integrar la convivencia y la vecindad entendida como *bien común*, con los elementos comunes del edificio, razón de la *comunidad de bienes*.

En el marco de las reflexiones de Joan Subirats y Cesar Rendueles, entendemos la vecindad como bien común que se sitúa entre el ámbito de lo público y el ámbito de lo privado.

Estos dos términos tienen significantes parecidos, comunidad de bienes y bien común, pero “esconden” significados muy distintos, por lo que a lo largo de la lectura que sigue se intentará explicar la importancia de diferenciarlos para integrarlos en una unidad.

Desde el punto de vista de la sostenibilidad (la mirada verde) partimos también de que las ciudades y sus células básicas, las comunidades de propietarios/vecindad, son la expresión máxima de la extralimitación ecológica.

Las crisis, tanto democrática, ecológica, como de cuidados, requieren una política pública que incluya también este subsistema, como objeto de intervención, con el objetivo de “empoderar” a este complejo y omnipresente subsistema social, tanto desde el punto de vista jurídico, (comunidad de propietarios) como social (comunidad de vecindad).

Este capítulo aspira a generar debate, interés y reflexiones para la administración pública, para el activismo político comprometido

con la participación social y la sostenibilidad, para el Tercer Sector de acción social, para los profesionales de la arquitectura e ingeniería que consideran el mantenimiento y la rehabilitación objetivo clave y para la administración de fincas, una profesión que se enfrenta a una realidad cada vez más compleja, una profesión clave para la calidad de vida de las personas y a la vez tan denostada.

La comunidad de vecindad: un subsistema social invisibilizado

Como se señalaba en la introducción, este capítulo quiere contribuir a visibilizar y poner en la agenda política el subsistema social de vecindad que se desarrolla en el marco institucional de la copropiedad. Para ello, se señalan siete consideraciones, cada una limitada por el conocimiento adquirido hasta la fecha y con la esperanza de ser rechazadas, matizadas y completadas por personas interesadas en las tres crisis que señalaba al principio:

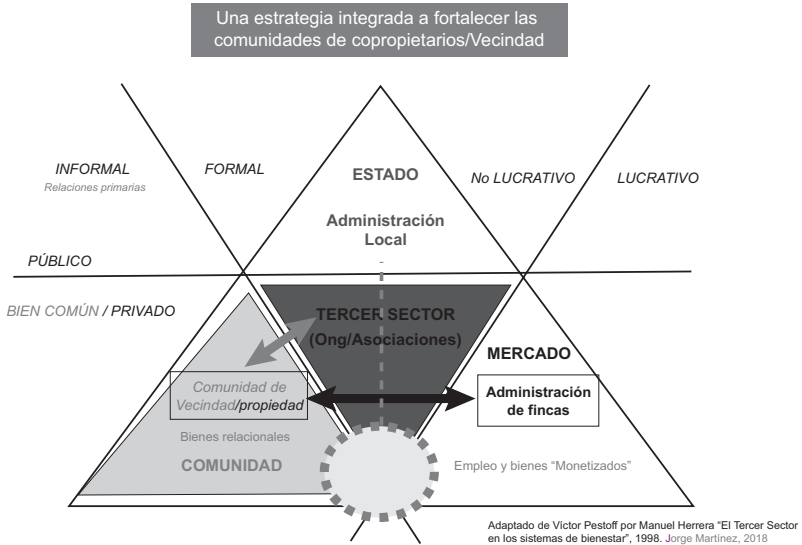
1. Las comunidades de propietarios/vecindad no se contemplan en el marco de las políticas de regeneración de las ciudades, en los procesos de participación ciudadana, cohesión social, bien común, ...etc. Por ejemplo, se identifican los edificios pero no el subsistema social que tiene que tomar decisiones sobre ellos. Se consideran claves las asociaciones vecinales, pero quedan invisibilizadas las comunidades de vecindad. Salvo en la publicación de Daniel Prieto, *Madrid ciudad de los cuidados*, en su pág. 79, donde destaca al vecindario de portal y escalera como red de apoyo.
2. Otra forma de invisibilizar al subsistema es considerar como única alternativa al modelo de copropiedad, otros

modelos de vivienda colaborativos, especialmente varios, p.e. Cooperativas en cesión de uso, Cohousing. Creo que no se considera tanto la capacidad económica como la exigencia relacional que requieren. Por otra parte, se obvia la fuerza de una tradición, de una cultura de propiedad privada inscrita en nuestro ADN, en nuestro código civil heredero del Derecho Romano. Una cultura de la propiedad privada que intenta corregir en sus excesos el Estado Social que emana de la Constitución.

3. La vecindad, la convivencia es minusvalorada, ocultada, tachada de pueblerina, como toda la función reproductiva en un modelo patriarcal. P.e. *La que se acerca*, serie de televisión. Promover la vecindad no es objeto de las Administraciones públicas. En la Fig. 1 se quiere destacar que las instituciones públicas no-autoritarias, además de garantizar derechos, tienen capacidad de promover lo común.
4. La experiencia de intentar impulsar una política pública para empoderar a este subsistema se encuentra con la mirada escindida entre los departamentos de Vivienda y Urbanismo por un lado y Servicios Sociales por otro. La mirada social de las consejerías de vivienda se centra, en el mejor de los casos, en el acceso a la vivienda, no así en la convivencia. Los Departamentos de Servicios Sociales, quizás atrapados en un origen de asistencia social, tiende a considerar la mirada prestacional y en base a colectivos del Tercer Sector de acción social. (Aliena 206), (Fantova 2018).

5. Los referentes que crean imaginarios sociales, en relación con la convivencia en este subsistema social, tienen que ver con la difusión de normas y diferentes sentencias judiciales. Aunque las leyes y la capacidad normativa son necesarias generan la falsa ilusión de que son suficientes, limitan la mirada a la comunidad de propietarios. La normativa no considera que hay una comunidad de vecindad que propone, que considera que la decisión más importante es identificar y secuenciar los puntos a decir en el orden del día de las Juntas y no solo el cumplimiento de las decisiones tomadas.
6. A lo largo de estos diez años están surgiendo innumerables iniciativas comunitarias especialmente valiosas, salvo excepciones como la iniciativa *la Escalera* y el programa *Promotor/a de la salud* y *Portal solidario* de Cruz Roja Gipuzkoa, el Tercer Sector de acción social y el activismo ecológico han transitado del hogar al barrio si intentar influir y conceptualizar las dinámicas que se construyen en los portales. “lo mejor y lo peor de la sociedad ocurre en las comunidades de vecinos”, señalan una y otra vez los responsables del programa de Cruz Roja. En la fig. 1 se intenta resaltar y situar el papel del Tercer Sector de acción social.
7. No se ha encontrado ninguna investigación o tesis doctoral sobre este subsistema social, en disciplinas como sociología, antropología, psicología social.

Fig.1 Una política pública que tiene en cuenta todos los actores



Situación actual

Los vecindarios fuertes están en declive. Las personas, que en los años 50-60, en el marco del gran trauma, trajeron su "bien común" a las "comunidades de bienes" nos están dejando y con ellos, a su vez, un vacío enorme.

Cada vez más, en la comunidad de copropiedad, entre propietarios, la generosidad es sospechosa. El patrón relacional ha transitado hacia la invisibilización del otro.

Si navegamos en la red y buscamos "comunidad propietarios", la mayoría de las entradas son problemas, sentencias y juicios. Esto genera, en muchas ocasiones, que un vecino, el otro, es un enemigo, a no ser que se demuestre lo contrario.

Como se ha mencionado antes, el derecho, las leyes, son condición necesaria para la convivencia, pero absolutamente insuficiente.

La jerarquía entre el binomio la ética de la justicia y la ética del cuidado se evidencia determinante a favor de la primera en este subsistema social. El déficit empático de la justicia se vuelve crítico cuando introducimos la perspectiva temporal, se evidencia dramático, cuando sentimos, a lo largo de las “interminables” juntas, a lo largo de los años, que no solo somos copropietarios, sino, además, también somos personas y para las relaciones entre personas no es suficiente el desarrollo del artículo 6 de la LPH que señala la posibilidad de elaborar las normas de régimen interior.

Desde el punto de vista de sostenibilidad de un planeta finito, las ciudades y las ciudadanías se configuran como los espacios y actores clave para afrontar el desafío energético-climático. En las cada vez más descomunales ciudades, se genera entre el 70 %-80 % del consumo energético y de las emisiones de gases de efecto invernadero. Según estimaciones hoy utilizamos 16 veces más energía que a principios del siglo xx.

Los edificios en los que viven personas, la mayoría de nosotras, estamos llamados a ser claves en la generación de energía renovable, señalando, resaltando, que ésta tiene que ser distribuida, democrática y justa

Quizás un escollo difícil de superar para un cambio, es que podríamos aventurarnos a decir que el actual modelo de comunidad de propietarios y su alto consumo en energía y materiales está al servicio del incremento del PIB.

El modelo cada vez más presente entre los vecinos de comunidad es la no colaboración entre propietarios en relación con los elementos comunes, en ausencia de diálogo previo, surge la concurrencia competitiva en las juntas; –que hay de lo mío!!.

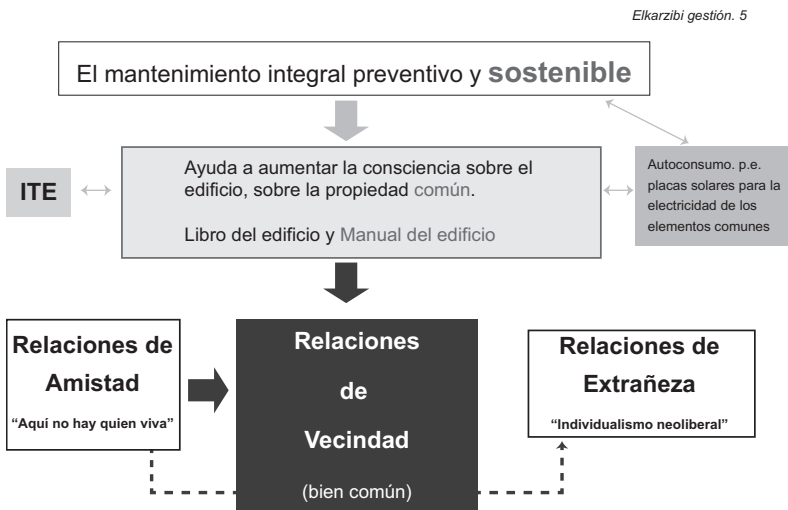
En ausencia de reciprocidad diferida no hay visión, ni sentido de la equidad.

En España hay una ausencia generalizada de profesiones expertas como la ingeniería y la arquitectura que apoyen directamente a las personas propietarias a dialogar entre sí para construir un futuro compartido y responsable sobre los elementos comunes. Profesionales que nos ayude tanto a relacionarnos con los innumerables proveedores de servicios como entre los propios propietarios. El foco compartido sobre los elementos comunes, el dialogo previo a la Junta es un motor tangible, explícito para generar vecindad Fig. 2.

Sabemos de automoción, decoración de baños y salas de estar, pero ignoramos las claves de un edificio eficiente energéticamente, de la importación de un buen mantenimiento de ascensores o de la importancia de contar con una competente Administración de Fincas colegiada.

En la Fig. 2 se propone un modelo para ayudar a tomar conciencia de los elementos compartidos, los elementos comunes, tangibles que señala la LPH sobre los que se establece la tan presente cuota de participación. La idea es generar proyecto común y vecindad cuando solo hay, solo vemos, fuente de gasto.

Fig. 2 Los elementos comunes: tangibles para construir un imaginario común



La incorporación de profesionales de la arquitectura e ingeniería a la gestión integral y sostenible de los *elementos comunes tangibles* se hace necesaria, pero, hasta la fecha, salvo excepciones, están situados solo en la parte de proveedores de servicios a las comunidades y no en contribuir a que estas, a que las propias comunidades se empoderen, se convierta en clientes expertos ante la infinidad de proveedores que necesita un edificio.

Política pública

Se plantea la urgente necesidad de identificar y desarrollar una estrategia pública cuya misión sea que las comunidades de vecindad tomen decisiones inteligentes sobre su comunidad de bienes, una política frente a la fatalidad.

Una política pública que invierta el proceso actual en el que la comunidad de propietarios (comunidad de bienes) está

derrotando a las comunidades de vecindad (al bien común) en el marco de la injusticia e inequidad creciente que genera la ideología neoliberal.

Necesitamos una política pública social intersectorial (Vivienda y Servicios Sociales) que complete la desarrollada hasta la fecha.

Desde el derecho civil, las *comunidades de propietarios* se definirían como la concurrencia de una colectividad de personas en la titularidad de derechos que, sin perjuicio de su sustancial individualización, recaen sobre fracciones de un mismo edificio y dan lugar a relaciones de interdependencia que afectan a los respectivos titulares, que ha hecho indispensable en la práctica la creación de órganos de gestión y administración.

La seguridad jurídica que supuso la Ley de Propiedad Horizontal (LPH) en los años 50-60, es evidente que fue necesaria en un modelo de propiedad privada y sociedad rural, pero, en un contexto de urbanización brutal y virtualización de las relaciones hoy es claramente insuficiente. Cuando el imaginario rural, el saber de los trabajos comunitarios y el “aúzolan” están en nuestras residencias para personas mayores necesitamos repensar los modelos de servicios a las comunidades de copropiedad.

Como señalamos en la introducción, la propiedad horizontal hizo su irrupción, 1889, en los ordenamientos jurídicos como una modalidad de la comunidad de bienes. El progresivo desenvolvimiento de la institución ha tendido principalmente a subrayar los perfiles que la independizan de la comunidad. Una acentuación de la individualidad, desde el punto de vista de la propiedad, necesita compensadores para favorecer comunidades relacionales en un mundo urbano.

En el marco de un deseado equilibrio entre el Estado de Bienestar y Sociedad del Bienestar necesitamos una política pública al servicio del bien común como se señala en el esquema clásico en la Fig. 1

Como señala en una entrevista en el periódico Heraldo (16/08/2018) **Gustavo García**: “*La soledad no se arregla con más servicios sociales, sino con compañía. No hay más*”.

El apoyo a este sub-sistema social requiere de una articulación entre las estrategias de las políticas públicas transversales de los Departamentos de (Vivienda, Servicios sociales, Salud, Industria...), los servicios profesionales privados (p.e administradores de fincas, empresas de atención a domicilio.) y en especial la sociedad civil. Nivel institucional, nivel económico y nivel cultural.

Son necesarios modelos culturales para superar/enfrentar problemas que surgen en la acción colectiva como el Dilema del Prisionero, la Tragedia de los Comunes y en especial el de Polizón, modelos que se extienden de forma fatal en las ciudades, en las comunidades de propietarios en ausencia de vecindad.

Es necesario que las comunidades de propietarios/vecindad se conviertan en diana de las acciones para reconducir las amenazas de crisis y colapso eco-social a las que nos enfrentamos.

La idea de recuperar la vida social, que se ha ido lapidando absorbida por la lógica de la producción, la competitividad, el consumo y la monetización de las relaciones, se ha convertido en un eje claro de numerosos ayuntamientos y municipios en el conjunto del Estado; por ejemplo *Madrid ciudad de los cuidados*. Un foco clave de estas iniciativas es que se ha centrado/polarizado en fortalecer el barrio en su relación con el distrito, obviando el subsis-

tema jurídico-económico y social de la comunidad de propietarios/vecindad.

En la XI legislatura el Gobierno Vasco eligió como marca corporativa, “Euskadi, bien común, Euskadi Auzolana.”

Como se señala en la figura 2, *Los elementos comunes: tangibles para construir un imaginario común*, las Inspecciones Técnicas de Edificios, ITE, se convertirían en una oportunidad para la toma de conciencia, para un consumo responsable, si se integran en la vecindad.

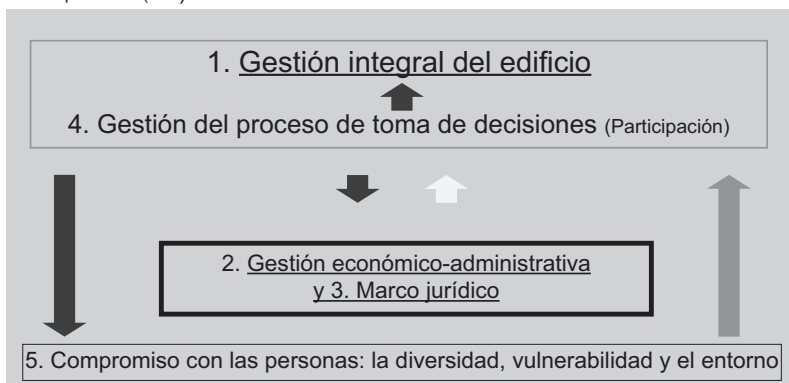
La política pública de vivienda, que se ha desarrollado hasta la fecha, se ha dirigido a las personas en la medida en que son propietarias de bienes inmuebles y se ha invisibilizado el hecho inevitable de que tienen que convivir y tomar decisiones juntas.

Necesitamos una política pública, dimensión cultural, que promueva como expresión de civismo valorado la participación en la comunidad de propiedad. En la Fig.3 se señala la necesidad de que las comunidades de propietarios incorporen procesos de participación vecinal para preparar el proceso de tomar de decisiones, mejorar la convivencia y reducir el consumo.

Fig. 3 Elkarbizi gestión.5

GESTIÓN INTEGRAL DE LA COMUNIDAD de propiedad/vecindad
Cinco procesos (3+2)

Elkarbizi gestión. 5



Las “temidas” Juntas de propietarios se convierten en muchas ocasiones en un teatro de la estupidez humana cuando se ignora que el proceso más importante es la elaboración del orden del día, la generación de opciones y la redacción del acta posterior.

En una entrevista a un propietario octogenario, que había aceptado ser presidente durante más de una década, “sabía de cuentas”, me comentó; *–en mi tiempo los hombres íbamos a las reuniones, pero el orden del día lo decidían las mujeres–*.

Las comunidades de propietarios necesitan, según su complejidad, cultura e historia, regenerar una nueva vecindad, señalaremos a continuación que, en su desarrollo más completo y complejo, las comunidades debieran organizar la participación a través de comisiones de vecindad, espacios y tiempos para compartir inquietudes, dudas, ilusiones para lograr tanto unas juntas de propietarias y propietarios más eficaces y eficientes como parar generar entornos de cuidado en el sentido más amplio de la expresión.

Como bien señala Daniel Prieto en las conclusiones del trabajo de investigación, señalado anteriormente: *Sobre los valores de la cultura, que expresan un sistema ideológico, se edifican las normas y la moralidad que prescriben lo posible y lo pensable en relación con los derechos y los deberes de cada sujeto respecto a la sociedad. Cuánto le concierne a cada cual, lo que le sucede al otro, cómo se concibe lo común y qué sistema de reciprocidad alienta las expectativas respecto a la responsabilidad sobre el cuidado de lo propio y de lo compartido representan cuestiones a priori genéricas y, sin embargo, trascendentales de cara a la comprensión del contexto sociocultural sobre el que aterriza una propuesta con mimbres tan atípicos como el Plan Madrid Ciudad de los Cuidados.* Si la apuesta del ayuntamiento de Madrid por los Cuidados con mayúsculas, excede la capacidad de actuación municipal, requiere de una política más global, el empoderar a las comunidades de vecindad requiere de una estrategia combinada entre los diferentes niveles de la administración.

Quizás, por último, cabe resaltar que, en la transición a comunidades vecinales más inclusivas, la dimensión cultural va a ser resultar clave. En el libro *La gran encrucijada*, hay un capítulo titulado “Sin reconfigurar los imaginarios sociales no será posible el cambio”. En este artículo, en el anexo I, se recoge como muestra el trato que el cine y la televisión ofrece de las comunidades de propietarios. Salvo la película sueca *Un hombre llamado Ove* todas transmiten el deseo de huir de un espacio social tóxico y asfixiante. Como nos dice Pilar Aguilar el poder socializador del cine no tiene rival en el ámbito de los dispositivos culturales.

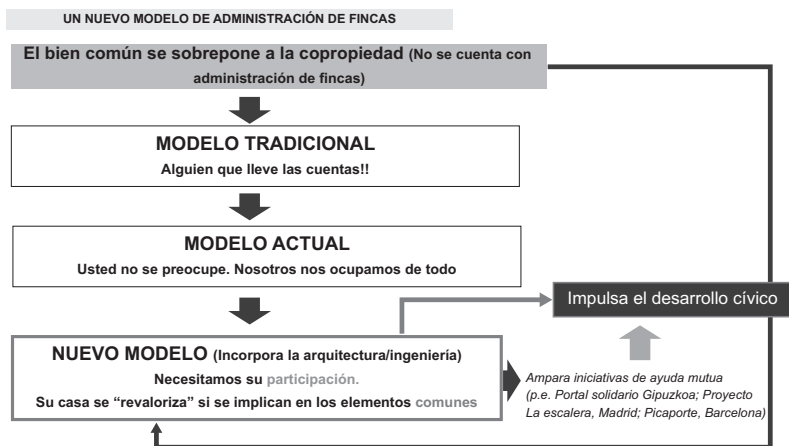
El Modelo “Elkarbizi Gestión.5”

Elkarbizi es una expresión euskaldun que quiere decir *vivir juntos*, el modelo de *gestión* que propone consta de *cinco* procesos tal como hemos reflejado en la Fig. 3.

Una estrategia, entre otras más transversales, de una política pública es la de impulsar diferentes modelos de administración de fincas que completen la oferta de los actuales. Modelos que, teniendo como base jurídica la Ley de la Propiedad Horizontal, que habrá que mejorar, puedan ofertar otros servicios.

En la Fig. 4 hacemos un repaso somero y simple de la evolución de la administración de fincas en su relación con las comunidades de propietarios.

Fig. 4.



Una evolución coherente, en el marco de la ideología neoliberal, con la progresiva conquista por parte de las lógicas mercantilistas de todos los ámbitos de la vida cotidiana.

Sin pretender volver a un primitivismo ingenuo y asfixiante, el modelo aspira a reconquistar la cotidianidad, para facilitar, desde el respeto a la individualidad, redes de afectos.

Modelos que, en el marco institucional de la copropiedad, intenten desarrollar procesos de relación, participación, reciprocidad y cuidado. La idea es ofrecer opciones de convivencia habitacional más accesibles, que intenten acercarse a los valores que subyacen a los modelos cooperativos de vivienda, *cohousing*, pero que exigen una competencia relacional menor o menos comprometida con la comunidad.

El modelo *elkarbizigestión.5* comparte la creencia de que la mejora de la gestión de la comunidad aumenta el valor de cada una de las propiedades, en especial la calidad de vida de las personas y nos hace más sostenibles en un planeta finito.

El modelo tiene como misión ayudar a las comunidades de propietarios/vecindad a tomar decisiones progresivamente inteligentes.

El modelo *elkarbizi gestión.5* pretende contribuir a que las vecinas y vecinos se conviertan en ciudadanos y propietarios y propietarias conscientes. Y por ello, también en personas conscientes de las responsabilidades que conllevan los elementos comunes de los edificios en las que viven.

El modelo actual/habitual de una administración de fincas colegiada se desarrolla a través de tres procesos, tres pilares:

1. *El edificio en buenas condiciones. (Elementos Comunes).*
2. *Gestionar la economía de la comunidad.*
3. *Seguros y protegidos ante y con la ley.*

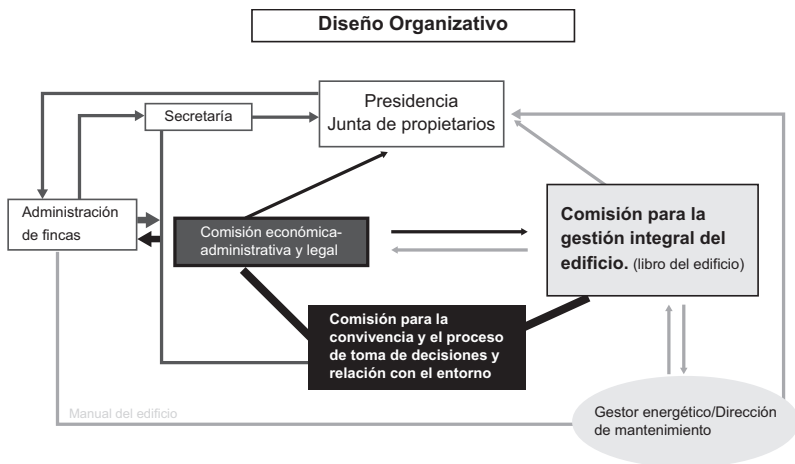
A estos tres procesos básicos, considerados a su vez como los cimientos de toda administración de fincas colegiada, el modelo

elkarbizi gestión.5 incorpora dos procesos, 4 y 5. El 4, *Información y participación* para la toma de decisiones facilita las condiciones para incorporar una nueva figura profesional que gestiona el mantenimiento del edificio, coordina y supervisa a los proveedores claves.

En la figura 5 intentamos reflejar un nuevo mapa de relaciones y la ubicación del nuevo profesional en relación directa con un grupo de vecindad y en estrecha colaboración con la administración de fincas.

Los cuatro órganos para un adecuado funcionamiento de una comunidad de propietarios son; La junta, la Presidencia, la Secretaría y la Administración de fincas.

Fig. 5.



Estos cuatro órganos para la gestión de la copropiedad van a legitimar las comisiones de vecindad, que, a su vez, van a liderar los cinco procesos que identifica el modelo.

Como se señala en la Fig. 3, los dos nuevos procesos a desarrollar por la administración de fincas serían.

4. Información y participación para la toma de decisiones.
5. Cuidarnos y cuidar el entorno desde la comunidad.

El proceso Información y participación parte de la idea básica de que las normas, por sí solas, no tienen capacidad, no pueden gestionar un bien común. Hemos señalado que necesitamos el bien común para gestionar los elementos comunes, razón de la figura jurídica de las comunidades de bienes.

En este proceso cuatro se considera como valor, resalta nos construimos en la relación con los otros, evidencia que “uno que es persona en la mirada del otro”. El recurrir siempre y abusar de la legitimidad normativa para solucionar los problemas se basa en que consideramos del ser humano como un robot funcional y no como una persona emocional.

El proceso de Información y participación está al servicio de generar un círculo virtuoso entre convivencia y calidad de las decisiones. Reconocemos que, en muchas ocasiones, las comunidades de vecindad son un ejemplo doloroso de la ingratitud y estupidez humana, la mirada de este proceso cuatro es que no se puede dejar la gestión de las comunidades solo a merced de las juntas de propietarios.

En este proceso está la mirada reproductiva invisibilizada de la vecindad, una vecindad comprometida, por ejemplo, en la confección del orden del día de la Junta, en la elaboración de propuestas a decidir en junta, en la gestión documental... etc.

Las nuevas tecnologías de la información con la gestión de la brecha digital van a ser claves en este proceso. Una brecha di-

gital con doble significado, por un lado, la que da origen al término, la generacional y por otra, la que entiende que la información sin contacto directo no genera conocimiento. Las personas pensamos con ideas no con información. “*como los ordenadores carecen de cuerpo, los verdaderos problemas humanos siempre permanecerán extraños a su inteligencia*” (Capra 98, p 86).

Este proceso requiere de la participación de las personas copropietarias y de las que viven en régimen de alquiler, este proceso cuatro gestiona, apoya, dinamiza hasta tres comisiones de vecindad en el marco de una política de lo común, tal como señala M^a Eugenia Rodríguez Palop en el libro *La gran encrucijada*. Las tres comisiones se reflejan en sombreado en la Fig. 5:

1. La Comisión para la gestión integral del edificio. (Gestor de mantenimiento).
2. Comisión económico-administrativa y legal.
3. Comisión para el proceso de toma de decisiones, la convivencia, y la relación con el entorno. (Con el objetivo de liderar los dos nuevos procesos).

La más visible, tangible y necesaria es la comisión de mantenimiento del edificio, pues, como se ha señalado, el modelo propone que las comunidades cuenten con una dirección de mantenimiento (arquitectura o ingeniería) en relación directa con las personas propietarias y en estrecha colaboración con la administración de fincas.

Las ITE se convierten en una oportunidad única para tratar con responsabilidad los elementos comunes que consumen bienes comunes. Fig.2. Esta comisión, que, con un apoyo profesional diferenciado de la administración de fincas, ver figura 5, representa la mirada verde del modelo tricolor.

Desde el proceso cuatro se gestiona la transparencia (oficina virtual), la comunicación y la participación que, en un desarrollo avanzado, y teniendo en cuenta el tamaño y la complejidad del edificio por un lado y el deseo y el compromiso de la comunidad por otro, podría llegar a funcionar, como se ha señalado, con tres comisiones de vecindad.

El modelo actual de administración de fincas gira en torno a las Juntas de propietarios y al proceso de toma de decisiones. El generar espacio y tiempos para conversar, para ponernos nombre, permite la incorporación de las personas, que, aun formando parte de la vecindad, no son parte de la propiedad, viven de alquiler.

El desarrollo de este proceso 4 entiende que las Juntas, en la medida que se ha ido perdiendo el sostén de la vecindad, son cada vez más ineficientes y fomentan un absentismo creciente, salvo anticipo de derrama. Considera que la clave no reside tanto en las decisiones, sino en la generación de opciones informadas, p. e. en el proceso de elaboración del orden del día. Este proceso cuatro representa el color rojo del compromiso y de la participación. En las figuras 4 y 5 intentamos reflejar que tanto el cliente como el ciudadano con su participación hacen mejores empresas y mejores ciudades. La vecindad, por tanto, tiene capacidad de generar mejores comunidades.

Si la relocalización de la política requiere en el municipalismo y la significación del barrio como institución intermedia entre el Hogar y el Estado, las juntas de copropiedad, para ser útiles, necesitan estructuras para generar y promover vecindad.

El proceso cuatro representa el corazón del modelo, requiere un maridaje entre las normas, las nuevas tecnologías, y el contacto

cara a cara. La escalera, como motor de vecindad, se termina con el ascensor.

Cuidarnos y cuidar el entorno desde la comunidad. El quinto proceso del modelo *elkarbizi gestión.5* tiene que ver con el papel que debe tener la administración de fincas profesional como agente social. En este sentido, está orientado a desarrollar la solidaridad, la hospitalidad y el “músculo cívico” en un subsistema social, como es el de las comunidades de vecinas y vecinos. En nuestra actual sociedad individualista y cortoplacista, estos valores se han debilitado enormemente.

Este proceso pone el cuidado en el centro de la vida, es el proceso más complejo y contracultural, a la vez, es resultado de los otros cuatro procesos y agente a su vez de su mejor funcionamiento.

Las mejores relaciones entre personas son muy vulnerables en el curso de la vida de una comunidad. Como comentamos son especialmente quebradizas desde el ciego modelo de la ética de la justicia.

Si el proceso cuatro 4 desarrolla las condiciones organizativas para la relación, la deliberación, este quinto 5, está orientado al cuidado.

El proceso quinto 5, es el que facilita iniciativas del Tercer Sector comunitarias que tienen como objetivo generar bienes relacionales como se describe en la Fig. 1 y que necesitan una política pública.

Este proceso, nueva función de la administración de fincas, se relaciona con la iniciativa social organizada. La administración de fincas se puede convertir en nuevo agente social en la creencia de que el Tercer Sector de acción social no va a crecer en las ce-

nizas de lo público y que es en la vida social donde se puede o no achicar las libertades y los derechos (García Roca 2013)

Este proceso cinco se alinea con proyectos como los que se desarrollan en el marco de Medialab-Prado, laboratorio ciudadano perteneciente al Área de Gobierno de Cultura y Deportes del Ayuntamiento de Madrid.

A partir del proceso 5 la comunidad de propietarios/vecindad se hace presente en las asociaciones vecinales, en el barrio.

En este proceso la administración de fincas colabora tanto con los servicios sociales de base, como con iniciativas cívicas organizadas, con los programas contra la soledad no deseada, iniciativas y programas intergeneracionales como 20-70, Promotor de la salud y portal solidario.

Desde este proceso cinco se pueden promover desde huertos urbanos, venta directa de productos ecológicos, bancos del tiempo hasta compartir recetas de cocina.

Este proceso representa la mirada lila del eco-feminismo.

Claves del modelo

Como se refleja en la Fig. 3 y la Fig. 5 El modelo elkarbizi gestión.5 se compone de cinco procesos. Incorpora un nuevo profesional experto en edificios y requiere la formación de comisiones de vecindad.

1. El edificio en buenas condiciones. (Gestión de la comunidad de bienes. Incorpora un *Profesional especializado*).
2. Administrar la economía de la comunidad.
3. Seguros y protegidos ante y con la ley.
4. Información y participación (gestión del bien común/vecindad)

5. Cuidarnos y cuidar el entorno desde la comunidad

Las Administraciones de fincas que quieran ofrecer este modelo tendrán que incorporar otros saberes, esta propuesta tendrá recorrido si la ciudadanía los solicita y están dispuestos a participar.

El modelo que compartimos requiere incorporar/invertir en la comunidad de propietarios algo más de empleo remunerado, director de mantenimiento, pero, sobre todo, necesita trabajo voluntario, comisiones, para reducir el consumo y mejorar la convivencia.

Resumen y algunas conclusiones

Hemos considerado que, como subsistema social, las comunidades de propietarios/vecindad han resultado invisibles para la administra pública. Creemos necesaria una política pública para enfrentarse al individualismo institucionalizado, en una sociedad donde la propiedad privada es considerada como un valor pre-político en lugar de ser un valor instrumental, a pesar que la constitución considera que la función social forma parte de su contenido esencial.

Una política pública que revierta en los imaginarios sociales depauperados que tenemos de las comunidades de vecindad a través de iniciativas concretas.

En este marco cultural, el marco jurídico de la copropiedad y la ausencia de procesos que trabajen lo común contribuye a que la mayoría de los comuneros se despreocupen de los asuntos de los que, en última instancia, son co-responsables.

Partimos de la convicción de que se puede desarrollar una buena convivencia preservando la privacidad e intimidad de cada casa, de cada hogar, de cada persona.

La profundización democrática, el desarrollo de la vecindad no será negar el conflicto a través de la mayoría de votos requerida

en junta, sino en hacerlos productivos en un régimen jurídico, una forma de reglamentar y organizar las relaciones entre copropietarios sobre los elementos comunes. Elementos comunes son todos los necesarios para su adecuado uso y disfrute de la propiedad.

Los escasos recursos para trabajar la comunidad, el vecindario y la diversidad por un lado y el abandono de lo común por otro, tendrá como consecuencia creciente el vaciamiento del espacio público, el aumento de los *condominios fechados* brasileños, las urbanizaciones cerradas y la destrucción de la ciudad.

La política pública, dirigida a fortalecer las comunidades de vecindad, requiere la incorporación, la mirada de los diferentes actores sociales como se intenta reflejar en la figura 1. Una política pública tanto para materializar derechos como para desarrollar bienes comunes. Una política que integre las cuatro esferas, agentes, bienes que están presentes, que se dan cita en una comunidad de propietarios/vecindad; Bienes relacionales, Bienes privados y Bienes públicos por un lado y los bienes solidarios que se acercan a prestar apoyo a las personas más vulnerables. (Fantova 2018).

Una política pública que impulse nuevos modelos de administración de fincas que promuevan la incorporación de otros saberes, que fomenten la participación, modelos que se conecten con el barrio, que den amparo a iniciativas comunitarias y que reduzcan el consumo de energía y de materiales.

Estos modelos deben ayudar a la inclusión de una diversidad creciente en nuestras comunidades de propietarios/vecindad; Cultural, generacional, funcional y económica.

Este capítulo constituye un primer intento de compartir lo aprendido, ha tenido muchas inspiradoras: la vecindad con la que

hemos trabajado y sentido, la familia y amistades, la bibliografía que comparto, la experiencia en una administración de fincas durante cuatro años, hasta octubre 2017, la vivencia como presidente de una comunidad de propietarios/vecindad y la deformación de ser psicólogo.

Quizás de todas las fuentes que se citan se recomienda en especial una proveniente del artículo de Yayo Herrero, “Miradas ecofeministas para transitar a un mundo justo y sostenible”: *La perspectiva ecofeminista proporciona claves, creemos, necesarias para repensar las contradicciones actuales, revertir los imaginarios dominantes y proponer nuevas formas de relación con la naturaleza y entre las personas que permitan caminar hacia una cultura de paz que pise ligeramente sobre la tierra* (Shiva 2006).

Quizás nuestro comportamiento en una comunidad de propietarios/vecindad forme parte de lo sabido y no pensado, de la dimensión no consciente de lo que somos. Almudena Hernando en su artículo nos hace reflexionar sobre la individualidad y la comunidad, sobre la razón y la emoción, este capítulo puede ayudar a ver de una manera crítica otro binomio; la comunidad de propietarios y la comunidad de vecindad. Necesitamos más emoción, más comunidad y más vecindad.

Referencias bibliográficas

Administración Rústica y Urbana. “Futura ley de servicios y colegios profesionales: Ciudades a la deriva”. N.º 166. 4 trimestre (2103). *Revista del consejo general de colegios de administradores de fincas*.

Aguilar Pilar (2015) “La ficción audiovisual como instrumento de educación sentimental en la modernidad”. En *Mujeres, hombres, poder. Subjetividades en conflicto*. Ed. Traficantes de sueños.

- Agulles J. (2017). *La destrucción de la ciudad. El mundo urbano en la culminación de los tiempos modernos*, ed. Catarata.
- Aliena R. (coord) (2006). IV Foro Tercer sector. *Los equilibrios del Tercer sector. Una Filosofía del pluralismo de funciones*. Fundación Luis Vives.
- Amaste R. (2017) “Euskadi, bien común/auzolana”. <https://Euskadi, bien común/auzolana|ColaBoraBora>
- Baeza, R. (2015) “*Si llamas al pan pan y al vino vino, no hables de comunidades de vecinos*” “comunidades de vecinos” - Nuevos Administradores- Bing
- Bauman Zygmunt (2006) “*Comunidad: en busca de seguridad en un mundo hostil*”. Siglo XXI de España Editores.
- Berraquero Luis (2014) “*Lo cotidiano es político*”. Posts en Topo tabernario. <https://issuu.com/topotabernario> Sevilla.
- Capra, Fritjof (1998): “*La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*”. Ed. Anagrama.
- Capra, Fritjof. (2006): “*El tao de la física*”, Málaga, Editorial Sirio.
- Colegio Territorial de administradores de fincas de Madrid. 1999 “*Manual de procedimientos del Administrador de Fincas Colegiado*”. Madrid
- Communitas Management center, S.L (2018) “*Los 10 mandamientos de una buena comunidad*”. El Blog de NuevosVecinos.com
- Christel Keller Garganté “*Hacia una agenda feminista de los cuidados*” Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, para FUHEM Ecosocial.

- Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas (.2013) *La ética del cuidado*. Carol Gilligan. Ed. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona.
- Del Molino, S., (2016) “*La España vacía. Viaje por un país que nunca fue*”. Ed. Turner.
- Fantova, F., (2018) “Colaboración y alianzas multiagente en las estrategias del Tercer Sector de acción social”. *Revista Española del tercer sector*. 2018 n.º38 (pp.135-162) Madrid.
- Felber, Cristian. 2012) “*La economía del bien común*” ed. Deusto
- García, S. y Dolan, S., (1997). *La dirección por valores*. Ed. McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A. Madrid.
- García Roca X. (2013) “*El futuro del tercer sector*”. La contribución histórica y actual del Tercer Sector de acción social. Observatorio del Tercer sector de Bizkaia.
- Hernando, Almudena. (2012) “Teoría arqueológica y crisis social”. *Revista Complutun*, 2012 Vol., 23 (2) pp. 127-145.
- Herrera Gómez M. (1998) “*El tercer sector en los sistemas de bienestar*” Ed. Tirant lo Blanch
- Herrero Y., (2013) “Miradas ecofeministas para transitar a un mundo justo y sostenible”. *Revista de Economía Crítica*, n.º16,
- Herrero Y., Prats F., y Torrego Alicia. (2017) *La gran encrucijada. Sobre la crisis ecosocial y el cambio de ciclo histórico*. Ed. Libros en acción.
- Innerarity, D. (2001) *Ética de la hospitalidad*. Barcelona: Ediciones Península

- Núñez, A. (2017) “*La administración de fincas participativa*” <https://www.comunidades.com>
- Ostrom, Elinor (2011) *El gobierno de los bienes comunes*. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Prieto, Daniel. (2017) “*Imaginarios sociales del bienestar y los cuidados como cuestiones ciudadanas. Lo común importa*”. Ed. Ciudad de los cuidados. Madrid.
- Rendueles, Cesar y Subirats Joan. (2016) *Los (bienes) comunes. ¿oportunidad o espejismo*. Ed. Icaria. Barcelona.
- Rodríguez Palop, E. (2017) “Hacia una Política de lo común”, en *La gran encrucijada. Sobre la crisis ecosocial y el cambio de ciclo histórico*. Ed. Libros en acción.
- Secchi, B., (2015) “*La ciudad de los ricos la ciudad de los pobres*” Ed. Catarata.
- Madrid. Stiglitz, Joseph (2012) “*El precio de la desigualdad*”, Ed. Taurus
- Taibo, Carlos. (2016) “*Colapso. Capitalismo terminal, Transición ecosocial, ecofascismo*”. Ed. Catarata. Madrid.
- Térmes, Josep. (2017) “*Origen y evolución de la propiedad horizontal y las comunidades de propietarios*”. <http://www.abogadoarrendamientos.com/blog>. Barcelona.

Anexo

Películas y series relacionadas con la comunidad

Historia de una escalera Teatro. Antonio Bueno Vallejo. Estreno, octubre 1949. Película director Ignacio F. Iquino, 1950. Representación Estudio 1. TVE 1971

Historia de una escalera es el retrato de unas familias que residen en un edificio y que se muestran incapaces de escapar a un destino de miseria económica y social que se transmite de padres a hijos durante varias generaciones. La tragedia la simboliza la escalera de la vivienda, elemento central de la obra y por la cual, como explicó Buero, “se sube y se baja, pero [...] ni se sube ni se baja a ningún sitio, y es por lo tanto signo clarísimo del inmovilismo de nuestro país en aquellos momentos.

Vecinos director Alberto Bermejo, 1981 España.

Un matrimonio vive en un piso situado en las afueras de la ciudad. Su vida es más o menos feliz hasta que llega un nuevo vecino.

Vecinos, según su director, ofrece en tono de comedia las relaciones de una pareja y el entorno de la comunidad que habita en un edificio-colmena de una gran ciudad. En la historia participan elementos cotidianos que influyen en el comportamiento de la pareja y otras situaciones casi inverosímiles, nuestra vida en comunidad nos afecta a todos.

La colmena director Mario Camus. 1982 España.

La Colmena no es otra cosa que un pálido reflejo, que una humilde sombra de la cotidiana, áspera, entrañable y dolorosa realidad (...) no aspira a ser más que un trozo de vida narrado

sin reticencias, sin extrañas tragedias, sin caridad, como la vida discurre, exactamente como la vida discurre. Queramos o no queramos. La vida es lo que vive -en nosotros o fuera de nosotros-; nosotros no somos más que su vehículo, su excipiente como dicen los boticarios (...) Su acción discurre en Madrid, en 1942, y entre un torrente, o una colmena, de gentes que a veces son felices, y, a veces, no.

La comunidad del director Alex de la Iglesia. 2000 España.

Julia (Carmen Maura) trabaja para una inmobiliaria, no tiene mucho éxito en la vida. Su vida cambia cuando descubre 300 millones de pesetas en el piso de un anciano solitario que acaba de fallecer, en el mismo edificio del próximo apartamento que acude a vender. Si bien en un primer momento se alegra, pronto deberá ir con cuidado con el resto de vecinos: ellos también sabían que el anciano tenía millones guardados en casa.

El hombre de al lado es una de comedia dramática de 2009 dirigida por Mariano Cohn y Gastón Duprat 2009 Argentina.

La película narra un conflicto entre vecinos que parece no tener fin. Una simple pared medianera puede dividir dos mundos, dos maneras de vestir, de comer, de vivir. De un lado Leonardo (Rafael Spregelburd), fino y prestigioso diseñador que vive en la casa Curutchet realizada por Le Corbusier. Del otro lado Víctor (Daniel Aráoz), vendedor de autos usados, vulgar, rústico y avasallador. Víctor decide hacer una ventana para tener más luz, y ahí empieza el problema: cada uno toma conciencia de la existencia del otro.

Las viudas de los jueves director Marcelo Piñero, 2009. Argentina.

La cerrada comunidad de “Altos de la Cascada”, un barrio privado donde conviven familias de clase alta, se conmueve con el hallazgo de encontrar tres cadáveres que aparecen flotando en una piscina y se apresura a encuadrarlo como accidente, la película intenta una descripción del sector social que compone ése tipo de comunidad y, por extensión, a un sector más amplio de la sociedad de la época.

Malditos vecinos del director Niecholas Staller. 2014. Estados Unidos

Secuela de “Malditos vecinos” (2014). Mac y Kelly Radner (Seth Rogen y Rose Byrne) desean vender su casa, pero no les resultará nada fácil porque está al lado de una fraternidad universitaria, donde las chicas celebran fiestas continuamente.

Mientras duermes es una película española del género suspense estrenada en España el 14 de octubre de 2011, dirigida por Jaume Balagueró, escrita por Alberto Marini y protagonizada Luis Tosar, Marta Etura y Alberto San Juan

César es portero de un edificio y como tal controla, conoce y figonea la vida de sus inquilinos. Dándose cuenta del poder que le da el conocer sus hábitos, secretos y puntos débiles, intenta convertir sus vidas en una pesadilla. La nueva vecina del 5ºB, siempre feliz y sonriente, será el reto perfecto para César.

¿Dejarías las llaves a tu portero? Otro de los puntos fuertes es el de la cercanía. Si en los 80 se pusieron de moda las películas

sobre los ligues que se volvían psicópatas, ahora nos enfrentamos a un portero, aparentemente inofensivo, pero al que abrimos nuestras casas y nuestras vidas sin conocerlo realmente.

Un hombre llamado Ove Suecia Hannes Holm, 2015 Suecia.

Ove (Rolf Lassgård), de 59 años, después de trabajar 43 años es despedido y vive solo después que murió su esposa, Ove trata de suicidarse ahorcándose pero siempre es interrumpido por los vecinos u otra cosa alguna. Su visión negativa y rencorosa hacia la sociedad estará a prueba cuando conozca a Parvaneh, una mujer persa que se va a vivir al lado de su casa con su familia. Cuando ambos se conocen, compartirán muchas experiencias e incluso, Ove será capaz de contar un triste pasado que todos sabrán que significa el resultado de su carácter.

La comuna director Thomas Vinterberg, 2016 Dinamarca.

La comuna cuenta la peripecia de un matrimonio, abrumado por el tamaño de la enorme casa que acaban de heredar. Surge la idea de convertir el espacio en un lugar abierto a una colectividad de amigos y conocidos. El cambio en la vida de los protagonistas se tornará en descubrimientos inesperados en y surgirán inevitables conflictos humanos. Vinterberg invita a la intimidad de estos hombres y mujeres, a la cotidianidad extraña que sustenta la convivencia. Desmenuza el día a día de estos desconocidos, a la búsqueda de un modo distinto de vida, fuera de la familia convencional.

Aquí no hay quien viva. Serie de televisión

Es una serie de género humorístico emitida en Antena 3

entre el 7 de septiembre de 2003 y el 6 de julio de 2006. Narra la vida de una peculiar comunidad de vecinos de «Desengaño 21»: tres pisos, dos casas por planta, un ático, una portería y un local contiguo.

Los críticos afirman que el motivo de su éxito radica en que es una serie coral donde los diversos personajes comparten protagonismo casi por igual, y en que cuenta con unos guiones muy trabajados. La serie estuvo en prime time durante cinco temporadas en la cadena de televisión Antena 3. Se despidió definitivamente en esta cadena en julio de 2006, tras 91 capítulos, como una de las series españolas más exitosas de la historia, y convirtiéndose en la serie más vista de la década del 2000 en España.

La que se avvicina. Serie de televisión.

Desde abril de 2007 se emite en Telecinco La que se avvicina, adaptación, con gran parte del equipo de actores, guionistas, productores y técnicos de Aquí no hay quien viva.

The Florida Project del director Sean Baker 2017. EEUU. Florida.

Joonee y Scooty le hacen un tour guiado por el motel donde viven a su nueva vecina Jancey. “Nadie coge el ascensor porque huele a pis. Aquí vive una que se cree que está casada con Jesús. A este hombre le viene a buscar la policía todo el rato”, le va explicando la pequeña de seis años a su amiga, que observa atentamente como si le estuviesen contando la más divertida de las historietas.

La función del conserje es clave en la vida de los habitantes del motel.

Buenos Vecinos del director Hafsteinn Gunnar Sigurðsson, Islandia

Es una comedia negra que causó sensación en el último Festival de Venecia. 2018. En ella, vemos cómo tres familias gradualmente se ven afectadas por la paranoia, el egoísmo y la obstinación. El germen de la discusión es un árbol que impide el paso de la luz natural a un jardín. Algo que en España pudiera resultar absurdo, en un país como Islandia (donde los árboles son escasos y hay poca luz solar) puede tener cierta relevancia.

De un intercambio de palabras nada cordiales, la cosa se va poniendo cada vez más fea para transformarse en una disputa, y acabar en una verdadera batalla campal, con una pareja invadiendo el espacio de la otra.



Colabora en esta edición:



Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. N.º 3, 2018
VIVIENDAS PARA PERSONAS MAYORES EN EUROPA.
NUEVAS TENDENCIAS PARA EL SIGLO XXI

pilares@fundacionpilares.org | www.fundacionpilares.org
ISBN: 978-84-09-06952-1 | Depósito Legal: M-38080-2018