

MEMORIA DEL TRABAJO DE FIN DE GRADO

ALTERNATIVAS PARA LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA DISTINTAS A LA ATENCIÓN RESIDENCIAL Y DIURNA

ALTERNATIVES FOR DISABLED PEOPLE DIFFERENT TO RESIDENTIAL AND DAY CARE

Autoras: Rita Loani García Afonso
Sonia Rodríguez Rodríguez
Luz Cristina Vargas Medina

Tutor Académico: Ignacio Abásolo Alessón
Tutor externo: Juan Lorenzo Hernández Pérez

Grado en Administración y Dirección de Empresas
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.
Universidad de La Laguna
Curso 2015/2016
San Cristóbal de La Laguna a 8 de Julio de 2016

PÁGINA CON EL VISTO BUENO DEL TUTOR

D. Ignacio Abásolo Alessón del Departamento de Economía Aplicada y Métodos Cuantitativos.

CERTIFICA:

Que la presente Memoria de Trabajo Fin de Grado en Economía titulada **ALTERNATIVAS PARA LAS PERSONAS CON DEPENDENCIA DISTINTAS A LA ATENCIÓN RESIDENCIAL Y DIURNA**, y presentada por los alumnos Rita Loani García Afonso, Sonia Rodríguez Rodríguez y Luz Cristina Vargas Medina realizada bajo mi dirección, reúne las condiciones exigidas por la Guía Académica de la asignatura para su defensa

Para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en La Laguna a 8 de Julio de dos mil dieciséis.

El Tutor



Fdo: D. Ignacio Abásolo Alessón
San Cristóbal de La Laguna, a 8 de Julio de 2016

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 6 |
| 1.1. MARCO..... | 6 |
| 1.2. COMPARATIVA CANARIAS-NACIONAL | 7 |
| 1.3.EL CASO DE TENERIFE | 11 |
| 2. ALTERNATIVAS..... | 15 |
| 2.1. COHOUSING..... | 15 |
| 2.1.1. El Cohousing en España..... | 17 |
| 2.1.2. Comparación del Cohousing con otras alternativas..... | 18 |
| 2.1.3. Financiación de las cooperativas de Cohousing..... | 19 |
| 2.1.4. Variantes del Cohousing..... | 19 |
| 2.1.5. Trabajo de campo..... | 20 |
| 2.2. SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO ESPECIALIZADA..... | 21 |
| 2.2.1. El SAD en distintas zonas de España..... | 22 |
| 2.2.2. Innovaciones en otros modelos..... | 24 |
| 2.2.3. Análisis DAFO..... | 26 |
| 2.3. TICS DE DEPENDENCIA..... | 27 |
| 3. CONCLUSIONES..... | 29 |
| 4. BIBLIOGRAFÍA..... | 30 |
| 5. ANEXOS..... | 32 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Gráfica 1: Evolución de personas beneficiarias con prestación desde la implantación de la Ley..... | 8 |
| Tabla 1: Prestaciones a personas beneficiarias por Comunidad Autónoma (29/02/2016)..... | 22 |
| Gráfica 2: Personas beneficiarias y pendientes de recibir prestación por Comunidad Autónoma. Grado II y III..... | 9 |
| Gráfica 3. Personas beneficiarias y pendientes de recibir prestación por Comunidad Autónoma de Grado I..... | 10 |
| Gráfica 4. Pirámide edades isla de Tenerife Isla Tenerife 2000 Vs 2014..... | 11 |
| Gráfica 5. Contexto Demográfico Mayores Isla de Tenerife..... | 33 |
| Tabla 2. Personas dependientes clasificadas por sexos, nivel de requerimiento y edad..... | 13 |
| Gráfica 6. Nivel de requerimiento por sexos..... | 14 |
| Gráfica 7. Nivel de requerimiento por franjas de edad..... | 14 |
| Gráfica 8. Nivel de requerimiento por comarcas..... | 15 |
| Gráfica 9.Comparación presupuestaria entre alternativas..... | 19 |
| Tabla 3. Características comunes y no comunes en diferentes provincias de España..... | 34 |
| Tabla 4: Categorías profesionales de las prestaciones..... | 24 |
| Tabla 5: Análisis DAFO..... | 26 |

RESUMEN

En el desarrollo de este trabajo se trata de proponer alternativas para ayudar a solucionar la problemática de la atención a personas dependientes y mayores en un contexto de incremento de la población envejecida, lo que genera una oferta de servicios insuficiente y la necesidad reducir las listas de espera con la mayor brevedad posible de manera eficiente. En el caso de la Isla de Tenerife, en la actualidad existen 3538 personas valoradas que no reciben prestación. Para canalizar esta demanda el IASS tiene el objetivo de crear 1000 plazas residenciales en los próximos tres años por lo que a través de este trabajo se pretende mejorar la situación del resto proponiendo alternativas a la atención a domicilio tradicional y cuidado en centros residenciales y diurnos para el colectivo que presenta una demanda mayor, el de bajo requerimiento. Por lo que realizamos un estudio sobre 3 alternativas investigadas de posible aplicación que son: Cohousing, Atención Domiciliaria Especializada y TIC'S.

ABSTRACT

In the development of this work we try to expose alternatives in order to help solving the difficulties about disabled and elderly people in a context of growth of the old population, what generates an offer of unsatisfactory services and the need of reduce the waiting lists as soon as possible. In the case of Tenerife island, actually exist 3538 people who doesn't receive benefit. To channel this demand, IASS will try to create 1.000 residential areas in the next 3 years, so through this work they pretend to improve the situation of the rest of people, suggesting alternatives to house care and residencial and day care for the most demanding group, the low requirement one. Because of that we are making an study about three possible alternatives: Cohousing, House Especialized Care and Information and Communication Technologies.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, Cohousing, Atención domiciliaria especializada y Tecnologías de la información y comunicación (TIC'S).

KEY WORDS

Disabled, Cohousing, Home Specialized Care, Information and Communication Technologies (TIC'S)

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO

El objetivo de este trabajo es buscar alternativas para solucionar la problemática que presenta la atención a personas dependientes y mayores que se ha agravado con el paso del tiempo debido al incremento de la población envejecida, esperanza de vida e inversión de la pirámide poblacional. Todo ello se traduce en una mayor demanda de atención, escasez de recursos e incremento de las listas de espera.

Para diseñar y orientar este trabajo hemos atendido a la necesidad del Cabildo de analizar esta situación y buscar alternativas que puedan implantarse en la isla según las características de los usuarios para de este modo poder canalizar la demanda y mejorar los servicios prestados en la actualidad que son: atención domiciliaria tradicional y cuidado en centros residenciales y de estancia diurna.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD) fue un punto de inflexión sobre los aspectos sociales en España. La Ley regula con el objetivo de garantizar unas condiciones básicas e igualdad para las personas dependientes creando un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y la Administración General del Estado.

La legislación sobre la dependencia, información recogida en el portal del Gobierno de Canarias, consta de:

- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Para obtener más información tenemos a nuestra disposición en el BOE todos los artículos que regularizan la Ley.
- Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia.
- Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula los procesos para tener el reconocimiento y el derecho de las prestaciones de LAPAD.
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de dependencia establecido en el LAPAD.
- Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, modificando el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, para determinar los criterios de protección de los servicios y cuantía de prestaciones.
- Decreto 131/2011, de 17 de mayo, se establece criterios para definir las diferencias y semejanzas de las prestaciones de LAPAD en el ámbito de Canarias.
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, el cual regula la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
- Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estados de los Servicios Sociales e Igualdad, el cual se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del Sistema.

- Real Decreto 1051/2013 de 27 de diciembre, por la que se normaliza las prestaciones de LAPAD.

A efectos de la Ley 39/2006 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, se entiende como **dependencia**: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

Con el objetivo de que las personas en situación de dependencia puedan desarrollar las **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)** dicha Ley distingue en el artículo N°2, dos tipos de cuidados:

- **Cuidados no profesionales:** Es la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.
- **Cuidados profesionales:** Son los servicios o cuidados prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

En el artículo N° 26 de la citada Ley distingue la situación de dependencia por grados, siendo clasificada de la siguiente manera:

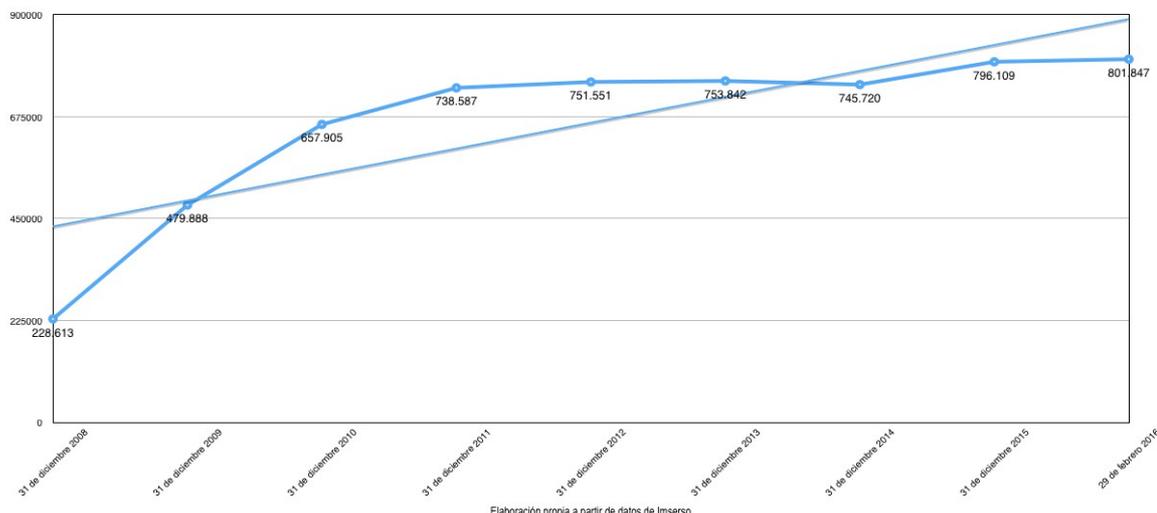
- **Grado I. Dependencia moderada:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
- **Grado II. Dependencia severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- **Grado III. Gran dependencia:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

1.2. COMPARATIVA CANARIAS-NACIONAL

Tal y como se observa en la Gráfica 1, se ha producido un incremento progresivo de las personas beneficiarias de la Ley de dependencia pasando de 228.613 a 31/12/2008 a 801.847 a 29/02/2016 según los datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, en adelante Imserso. En los primeros años analizados, 2008-2011 el crecimiento es rápido en sentido ascendente, pasando de 228.613 beneficiarios en 2008 a 738.587 en 2011. A partir de dicho año, la tendencia ha presentado un crecimiento mucho más lento, llegando a “estancarse” en los años 2012, 2013

y 2014 presentando un pequeño pico crecimiento en el año 2015 pasando de 745.720 a 796.109 beneficiarios.

Gráfica 1: Evolución de personas beneficiarias con prestación desde la implantación de la Ley



Tal y como muestran los datos de la Tabla 1: Prestaciones a personas beneficiarias por Comunidad Autónoma (29/02/2016) adjunta en el anexo (**página 33**). Las personas beneficiarias de prestación están clasificadas según su ámbito territorial (Comunidad Autónoma) y tipo de prestación recibida, entre las que se distinguen las siguientes: Teleasistencia, Ayuda a Domicilio, Centros de Día/Noche, Atención Residencial, Cuidados familiares y otros.

Los **cuidados familiares** se refieren a aquellos descritos como no profesionales en el apartado 2.1. Son muy significativos en: Islas Baleares (68,47%), Aragón (52,60%) y Cantabria con un 50,15% mientras que resultan menos representativos en: Galicia (23,93%), Castilla y León (22,57%) y Madrid donde representan el 20,37% del total.

En lo que se refiere a la **Teleasistencia** definida en el portal web de la Cruz Roja como un servicio preventivo de ayuda a las personas que por motivos de discapacidad, aislamiento social, edad avanzada, enfermedad, o situación de riesgo psicosocial o físico, precisan de una atención continuada. Las comunidades autónomas que se benefician en mayor medida de este de este servicio son: Andalucía (29,57%), Madrid (20,85%) y La Rioja (15,60%). Mientras las que se sitúan en último lugar son: Islas Baleares (0%), Aragón (0,30%) y País Vasco (2,06%).

Por su parte, en relación a la **Ayuda a Domicilio** según indica la Fundación Pílares es un servicio integral, polivalente y comunitario orientado a las personas y/o familias que presenten problemas para la realización de las ABVD, proporcionándoles atención directa en el propio hogar mediante intervenciones específicas. Las regiones que destacan por ofrecer un mayor porcentaje de este servicio son: Galicia (27,31%), Castilla León (19,64%) y Madrid (19,24%). Por contra, las que muestran las tasas más bajas son: Comunidad Valenciana (0%), Canarias (0,23%) y Murcia (0,48%).

Por otro lado en lo que a los **Centros de Día/Noche** se refiere, explicados en el portal web de la Fundación Alzheimer de España como un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia con equipamientos no residenciales que presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia. Las Comunidades autónomas que ofrecen una mayor asistencia en este ámbito son: Canarias con un 23,35%, Galicia (13,33%) y Comunidad Valenciana (12,76%), mientras las que presentan un perfil más bajo en este ámbito son: Ceuta y Melilla (2,37%), Navarra (2,60%) y Castilla La Mancha (5,16%).

Por último, la **Atención Residencial**, descrita por el Imsero como establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas que requieren de atención para mejorar la calidad de vida y la promoción de la autonomía personal. Esta prestación presenta una mayor relevancia en relación al total de las ayudas ofrecidas en: Cantabria (26,29%), Castilla La Mancha (22,00%) y La Comunidad Valenciana (22,20) mientras que por contra, las que presentan los datos más bajos son: Ceuta y Melilla (6,58%), Castilla y León (7,45%) y la Región de Murcia (9,93%).

Por tanto, podemos concluir que en el caso del Archipiélago Canario, comparados con la media nacional, las principales prestaciones recibidas por orden de importancia son: los cuidados familiares, ocupando el 38,38%, los centros de día/noche con un 23,35%, la atención residencial representando el 20,66%, la teleasistencia situándose en un 2,75%, y por último, la ayuda a domicilio suponiendo un 0,23% de las prestaciones recibidas. Esta clasificación deja patente que la ineficiencia de las administraciones públicas a la hora de asignar plazas a las personas dependientes hace que las familias tengan que afrontar la tarea del cuidado de sus familiares sin recibir ninguna ayuda o prestación al no tener otra alternativa.

Según la información recabada del Imsero en relación con las personas reconocidas como dependientes severos y grandes dependientes con fecha 29 de febrero de 2016 existe un total de 689.882 personas con prestación reconocida. Lo que significa un 85,47% del total de 807.181 personas de los Grados II Y III, tal y como se refleja en la Gráfica 2. A su vez, expone el porcentaje de personas pendientes de recibir asistencia en dichos grados.

La Comunidad Autónoma con mayor número de personas pendientes de concesión de plaza o prestación es la Canaria (40,86%), lo que pone de manifiesto la precaria situación de este sector en el archipiélago y las carencias a la que se enfrentan los solicitantes de ayudas o servicios relacionados con la dependencia en los grados II y III. En este análisis queda patente que Canarias se sitúa muy por debajo de la media deseable, siendo por tanto, la comunidad que presenta un peor resultado. Por contra, las comunidades que mejor ubicadas están desde esta perspectiva son: Castilla y León, Ceuta, Madrid y Melilla, que son las que menor porcentaje de personas pendientes de concesión presentan.

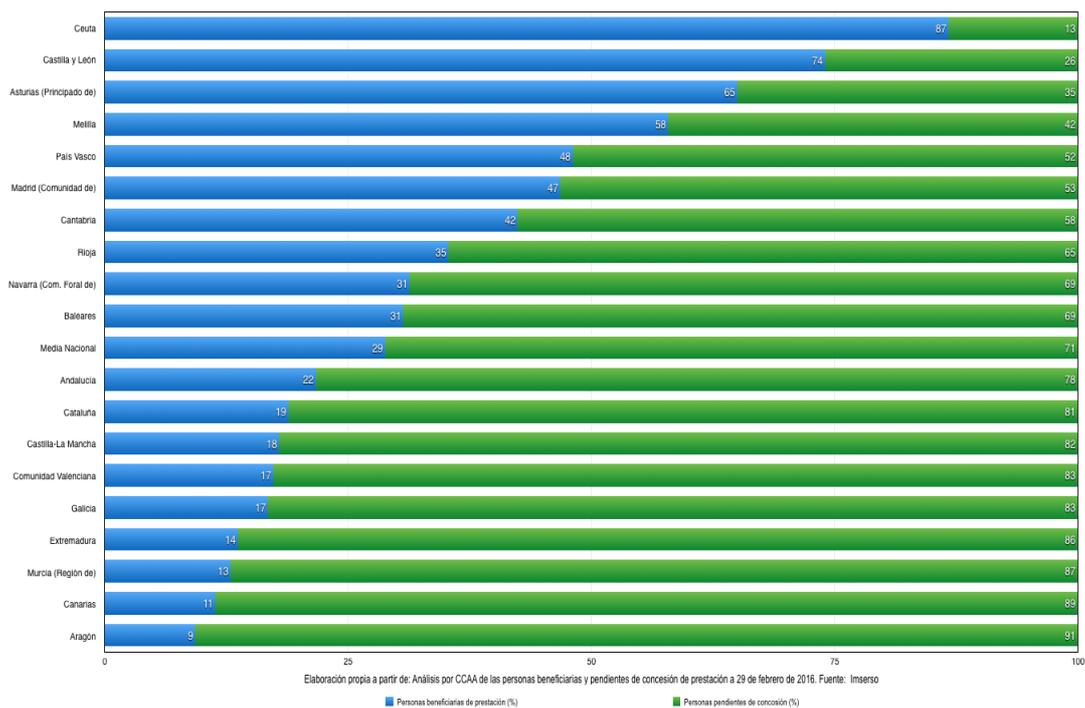
Gráfica 2: Personas beneficiarias y pendientes de recibir prestación por Comunidad Autónoma. Grado II y III



Tal y como indica el Imserso con relación al Grado I de dependencia, con fecha 29 de febrero 2016, tras ocho meses de su plena implantación, existe un total de 111.965 personas con prestación reconocida, lo que significa un 28,78% del total de personas con efectividad de su derecho actual.

Para los casos de dependencia de grado I la comunidad autónoma Canaria se sitúa en el penúltimo puesto, teniendo por delante a Aragón que presenta un 90,68% de personas pendientes de concesión frente al 88,67% que presenta la comunidad Canaria. Por su parte, en este análisis las comunidades mejor situadas con referencia al grado I de dependencia son: Ceuta, Castilla y León, Asturias y Melilla.

Gráfica 3. Personas beneficiarias y pendientes de recibir prestación por Comunidad Autónoma de Grado I

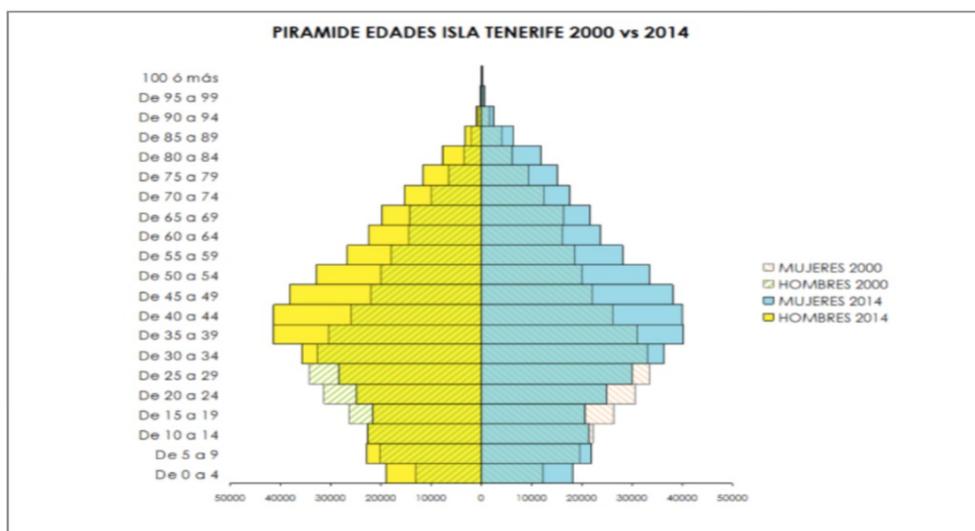


1.3. EL CASO DE TENERIFE

Según el Plan de Atención a la Dependencia de Mayores Tenerife 2016-2019 facilitado por el Instituto Insular de Atención Social y Socio- Sanitaria, en adelante IASS (IASS 2016), en la actualidad la administraciones Canarias se encuentran en una situación muy compleja en lo que a la dependencia se refiere, dado que la planificación y organización de los planes de ayuda sobre la misma están sujetos a una incertidumbre legal que repercute en los procesos de financiación. A su vez, queda patente el efecto de problemas de coordinación entre distintas administraciones públicas. Por un lado, los **Cabildos** encargados de: “asistencia social y servicios sociales. Gestión de la dependencia en los términos que la ley prevea” (Ley 8/2015 de 1 de Abril). Por otra parte, **Los Municipios** que tienen, (según el artículo 11 de la Ley 8/2015 de 1 de Abril) atribuciones de competencias propias de los municipios en función de las leyes sectoriales como de los servicios sociales, definiéndose éstos en el artículo 12 de la citada Ley. Interviniendo, por último las **Comunidades Autónomas** en algunos aspectos relevantes como son: planificación, pensión y cofinanciación del sistema.

A esta problemática hay que agregarle la que se manifiesta en la Gráfica 4, donde se observa una tendencia de inversión de la pirámide poblacional en los últimos años en la que queda claramente reflejado el incremento de la población mayor de 65 años, produciendo un deslizamiento del grueso de la población hacia esta franja junto con un estrechamiento más que considerable de la base de la misma lo que se traduce en un menor peso de la población joven en relación a la población de mediana y avanzada edad. Esto produce un cambio demográfico relevante que según el IASS, nos ubica ante una Ley de Servicios Sociales (9/1987, de 28 de abril) que ha quedado desfasada y resulta insuficiente para poder prestar los servicios necesarios y así satisfacer la demanda de los mayores dependientes en el archipiélago.

Gráfica 4. Pirámide edades isla de Tenerife Isla Tenerife 2000 Vs 2014



Fuente: IASS

El incremento de la población mayor de 65 años pasa de 87.113 personas (12,28% de la población) en el año 2000 a 135.238 personas, (15,20% de la población) en el año 2014. Aumentando de este modo el índice de envejecimiento (relación entre la cantidad de personas mayores y la de jóvenes) de 79,38% en el año 2000 al 107,23% en 2014. Debemos recordar que no solo se incrementa el número de mayores de 65 años en la pirámide de población sino que también lo hace la esperanza de vida, lo cual repercute de manera directa en la demanda de recursos y servicios relacionados con la dependencia de mayores.

El IASS prevé que la población seguirá creciendo en Canarias en los próximos años en contraste con la previsión de decrecimiento generalizado de la misma en el conjunto español. Existiendo diferencias entre las islas, encontrándose la isla de Tenerife ante un crecimiento definido como moderado. Estimándose que en el año 2019 habría un 17% más de mayores, lo que supone agregar a dicho grupo 25.000 personas más. Rondando de este modo las 160.000.

El Plan de Atención a la Dependencia de Mayores facilitado por el IASS incluye un estudio demográfico en el que se muestra la tendencia del contexto demográfico para la población mayor de 55 años en la isla de Tenerife, reflejado en la Gráfica 5: Contexto demográfico mayores isla de Tenerife adjunta en el anexo (página 33). En el año 2016, teniendo en cuenta el incremento de la población, el punto de partida para el años 2016 no se sitúa en 135.238 personas, sino en 144.549. Esto se traduce en un problema de eficiencia a la hora de crear plazas para las personas dependientes ya que si no se crecen al mismo ritmo que la población nunca se llegará a satisfacer la demanda total, lo que representa uno de los mayores retos a los que se enfrenta dicha institución. Tal y como se refleja en el mencionado estudio, actualmente la cobertura de plazas es muy inferior a lo deseable, 1,9%, quedando muy lejos del 5% que recomienda la OMS. Todo ello, produce una brecha acumulada entendida como la diferencia entre necesidades (demanda acumulada suma de usuarios y lista de espera) y respuesta (oferta de plazas). Es decir, un desequilibrio considerable en la oferta de plazas ya que tal y como informa el IASS solo se cubre un tercio de la demanda que varía según nos

ubiquemos en la zona norte, sur o metropolitana. En este momento existen aproximadamente 3.500 personas en situación de dependencia que esperan plazas en centros de atención diurna o residencial, lo que supone que un 70% de la población que cumple con los criterios de selección para recibir dichos recursos no los recibe o tiene asignadas.

Según el documento denominado Lista de espera actualizado a Mayo de 2016 proporcionado por el IASS (IASS 2016a), existen exactamente 3538 personas dependientes que solicitan asistencia socio-sanitaria en Tenerife. Para analizar los datos nos hemos apoyado en una serie de tablas y gráficas elaboradas a partir de la mencionada lista de espera para sintetizar la información, donde distribuimos la población por franjas de edad en intervalos de 8 años, sexo y el nivel de requerimiento necesario en lo que a nivel de atención se refiere. Estos requerimientos se clasifican según el IASS en: bajo requerimiento (BR), medio requerimiento (MR) y alto requerimiento (AR), correspondiendo a los grados I, II y III respectivamente. También se hace alusión a datos de la solicitud de plazas en centros diurnos (CD).

Como se observa en la Tabla 2, el nivel en el que más personas se sitúan es el de bajo requerimiento que se correspondería, según los grados de dependencia mencionados en el apartado 2.1. Dependencia, con el grado I o dependencia moderada.

Tabla 2. Personas dependientes clasificadas por sexos, nivel de requerimiento y edad

| | Sexo | | | | | | | | | | Total general |
|---------------|--------|-----|----|-----|--------------|-------|------|----|-----|-------------|---------------|
| | Hombre | | | | | Mujer | | | | | |
| Edad | AR | BR | CD | MR | Total hombre | AR | BR | CD | MR | Total mujer | |
| 50-57 | 6 | 16 | 2 | 5 | 29 | 4 | 15 | 3 | 5 | 27 | 56 |
| 58-65 | 11 | 55 | 5 | 16 | 87 | 6 | 33 | 2 | 13 | 54 | 141 |
| 66-73 | 18 | 118 | 12 | 50 | 198 | 25 | 126 | 13 | 39 | 203 | 401 |
| 74-81 | 43 | 211 | 8 | 97 | 359 | 47 | 389 | 34 | 165 | 635 | 994 |
| 82-89 | 47 | 271 | 7 | 123 | 448 | 102 | 583 | 41 | 332 | 1058 | 1506 |
| 90-97 | 8 | 53 | | 22 | 83 | 37 | 173 | 3 | 121 | 334 | 417 |
| 98-106 | | 4 | | 1 | 5 | 4 | 7 | | 7 | 18 | 23 |
| Total general | 133 | 728 | 34 | 314 | 1209 | 225 | 1326 | 96 | 682 | 2329 | 3538 |

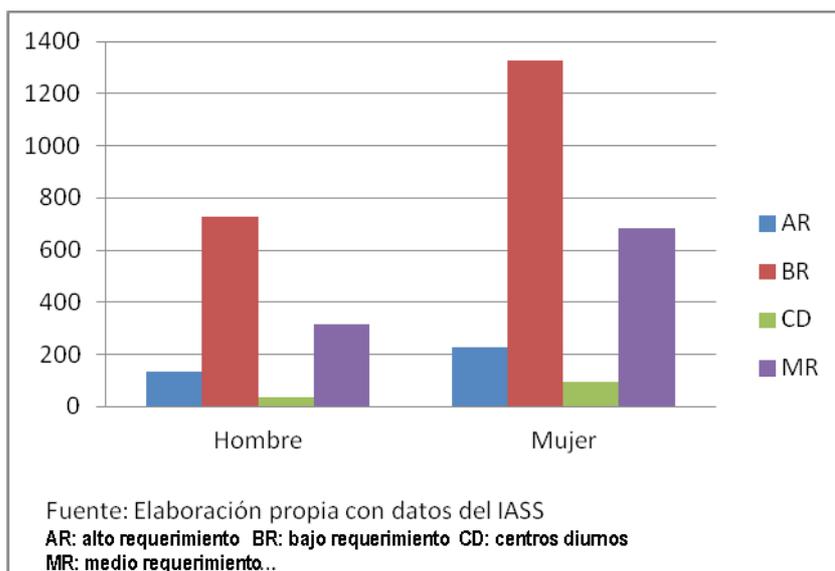
Fuente: elaboración propia con datos del IASS

AR: alto requerimiento BR: bajo requerimiento CD: centros diurnos MR: medio requerimiento

La demanda de asistencia es mayor para el género femenino que el masculino para todos los niveles de requerimiento tal y como se observa en la Gráfica 6. Es de vital importancia conocer la diferencia entre ambos sexos, ya que se podría llevar a cabo un mejor ajuste de las necesidades a la hora de asignar y organizar las habitaciones en plazas residenciales. Además, se observa que a partir de los 74 años las mujeres demandan más plazas en centros de atención

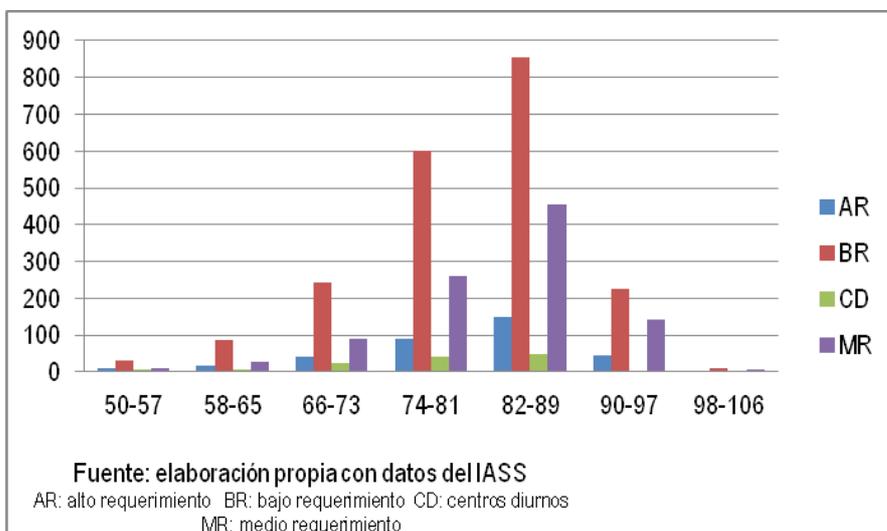
diurna que los hombres. En la tabla 2, podemos observar también que de las 3538 personas que se encuentran en la lista de espera, 2329 son mujeres (aproximadamente un 66% del total). Otro dato significativo que se puede extraer de la mencionada tabla, es que el bajo requerimiento en las mujeres representa aproximadamente un 38% del total de personas en lista de espera y casi un 65% del total de personas que solicitan bajo nivel de atención.

Gráfica 6. Nivel de requerimiento por sexos



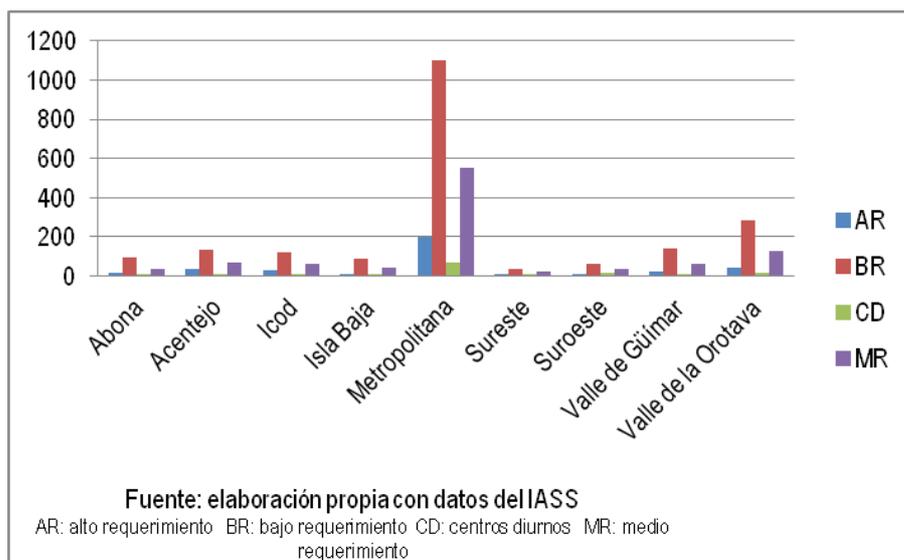
Si analizamos el nivel de requerimiento por franjas de edad, observamos que desde los 66 hasta los 73 años aumenta el número de personas dependientes en la lista de espera hasta alcanzar su máximo en la franja comprendida entre los 82 y los 89 años para cada uno de los requerimientos tal y como se observa la gráfica 7.

Gráfica 7. Nivel de requerimiento por franjas de edad



En cuanto a las zonas de Tenerife en las que se sitúa un mayor número de personas dependientes que solicitan asistencia, según la Gráfica 8, los datos ponen de manifiesto que es la zona metropolitana la que registra este máximo para todos los requerimientos. Además, podemos destacar que del total de bajo requerimiento un 53,75% se encuentran en esta comarca.

Gráfica 8. Nivel de requerimiento por comarcas



La información anterior resulta de gran utilidad para tratar de satisfacer la demanda de servicios socio-sanitarios por parte del IASS ya que en la actualidad tienen como objetivo crear 1.000 nuevas plazas residenciales en Tenerife en los próximos 3 años para personas con dependencia reconocida. Con lo que partiendo de este dato, sin tener en cuenta el incremento de la población y la esperanza de vida, quedarían 2538 usuarios sin atención/prestación para mejorar su situación y por tanto, calidad de vida. Todo ello se traduce en una oferta de plazas insuficiente. En consecuencia, nos planteamos el desarrollo/implantación de nuevas alternativas para cubrir la demanda no satisfecha. El perfil tipo de dichos usuarios por zona, sexo, franja de edad y nivel de requerimiento sería en mayor medida mujeres entre 82 y 89 años que necesitan un bajo requerimiento en la atención, principalmente en la zona metropolitana.

2. ALTERNATIVAS

2.1. COHOUSING

Tal y como se describe en las principales organizaciones de Cohousing en España¹ y como se informa en distintos portales web y artículos de periódicos² el Cohousing es una modalidad de vivienda colaborativa que surge como alternativa a la vivienda convencional, que

1 Jubilares y Trabensol

2 La Vanguardia, El Mundo y 20 Minutos

pretende dar solución a los problemas de vivienda actual, tanto en el aspecto económico como en el desarrollo de la vida en la misma, según las características personales de los usuarios. Es una opción que está en auge para muchos ancianos que no quieren pasar la etapa final de su vida en soledad o en una residencia junto con el valor añadido que implica la unión con otras personas que les aportan capacidad para desarrollar distintas actividades, tener una mayor influencia social, vivir con libertad, tranquilidad, calidad de vida y lo más importante, conservar su dignidad.

Según lo descrito en el apartado 3.1 esta alternativa sería apta para los casos con menor grado de dependencia ya que las personas con dependencia de grado tres tienen una pérdida total de la autonomía física, intelectual o sensorial y necesitan ayuda para realizar las tareas cotidianas más básicas varias veces al día. Por ello, no serían candidatos para un tipo de convivencia colaborativa ya que necesitan cuidados específicos/ especializados. No obstante, algunas de las cooperativas de cohousing desarrolladas en la actualidad plantean la opción de contratar los servicios especializados que sean necesarios ante el supuesto de un posterior deterioro de los socios, por lo que tendrían la misma atención que en cualquier residencia tradicional.

Estos tipos de comunidades suelen agrupar entre 15 y 30 viviendas privadas rodeadas por zonas de uso comunitario. La propiedad de las mismas es cooperativa (Cooperativas de uso o de Derecho de superficie)³. Sus miembros disfrutan de ellas a través de derechos de uso que son heredables y transmisibles. Si un cooperativista fallece sus herederos pueden ejercer dichos derechos o recibir el importe aportado actualizado según los criterios convenidos. Lo mismo sucedería en caso de abandono de la cooperativa, esta devolución normalmente depende de la incorporación de un nuevo cooperativista. Este modelo de vivienda dificulta la especulación y permite mantener la evolución de los precios dentro de un rango razonable.

No son una promoción inmobiliaria sino que se trata de una iniciativa de los propios residentes, que es desarrollada por ellos mismos, desde la relación entre ellos así como las herramientas que necesitan para poder trabajar juntos y definiendo las zonas comunes acorde con sus gustos, aficiones, creencias o hábitos culturales. El resultado es un edificio adaptado y accesible en un entorno de calidad ambiental y adaptable. Resultaría casi imposible que un promotor inmobiliario pudiera “ofrecer” un producto tan específico y rico en contenido como el que es capaz de proponer un grupo que conoce sus necesidades.

Este modelo se extiende desde el norte de Europa, más en concreto en Dinamarca, a finales de los años 60. Expandiéndose en los años 80 con cierta fuerza a Norteamérica y países como Alemania o Reino Unido. En numerosos estudios se ha establecido un cierto paralelismo entre el cohousing y todas las comunidades de viviendas en las que en los siglos pasados se compartían espacios comunes como lavaderos, hornos o fuentes. Los países donde existe una mayor implantación de esta modalidad de convivencia son: los Países Escandinavos, Alemania, Latinoamérica, Estados Unidos o Gran Bretaña. En la actualidad, más del 10% de las viviendas que se construyen en Dinamarca pertenecen a este modelo.

Para muchos usuarios esta forma de vida es una oportunidad de vivir una segunda juventud, de ilusionarse y de vivir acompañado, conviviendo entre amigos, permaneciendo activos y conservando toda la autonomía que su estado de salud les permita. El perfil del

³Ley 27/1999, de 16 de Julio de cooperativas

“consumidor” es de personas entre los 50 y 70 años que buscan alternativa a los geriátricos o pisos tutelados.

Algunas de las ventajas de este tipo de convivencia son: los gastos compartidos, lo que se resume en una vivienda más asequible ya que se puede compartir desde el pago de la propia vivienda y electrodomésticos hasta el pago de las facturas habituales que conlleva el mantenimiento del hogar. En este modelo, según el tipo de viviendas pueden combinarse la independencia de una casa y los servicios típicos de las residencias, donde la diferencia radica en la capacidad de decisión de los usuarios. Como cooperativistas, tal y como veremos a continuación, deciden si quieren contratar servicios de asistencia socio-sanitaria domiciliaria como son: un enfermero o un asistente domiciliario especializado, cocina individual o compartida, lavandería, gimnasio, etc. El grado de convivencia lo decide la comunidad.

2.1.1. El Cohousing en España

Entre los proyectos y realidades existentes en España tenemos ejemplos de Cohousing en: Madrid, Cantabria, Andalucía, Cataluña, Levante, Castilla La Mancha, Castilla León o el País Vasco y se esperan que surjan proyectos para extenderse a Asturias, Galicia, Aragón, Navarra o Extremadura.

Una de las primeras referencias de este modelo en España se desarrolló allá por el año 2000 cuando un grupo de 6 amigos encontraron en prensa un proyecto de una cooperativa residencial en Málaga que les inspiró a desarrollar un proyecto que hoy se conoce como “La Muralleta” y se ubica en Cataluña, convirtiéndose en una de las primeras cooperativas de viviendas con derechos de uso en España. Desde que se constituyeron como cooperativa hasta que pudieron hacer realidad el proyecto pasaron 10 años.

Tal y como los fundadores de dicho complejo describen en su portal web y en una entrevista concedida al periódico El Mundo titulada “La Muralleta, la cooperativa para la tercera edad que no va a residencia” publicada en 2014. En la actualidad se compone de 16 pisos y algunas áreas comunes como son: gimnasio, peluquería, lavandería, comedor, zonas recreativas que incluyen pista de petanca, salas para el desarrollo de actividades activas o de relajación como son: zumba, yoga o taichí. Para llevar a cabo esta promoción se emplearon 1,7 hectáreas de terreno y cada uno de los socios realizó una inversión de aproximadamente 152.000€, para cubrir los gastos de su vivienda y un fondo social que garantice el conjunto de equipamientos. En la actualidad, los cooperativistas están desarrollando una segunda fase cuyo objetivo es construir 16 apartamentos de una habitación destinadas a personas que están solas así como mejorar las instalaciones con una piscina. Existe una asamblea que decide y diferentes comisiones de trabajo, que planifican y establecen prioridades para llevar a cabo una gestión colaborativa.

Partiendo de esta base podemos afirmar que el Cohousing es un proyecto emergente en España ya que funciona y tiene un futuro prometedor dado que según un informe de la ONU sobre el Fondo de Población en el año 2050 un 38,3% de la población española pertenecerá al grupo de mayores de 60 años por lo que las viviendas colaborativas presentan un modelo de vida cómodo, sostenible y autogestionado para una vejez más activa.

Actualmente está gestándose un proyecto de Cohousing en la localidad de San Miguel de Meruelo, conocido como: “Brisa del Cantábrico Ciudad Residencial” que ofrece gran cantidad

de información en su portal web. Ya cuenta con ubicación, un terreno de 70.000 metros cuadrados para el que están captándose cooperativistas ya que se pretende tener entre 150 y 300 socios, contando con 118 a 10 de mayo de 2016.

En este proyecto tienen cabida personas con distintos tipos de dependencia, teniéndose planeadas pequeñas "unidades de convivencia" con 8-10 habitaciones con baño completo y sala de estar donde se aplicará la normativa de cualquier "residencia de mayores" para personas dependientes o residentes que requieran una atención permanente. Los socios tienen garantizado el derecho de uso y disfrute perpetuo de las instalaciones, dicho derecho se adquiere a través de la aportación obligatoria a capital social por parte de cada socio, pudiendo transmitirse a los herederos legales dichos derechos. Esta modalidad de utilización está importada del norte de Europa y presenta ventajas como son: menor inversión ya que al menos el 50% de los socios son jóvenes y adquieren una participación que no van a utilizar hasta pasados varios años por lo que se comparte la carga de la compra dado que no se coincidirá en la convivencia simultáneamente. A esta facilidad hay que añadirle las ventajas de no ser propietario como son pagos de recibos, IBI, averías o cualquier otra problemática que pueda surgir relacionada con el mantenimiento de la vivienda.

La financiación del proyecto se realizará a través de las aportaciones a capital social por parte de los socios.

Todo aquel que quiera participar en el proyecto tendrá que realizar un desembolso total de 36000€ de aportación obligatoria al capital social que se realizará de la siguiente manera:

- El 50% mediante aportaciones de 150€ al mes durante 10 años (18.000€)
- El 50% restante (18.000€) mediante tres aportaciones extraordinarias:
 - Dos plazos de 3.000€ para el pago del terreno uno en Enero y otro en Diciembre de 2016.
 - 6.000€ al inicio de la construcción de la primera fase en el año 2017.
 - 6.000€ a la finalización de la construcción de la primera fase de obra en el año 2018.

Las personas que se incorporen con posterioridad al proyecto tendrán que ponerse al día con las aportaciones, realizando un desembolso inicial equivalente a la aportación que el resto de los socios hubiesen realizado.

Aportaciones que no forman parte del capital social: Al incorporarse a la cooperativa se realizará una cuota de ingreso para los socios fundadores de 150€ por persona, que no formará parte de del capital social y no es reembolsable en caso de baja.

2.1.2. Comparación del Cohousing con otras alternativas

Según el análisis económico realizado por Brisa del Cantábrico Ciudad Residencial la alternativa de vivir en cooperativa o Cohousing es la más económica si la comparamos con: permanecer en el hogar con apoyo de personal contratado o trasladarse en una residencia.

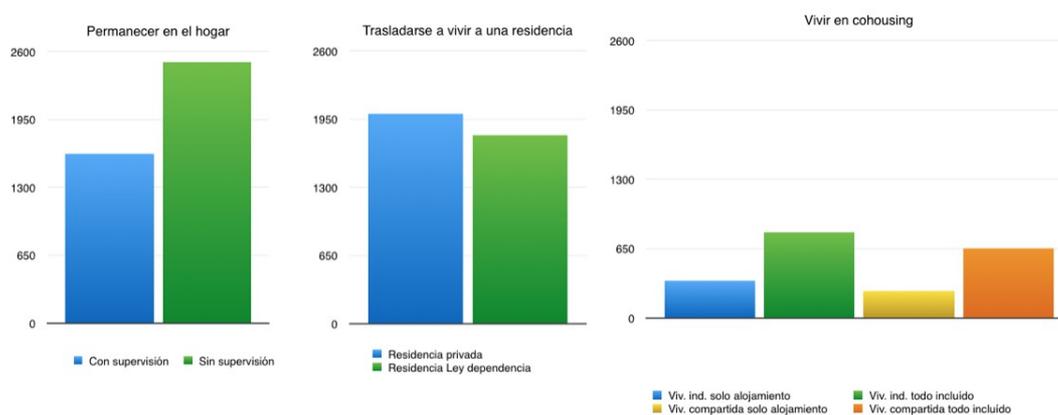
- **Permanecer en el hogar con apoyo de personal contratado:** El contrato de un cuidador supone los siguientes gastos: pago de una mensualidad (sueldo) y Seguridad Social (13 pagas/año), contratar a otra persona para las vacaciones anuales, para cubrir días libres a la semana además de los gastos de manutención y otros adicionales del cuidador, más los gastos de manutención básicos del hogar como son: agua, luz, electricidad, contribución, comunidad, mantenimiento de la vivienda, etc. de la persona

que recibe la atención etc. Es la decisión que suele ser tomada en la mayoría de los familiares y está valorada entre 2.000-2.500€/mes.

- **Coste de una residencia privada:** esta alternativa suele costar entre 1.500 y 2.000€/mes dependiendo de si la habitación es compartida o individual y si la plaza de dependencia es adjudicada o no a través de la Ley de Dependencia
- **Cohousing:** Vivir en el complejo Brisa del Cantábrico Ciudad Residencial, en su modalidad más cara que sería con vivienda individual y todo incluido supondría un coste de 800€, pudiendo escoger opciones entre las siguientes: vivienda compartida o individual en régimen de sólo alojamiento o todo incluido, oscilando por tanto dicha cifra entre 250€ y los 800€.

Este estudio se encuentra respaldado por una encuesta realizada por Jubilares en 2015, extrapolada a la totalidad de la población, donde se concluye que más de tres millones de personas mayores en España, estarían dispuestas a vivir en un senior Cohousing o jubilar. Lo que se traduce en una demanda elevada.

Gráfica 9. Comparación presupuestaria entre alternativas



Elaboración propia a partir del estudio de Brisa del Cantábrico Ciudad Residencial

2.1.3. Financiación de las cooperativas de Cohousing

A día de hoy no hay muchas experiencias Cohousing en España, sobre todo en lo referido a personas mayores y las que se han llevado a cabo lo han hecho de manera privada. Se estima que para poder dar impulso a este modelo es necesaria la ayuda estatal por lo que algunos colectivos proponen articular una política de cesión de suelos y de ayudas financieras para el desarrollo de dichas iniciativas.

Si tenemos una demanda tan amplia tal y como comprobamos en el apartado anterior lo lógico es que las entidades financieras y administraciones comiencen a tomar consciencia de ella. Hasta el momento, los proyectos desarrollados se han financiado por las conocidas como Bancas Éticas como son: **Fiare Banca Ética, Coop57 y Tríodos Bank**

2.1.4. Variantes del Cohousing

Existen dos modalidades con algunas variantes que podemos relacionar con el Cohousing que son: Cohousing Verde y el Cloud Housing.

Cohousing Verde: Tal y como ellos describen es una forma innovadora de afrontar la decisión de compra de una vivienda en la que los protagonistas del proyecto son las personas que vivirán en la comunidad, no los promotores, arquitectos, constructores o bancos, como se ha hecho tradicionalmente. Este grupo está compuesto por especialista de diversos ámbitos que acompaña, ayuda e informa al grupo durante todo el proceso de diseño de sus hogares, para lo que tienen creada una metodología de trabajo para que el desarrollo del proyecto sea una experiencia positiva, sencilla y realista por lo que ayuda a diseñar las casas soñadas de un grupo de futuros vecinos, para que los espacios se ajusten a la forma en la que se quiera vivir.

Cloud-Housing: es un concepto de vivienda alternativo a la hipoteca o el alquiler nacido hace 5 años de mano de la arquitecta catalana Mariona Soler, que potencia la flexibilidad y la comunidad para aproximar el mercado inmobiliario a las necesidades de las personas y encontrar una salida sostenible de la crisis de la vivienda. Está compuesto por edificios que combina los espacios privados, pisos, con los espacios y servicios comunes bajo un modelo de pago por uso donde la cuota se fija en función y uso que se haga de éstos. En la plataforma Vida+Fácil, se explica que se trata de edificios que funcionan como empresas. Como todos los vecinos se involucran en la oferta de servicios se fomenta la colaboración y sociabilidad y se evita con ello la contratación de personal externo para el desarrollo de dichas actividades, ya que el objetivo es cubrir todas las necesidades de la vida diaria mediante los servicios comunitarios. Las viviendas deben adaptarse a los usuarios y no al contrario. El pago de las cuotas puede fijarse con dinero o con tiempo tal y como afirma Soler en una entrevista al periódico 20 minutos, los ingresos se destinan al mantenimiento del edificio y pago de los servicios. Cada inmueble deberá contar con un gestor que será el encargado de asegurar el buen uso del equipamiento y la coordinación de las actividades comunes.

2.1.5. Trabajo de campo

Para informarnos de primera mano sobre los proyectos de Cohousing desarrollados en España elaboramos un breve cuestionario que fue enviado a distintas cooperativas y grupos de Cohousing senior con el objetivo de identificar los casos de éxito que han sido tomados como referencia así como poder definir la dificultades que se han detectado en la ejecución de los mismos.

A parte estas cuestiones iniciales nos mostramos interesados en la cartera de servicios específicos ofrecidos para personas dependientes si la hubiera y la estructura de costes que llevan a cabo. Todo ello con la intención de detectar problemas/dificultades a los que podamos ofrecer una propuesta de mejora al igual que tomar como punto de partida los puntos fuertes detectados en dichos grupos de convivencia.

CUESTIONARIO COHOUSING

- 1- ¿Se ha inspirado en algún caso con éxito para desarrollar su cooperativa de cohousing?
- 2- ¿Hay alguna experiencia de cohousing senior en España que considere destacable? ¿Por qué motivo?
- 3- ¿Qué problemas o dificultades se ha encontrado para ejecutar el proyecto?
- 4- ¿Han recibido ayuda de alguna administración pública?

- 5- ¿Qué han echado de menos de la administración en lo que a facilitar el proyecto se refiere?
- 6- ¿Tienen disponibles servicios para personas dependientes o que requieran cuidados específicos su estado de salud?
- 7- ¿Cuál sería la cartera de servicios específicos para el colectivo de personas dependientes o que necesiten cuidados especiales?
- 8- ¿Cuál sería el coste por servicio?
- 9- ¿Qué estructura de costes se lleva a cabo en la cooperativa?

El índice de respuesta tanto vía e-mail como telefónica ha sido mucho más bajo de lo esperado ya que de los 5 contactos establecidos: Trabensol, Jubilares, Brisa del Cantábrico Ciudad Residencial y La Muralleta solo nos respondieron dos. Aun así las respuestas recibidas guardan ciertas similitudes coincidiendo en lo siguiente:

-Los 9 cohousing que funcionan en España en la actualidad son diferentes, pero todos tienen un punto de partida común: han sido promovidos de manera privada y son una alternativa de envejecimiento activo, para lograr mantenerse dinámicos, organizados e independientes.

-Las experiencias más destacables son: Santa Clara (en Málaga por ser los primeros) y el proyecto desarrollado por la cooperativa Trabensol ubicado en Torremocha del Jarama (Madrid) por su plena ocupación, siendo un grupo humano fuertemente cohesionado que han sido capaces de promover y autogestionar por sí mismos el proyecto. Trabajan fuertemente el envejecimiento activo y el voluntariado.

-Una de las principales dificultades a las que se enfrenta el proyecto es la lentitud de la administración en la resolución de los actos administrativos que le competen (como por ejemplo, reclasificación de los terrenos), así como todo tipo de trabas burocráticas al no estar previsto este tipo de vida en las leyes actuales.

-Una dificultad importantísima es la inexistencia de ayudas para el desarrollo del proyecto. Algunas de las propuestas sugeridas serían: subvenciones cesión de suelos o reclasificación de terrenos.

-En algunos casos se prevé la necesidad de servicios para grandes dependientes pero aún no están definidos ni cuantificados ya que éstos serán gestionados por los socios.

-La estructura de costes es la de una cooperativa de consumidores (coste sin beneficio) y usuarios calificada de iniciativa social sin ánimo de lucro en la que se renuncia de manera voluntaria al reparto de beneficios entre los socios, destinándose los mismos íntegramente a mejorar los servicios prestados.

Por último hemos querido contactar con las bancas éticas, que suelen financiar este tipo de proyectos, para conocer su opinión sobre la relevancia de la difusión de este tipo de proyectos, Recibiendo únicamente la siguiente respuesta por parte de la Fiare Banca Ética:

“Para Fiare los proyectos de financiación de cooperativas de vivienda en la modalidad de cesión de uso (o cohousing), son estratégicos y trabajamos con ellos desde hace tiempo. Algunos de los que hemos financiado, fruto de ese trabajo, han sido: CAL CASES, CA L'AFUO, CONVIVIR, o TRABENSOL. Me gustaría hacer una mención especial al proyecto TRABENSOL, un proyecto de cohousing sénior, sin ánimo de lucro y democrático, que busca dar una respuesta colectiva posible y satisfactoria a las necesidades de las personas mayores, y que es realmente interesante.

Por último, decirte que desde Fiare pensamos que si debemos de dar difusión a estos proyectos y apoyarlos, teniendo siempre presente que somos un banco, y como tal nuestra función es captar ahorro para financiar proyectos socialmente transformadores.”

2.2. SERVICIO DE ATENCIÓN A DOMICILIO ESPECIALIZADA.

El Servicio de Ayuda a Domicilio, en adelante SAD, tal y como indica el portal Web de la Fundación Pilares a través de un informe de conceptualización, es un servicio integral, polivalente y comunitario, que trata de ofrecer un amplio abanico de recursos para dar apoyo y cuidado a las personas mayores que requieren de ayuda para realizar actividades vinculadas a la atención personal y otros servicios más especializados. Es un programa personalizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes de atención personal (física y psicosocial), gestión y funcionamiento de la unidad convivencial, fomento de las relaciones sociales en el entorno y apoyo a las familias, prestado en el domicilio de una persona en situación de fragilidad o de dependencia (Rodríguez, 2003,2011).

El SAD está vinculado con el cuidado de personas mayores con un grado de dependencia moderado (Grado I) y/o severo (Grado II) explicado con anterioridad en el apartado 2.1 como dependientes. En la Tabla 2, podemos apreciar que el bajo requerimiento (Grado I) y el medio requerimiento (Grado II) son las valoraciones con índices más altos. Por tanto, de cara a cubrir la demanda insatisfecha de personas mayores de 65 años que se sitúa valorada en lista de espera, el SAD podría ser una alternativa a aplicar ya que se encarga de servicios especializados y ofrece la opción de que puedan pasar la etapa final de su vida en su vivienda habitual.

El objetivo general de este servicio, tal y como indica el informe de Fundación Pilares, es mejorar la calidad de vida de las personas dependientes ofreciendo recursos para incentivar la autonomía en sus hogares y favorecer el mantenimiento del usuario en su vivienda. Para ello ofrecen asistencia de médicos, enfermeros, auxiliares, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y otras categorías según las diferentes Comunidades Autónomas, constituyendo cuidados de larga duración.

Las prestaciones ofrecidas en la ayuda a domicilio especializada constan de tres marcos de actuación:

- **Servicios de atención personal:** Consiste en la atención tanto de higiene como del cuidado de la persona mayor, como ayuda físico motriz, movilidad, la preparación en las comidas, ayudarle con la medicación del día y sobre todo acompañarle en todo momento.
- **Servicios de atención al hogar:** Trata de llevar al día el entorno de la persona, su hogar. Realizar tareas como el cuidado de la ropa, hacer la compra, limpieza y controlar que no haya ninguna situación de riesgo en la vivienda que pueda causar algún daño.
- **Servicios de integración en el entorno:** La integración con el entorno consiste en actividades que facilitan las relaciones con las familias y amigos, manteniendo de este modo las facultades cognitivas realizándose para ello desplazamientos fuera del hogar.

La evolución de la ayuda a domicilio se ha ido desarrollando de manera heterogénea, gestándose en países europeos como son Dinamarca, Suecia, Noruega, Reino Unido y Países Bajos después de finalizar la II Guerra Mundial. Este servicio fue agregando prestaciones después de la implantación del Modelo de Bienestar el cual incluye asistencia sanitaria y servicios sociales.

2.2.1. El SAD en distintas zonas de España.

Después de analizar los servicios domiciliarios que se ofrecen en las diferentes provincias se ha realizado un estudio sobre el funcionamiento del servicio según las necesidades de cada zona siendo elegidas Guipúzcoa, la provincia de Barcelona y Extremadura debido a la disponibilidad de programas.

Como se aprecia en el Tabla 3: Características comunes y no comunes en diferentes provincias de España adjunta en la página 33 del anexo, existen puntos comunes en relación al servicio de ayuda a domicilio en el que destaca su orientación hacia las personas mayores según el grado de dependencia, destacando entre estos el grado I y II. El objetivo general es mantener al usuario en la vivienda habitual mediante prestaciones de atención personal y doméstica ofreciendo apoyo a los cuidadores con una coordinación en el sector sanitario y social. Otro aspecto común es la financiación del servicio por parte del usuario que se realiza mediante copago, que es la cuota que paga el beneficiario por contraprestación del uso o disfrute de servicios. A través de éste se instrumentaliza un modelo de financiación mixto: público y privado, permitiendo obtener a la Administración unos ingresos adicionales sin tener que recurrir a los impuestos. La LAPAD contempla que los usuarios de las prestaciones de dependencia, participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica personal⁴, contemplando que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.

Existen diferencias en los modelos organizativos, papel de los principales actores de la organización del SAD y la prestación de servicios, en lo que respecta a la coordinación socio-sanitaria. Tal y como observamos en la Tabla 3, la coordinación/integración socio-sanitaria, en el caso de Extremadura existe un Plan Marco de Atención socio-sanitaria que fomenta esta integración mediante las comisiones interdisciplinarias a todos los niveles como la Comisión de Seguimiento del Plan socio-sanitaria, Comisión Permanente Intersectorial socio-sanitaria, la Comisión socio-sanitaria de la zona y la Comisión Sociosanitaria Comunitaria que contemplan diferentes órganos cuyas funciones tratan de supervisión, planificación y evaluación del Plan. Por otro lado, en la coordinación por parte de Guipúzcoa existe un Plan Socio-sanitario⁵ a nivel autonómico adoptado por las tres diputaciones vascas. Por su parte, en Barcelona hay una coordinación entre los agentes sociales basada en La Xarxa⁶, que aprovechan los recursos existentes al máximo con la existencia de un equipo interdisciplinar con diferentes funciones y un

⁴Se aplica un baremo en función de la renta disponible de la unidad convivencial, sustrayendo la cuantía libre disposición (SMI) y comparándola que el SMI vigente se obtiene el porcentaje que debe aportar el usuario. Esa información está recogida en la Fundación Edad & vida en el caso de Guipúzcoa.

⁵Plan en base al Convenio de Colaboración entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Álava, Vizcaya y la Asociación de Municipios Vasco EUDEL.

⁶Portal Web Diputación de Barcelona expone que la Xarxa Local de los Servicios sociales de Atención domiciliaria es una alianza estratégica de cooperación local formada por 319 administraciones locales.

sistema de información especializado en el cual recalca la importancia de la coordinación socio-sanitaria. Todo esto es crucial con la colaboración entre el sector público y el privado. Otras de las diferencias es el precio hora del servicio que existe una gran variabilidad desde los 5,56 € de Extremadura hasta los 16,59€ de Guipúzcoa.

En lo referente a los profesionales que intervienen en el SAD tal y como se observa en la Tabla 4, los pliegos técnicos de sus ayuntamientos ofrecen información sobre las funciones desempeñadas en cada uno de ellos y en consecuencia, las cláusulas de los contratos con información más específica de cada zona. Entre los profesionales más importantes en el Servicio de Ayuda a Domicilio se encuentra el Trabajador social, que es la persona que más funciones desempeña, seguido del auxiliar domiciliario que es el encargado de dar apoyo con las ABVD. En el caso de Extremadura, se encuentran profesionales más especializados como son los del sector sanitario compuesto por médicos y enfermeros mientras que en el caso de Guipúzcoa, dispone de un amplio abanico de profesionales⁷, como son los terapeutas ocupacionales y psicólogos.

Tabla 4: Categorías profesionales de las prestaciones.

| CATEGORÍA PROFESIONAL | PRESTACIONES EN COMÚN |
|-----------------------|--|
| Trabajador Social | Apoyo al cuidador en la orientación y formación a los cuidadores. |
| | Estudio, Valoración y diagnóstico de las demandas presentadas |
| | Visita de presentación y recogida de información del usuario. |
| | Determina las actuaciones que se realizan en el domicilio. |
| | Cumplimenta documentación al registro y del Proyecto Individual del SAD. |
| | Coordina el servicio interno y el desempeño de las tareas de los auxiliares. |
| | Evalúa el servicio. |
| | Coordina con otros servicios de la zona. |
| Auxiliar Domiciliario | Colabora en la formación del personal del SAD |
| | Atención doméstica. |
| | Atención personal. |
| | Estimula la autonomía del usuario. |
| Médico | Participa en la coordinación del servicio. |
| | Cuidados médicos. |
| Enfermería | Cuidados de enfermería. |
| Terapeuta Ocupacional | Ayudas técnicas como dispositivos o aparatos para ayudar en las limitaciones funcionales con las personas con mayor problema o discapacidad. |
| Psicólogo | Apoyo psicológico al cuidador. |

Fuente: Elaboración propia. Recogida de información en Fundación Edad&Vida y los pliegos técnicos y administrativos de los respectivos ayuntamientos.

⁷Información recogida de los pliegos técnicos y administrativos con la colaboración del ayuntamiento de Donostia.

Ante la creciente demanda del servicio con el objetivo de asegurar la calidad de prestaciones, los servicios de atención domiciliaria adecuados son los que están compuestos por los profesionales nombrados en la Tabla 4 encargados de elaborar sus funciones. Por un lado, están los servicios directos que son los que prestan atención directa al domicilio unido a los servicios complementarios, el Terapeuta Ocupacional y el Trabajador Social, que entre otras funciones, se encarga de las visitas para evaluar a las personas que reciben el servicio. Ante esto, es importante desarrollar el grado de motivación, formación y capacidad de los trabajadores familiares ya que es la prestación que más se da en Canarias.

2.2.2. Innovaciones en otros modelos del SAD.

Los datos analizados en la Fundación Edad & vida: Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio, el análisis de las provincias seleccionadas ha proporcionado una serie de criterios para definir un modelo futuro del SAD.

En el caso de Guipúzcoa, existen dos programas en relación al tipo de ayuda ofrecida como son: el **Programa Sendian** y el **Programa Hurbiltzen**. El primero ofrece prestaciones económicas para el gasto que ocasiona el cuidado de las personas mayores dependientes y unas ayudas técnicas, que tratan de realizar obras para acondicionar el hogar a las necesidades del usuario. Este programa presta apoyo psicológico y formativo a las familias encargadas del cuidado al beneficiario llevando a cabo el llamado *Respiro Familiar* cooperando con centros de día y residenciales los fines de semana. El documento del portal Web de Guipúzcoa: Modelos de atención a las personas mayores dependientes, expone que en el departamento de Política Social reconoce la importancia que tiene el trabajo de esas familias que cuidan a los mayores y consideran que hay que fomentar recursos para darle apoyo mediante este programa (Sendian) que lleva actuaciones de formación en el área médica, enfermería, psicogeriátrica, psicóloga y de recursos sociales. El segundo programa, Hurbiltzen, desarrolla el Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito rural promoviendo agrupaciones para aprovechar los recursos disponibles como son las horas de atención por municipios. Estos grupos atienden a poblaciones de menos de 2000 habitantes, cobertura aproximada a las personas que están sin prestación en el caso de Tenerife, sobre todo, a los dependientes que están a la espera de recibir ayuda en las zonas más rurales.

El Departamento para la Política Social reconociendo la importancia del trabajo que realizan estas familias, considera necesario fomentar recursos de apoyo para las mismas, promoviendo una serie de actuaciones que permitan un apoyo integral. Estas actuaciones se recogen en un programa de apoyo a familias con personas mayores dependientes denominado Sendian.

El **Cheque Asistencial de Galicia** consiste en prestaciones económicas mediante cheques por parte de la Administración que consiste en entregas mensuales para ayudar a realizar pagos a los servicios profesionales de atención integral a domicilio. Será válido mediante factura remitida a los servicios sociales después del cobro, siendo la cantidad máxima subvencionada de 757,68€ al mes. Estas ayudas cofinancian los gastos de las personas mayores de 65 años, con grado dependencia severa, que requiera de atención personal,

doméstica y de carácter psico-social y educativo⁸ y ofrecer así solución a los usuarios que no hayan podido acceder al servicio de atención domiciliaria por la escasez de recursos.

El **Programa Rompiendo Distancias** de Asturias⁹, se basa en aumentar y desarrollar los recursos de los servicios domiciliarios en el medio rural para dar apoyo a los usuarios que quieren seguir en su medio de vida o residencia habitual. El objetivo de este programa es acercar los servicios a las personas mayores aisladas y potenciar la participación e integración de éstos para evitar situaciones de abandono. Este proyecto tiene características parecidas a las del Programa Hurbiltzen de Guipúzcoa que se dirige al ámbito no urbano con valoraciones socio-sanitarias de los usuarios respecto a sus necesidades y se desarrolla de manera coordinada.

2.2.3. Análisis DAFO.

Para realizar un diagnóstico estratégico, empezaremos por el análisis de amenazas y oportunidades del entorno externo, fortalezas y debilidades del entorno interno que presenta el SAD especializado pudiendo identificar de este modo objetivos estratégicos del entorno externo, y las fortalezas y debilidades a nivel interno del servicio. Este estudio se realiza para potenciar y buscar oportunidades.

Tabla 5: Análisis DAFO

| DAFO | OPORTUNIDAD <i>Modelos especializados de otras CCAA.</i> | AMENAZA <i>Aumento de la población envejecida.</i> |
|---|--|--|
| FORTALEZA <i>Residir en la vivienda habitual como preferencia del beneficiario.</i> | Implantar modelos de otras CCAA que sea ejemplo de éxito. | Aprovechar las preferencias del usuario como elemento motivador para el SAD ante el problema del aumento de la población envejecida. |
| DEBILIDAD <i>Escasez de recursos.</i> | Aprovechar buenas prácticas de modelos innovadores respecto a la organización de sus recursos. | Plantear alternativas para aumentar los recursos frente al aumento de la población envejecida. |

Fuente: Elaboración propia a partir del Manual de Dirección de Empresas. Autor: Arbelo Álvarez, Antonio.

En el ámbito externo del servicio, se observa que la principal **amenaza** es la inversión de la pirámide de población, es decir, aumento de la población envejecida ya que como se indicó en

⁸Atención referida a intervenciones técnico-profesionales, formativas y de apoyo al desarrollo de las capacidades personales, efectivas y de integración social.

⁹Información recogida en la Fundación Edad & vida y en la página Web del Gobierno del Principado de Asturias.

el apartado del diagnóstico el caso de Tenerife, la cobertura de plazas es de 1,9%, muy inferior al 5% que recomienda la OMS. Respecto a la **oportunidad**, destacamos las nuevas praxis de distintas provincias de España que tengan un modelo eficiente de gestión y calidad para poder tenerlas como referencia. En relación a la parte interna del servicio, se considera como **fortaleza** la preferencia del usuario por permanecer en el lugar habitual de residencia lo que refuerza al servicio a seguir estudiando innovaciones. La mayor **debilidad** es la escasez de recursos, sobre todo financieros fundamentales para su buen funcionamiento.

La estrategia a seguir en lo referente a la oportunidad y la fortaleza se basa en aumentar al máximo las ventajas del servicio ante las circunstancias favorables que le ofrece el entorno. Los modelos aplicados en distintas comunidades autónomas resultan de utilidad para desarrollar capacidades relacionadas con actividades que deriven en un buen funcionamiento del servicio. El uso de información recogida en estudios de diferentes fundaciones como Edad & vida o investigaciones universitarias, aportan ideas para ofrecer servicio a la alta demanda a la que se enfrenta el SAD. Una de las mejoras a implantar es el Programa Rompiendo Distancias de Asturias que acerca el servicio a zonas rurales para que personas que tengan preferencias domiciliarias, sean beneficiarios de prestaciones similares a las personas dependientes que residen en zonas metropolitanas.

La escasez de recursos sociales, sanitarios y económicos está relacionada con la baja financiación sobre las tecnologías para el SAD, poca formación para los cuidadores profesionales y no profesionales, así como el inexistente proceso de Benchmarking¹⁰. Por ello, un factor clave es aumentar la financiación de recursos tecnológicos como la tecnología wearable que tal y como indica un reportaje de Fundatec, es tecnología de última generación que dispone de avances respecto a personas con graves problemas de salud, y así llevar un control a distancia para dar continuidad al servicio. Este es uno de los objetivos del servicio domiciliario para asegurar calidad en sus prestaciones. Además, destinar financiación a formaciones vía Internet a través de portales que obtengan guías y pautas, lo que facilitaría el cuidado por parte de los familiares ante situaciones complicadas de los usuarios dependientes por la falta de conocimiento ya que uno de los principales problemas en Canarias, como se indica en el diagnóstico en la comparativa con la media nacional, Canarias tiene como principal prestación los cuidados no profesionales o familiares suponiendo un 38,38% del total.

3.3. TICS DE DEPENDENCIA

Las tecnologías de la información y la comunicación son el conjunto de tecnologías que permiten crear, gestionar y comunicar información a través de diversos canales utilizando distintos formatos. El uso de las tecnologías de la información y la comunicación, en adelante TIC, es una alternativa que se está llevando a cabo en otras comunidades autónomas de España en el ámbito de la salud y sobre todo en nuestro objeto de estudio que es la dependencia. Al uso de estas tecnologías en el ámbito mencionado se le denomina e-salud.

En Cataluña, existe una fundación llamada **TicSalut** que se encarga de realizar proyectos basados en las estrategias definidas en el **Plan de Salud de Cataluña (2011-2015)**, con los que se pretende conseguir que las personas vivan durante más años y que la calidad de vida de los enfermos dependientes sea mejor que la actual. Esta fundación realiza varios

¹⁰Benchmarking es un proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los servicios en este caso.

estudios, con encuestas anuales que dan información tanto de las necesidades de los usuarios como de la aceptación del uso de las TIC por los mismos, con la finalidad de cambiar los modelos asistenciales de presenciales a no presenciales. Todo esto se está llevando a cabo porque gracias al uso de las nuevas tecnologías se puede llegar a un elevado número de personas y hacer que se produzca intercambio de información de unos usuarios a otros de manera sencilla. Además, en cuanto a la asistencia de personas dependientes, las herramientas 2.0 permiten una continua formación tanto a cuidadores profesionales como no profesionales.

Salud 2.0 es un área en la cual se encuentran grupos de comunidades virtuales en las que se produce intercambio de información tanto en redes sociales como en otro tipo de plataformas que permiten que pase la información entre profesionales y no profesionales, e incluso se puedan realizar consultas desde los propios pacientes hacia los profesionales u otros pacientes que puedan aportar algo nuevo según su experiencia. Esta herramienta se utiliza en el ámbito de la salud en general, pero es muy útil para personas dependientes y sus cuidadores.

Existen una serie de proyectos y aplicaciones desarrollados por TicSalut, que tratan de facilitar la acción de los cuidadores y la estabilidad y tranquilidad de los propios dependientes.

Entre estos proyectos se encuentran algunos que son de formación hacia los cuidadores no profesionales, cuyo objetivo principal es facilitar la labor de éstos aportándoles información en todo momento, permitiendo la realización de consultas online e incluso realizando cursos online que permitan un mayor conocimiento acerca del tema. Los nombres de estos proyectos son **Formación E´Learning para cuidadores no profesionales de personas dependientes** y **Home Sweet Home**.

Además de los proyectos mencionados, también hay una serie de aplicaciones desarrolladas por TicSalut que pueden favorecer la asistencia a personas dependientes, como es el caso de **Alznavy Seeds of learningtricks**. Estas aplicaciones son de ayuda para personas que tienen Alzheimer en etapas iniciales, ya que permiten realizar pruebas de psicoestimulación que no se repiten y están adaptadas a personas de avanzada edad. Además pueden ayudar a personas que posean algún tipo de demencia a llegar hasta su casa con un sistema de Sistema de Posicionamiento Global (GPS) que además avisaría a familiares o cuidadores en el caso de que el paciente se desvíe de su ruta. Por tanto, estas personas podrían salir solas de casa con ayuda de esta aplicación.

Por último, TicSalut destaca una serie de innovaciones tecnológicas que ayudan a la persona dependiente a estar más tiempo en su domicilio sin necesidad de tener un cuidador durante todo el día a su lado. No sustituyen la tarea de un cuidador pero si pueden complementarlo. Son la **E-asistencia** y **Fate**. El objetivo de estas tecnologías es prolongar la autonomía personal en el domicilio. En el caso de la e-asistencia, se puede controlar la toma de medicamentos, monitorizar las caídas y hábitos y entretener al paciente cuando se encuentra solo en el domicilio. Es necesario preparar las viviendas con una serie de dispositivos y sensores que no afectan a la vida cotidiana del paciente y además no requieren ningún tipo de obra.

Fate es un dispositivo que detecta las caídas, tanto fuera como dentro del domicilio, generando unas alarmas mediante 3G o GPRS que se enviarían directamente al 112 o a un

familiar, dependiendo de cómo se configure. Si la caída se produjera fuera del domicilio, en el momento en que se genera la alarma también se indicaría la ubicación del paciente.

Estos son algunos de los proyectos que presenta TicSalut en Cataluña en relación a la dependencia, pero actualmente se están llevando a cabo en España innovaciones en este ámbito. Fundaciones como Cruz Roja Española ya han implantado sistemas de **teleasistencia**, tal como se había comentado en el epígrafe 2.2. Comparativa Canarias-Nacional que están siendo de especial relevancia en nuestro país. Además, existen proyectos de ayuda a la dependencia en los que participa esta fundación con el apoyo de la Fundación Vodafone proponiendo una serie de proyectos e innovaciones que se pretenden poner en marcha para mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia.

3. CONCLUSIONES¹¹

Partiendo de la situación deficitaria de plazas residenciales y atención para personas mayores y dependientes en la isla de Tenerife cumplimos con el objetivo de proponer alternativas al Cabildo para así tratar de solucionar el problema de las al menos 2.538 personas que se quedarán sin atención si se adjudicasen hoy mismo las 1.000 plazas que tiene previsto crear el IASS en los próximos tres años en residencias y centros de día. Dichas opciones son sustitutivas o complementarias a las que se aplican en la actualidad, pretenden ayudar a mejorar el rendimiento de los recursos existentes y van a destinadas al colectivo de mayor demanda, que es de menor grado de dependencia o requerimiento.

Los hallazgos tras la investigación realizada son los siguientes:

Las distintas modalidades de vivienda cooperativa son una alternativa muy interesante para canalizar la demanda de plazas residenciales a la que se enfrenta el IASS teniendo como incentivo que pueden ser más económicas que éstas. Algunas cuestiones que podrían facilitar la implantación de dicho sistema de convivencia son:

- Cesión de terrenos por parte de las administraciones públicas para la construcción de proyectos Cohousing senior para personas con grado de dependencia leve-moderado.
- Utilización de viviendas vacías para crear una comunidad cohousing senior inspirada en la idea de Cloud-Housing pudiendo recurrir para ello a la cartera de viviendas abandonadas, o las que puedan tener en propiedad el IASS o las entidades bancarias disponibles para subastar, pudiendo contar para ello con edificios, hoteles, o viviendas de grandes dimensiones.
- Proponer el proyecto de Cohousing como fin social para las entidades bancarias, para que de este modo contribuyan facilitar la financiación o cesión de propiedades.

El Servicio de Ayuda a Domicilio especializada es una de las alternativas más demandadas por los usuarios al querer residir en su vivienda habitual y con menos prestación en Canarias. Varias resultados podrían favorecer a incentivar el servicio como son:

¹¹ Existe material más extenso de este trabajo que se ha puesto a disposición del IASS, debido a la limitación de extensión del mismo.

- Disponer de una amplia cartera de servicios en la atención a domicilio para ofrecer servicios directos y complementarios por parte de profesionales para facilitar la permanencia del usuario en su domicilio.
- Utilizar programas de otras provincias que sean de utilidad para acercar el servicio de ayuda a domicilio a las zonas rurales o aisladas compartiendo los recursos y coordinando el sector socio-sanitaria como el Programa Hurbiltzen de Guipúzcoa.
- Disponer de herramientas para dar formación a los cuidadores no profesionales como el Programa Sendian de Guipúzcoa que utiliza recursos para dar conocimiento en el ámbito socio-sanitaria.
- Llevar a cabo prácticas de Respiro familiar en el SAD como el Programa Sendian de Guipúzcoa que colabora con centros de día y residencias los fines de semana.

El uso de las TIC en el ámbito de la dependencia puede ser una buena herramienta que apoye a la problemática de la escasez de plazas residenciales en Tenerife; ya que la mayor parte de la población dependiente que se encuentra en lista de espera, solicita un bajo nivel de requerimiento de atención, por lo que el uso de las nuevas tecnologías podría adaptarse perfectamente a dichas necesidades. Utilizando las TIC como complemento en la asistencia de personas dependientes, se favorecería tanto a este colectivo como a sus cuidadores, por lo que se propone:

- Usar las TIC tanto en viviendas particulares como en viviendas compartidas con el Cohousing para prolongar la calidad de vida de los usuarios.
- Habilitar sistemas como el de e-asistencia en las viviendas de manera que sirva de apoyo a la atención especializada a domicilio, y de este modo ahorrar en costes al no tener que estar el cuidador las 24 horas con la persona dependiente.
- Utilizar videotutoriales que permitan que los cuidadores no profesionales puedan aprender a actuar frente a determinadas situaciones, sin tener que desplazarse de su domicilio o incluso pudiendo consultar los mismos en el momento en el que les surjan las dudas.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Antares consulting (2007). Fundación Edad & vida: Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. Recuperado de http://www.edad-vida.org/fitxers/publicacions/Libro_SAD_EdadVida.pdf
- Arbelo A. y China A. (2005). Manual de Dirección de Empresas. *Análisis DAFO* (pp.195-202)
- BOE (2016). Boletín Oficial del Estado, Ley de la Dependencia. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Boletín Oficial Parlamento de Canarias (2016). Recuperado de <http://www.parcn.es/files/pub/bop/8l/2014/122/bo122.pdf>
- Cano, M. (2012). Cohousing. Evasión. Recuperado de http://www.evasiondiez.com/index.php?option=com_k2&view=item&id=559:cohousing&Itemid=383

- Consumer (2016). Recuperado de http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2015/06/26/222123.php
- Coop 57 (2016). Recuperado de <https://coop57.coop/es>
- Diputación de Barcelona: La Xarxa. Recuperado de http://www.diba.cat/es/web/benestar/xarxes/x_sad/que
- Diputación foral de Guipúzcoa. Modelo de atención a las personas mayores dependientes. Recuperado de <http://www.gipuzkoa.eus/noticias/archivos/ancianosc.pdf>
- Donostia (2016). Recuperado de <http://www.donostia.eus/info/Contratacion.nsf/vListadoId/AF4F1840EE41ABA5C1257ECA004143E7?OpenDocument&sf=2&ord=4&id=C671670319675&idioma=cas>
- Fate (2015). Recuperado de <http://fate.upc.edu/index.php>
- Fiare banca ética (2016). Recuperado de <http://www.fiarebancaetica.coop>
- Fundació Abat (2016). Recuperado de <http://www.fundacioabat.cat/?lang=es>
- Fundación Caser: El Copago (2016). Recuperado de http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/6_el_copago_en_%20ley_de_promocion.pdf
- Fundación Pilares (2016). La situación del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro. Recuperado de http://www.fundacionpilares.org/docs/2016/EstudioSAD/SAD_EvolucionConceptualizacion.pdf
- Guerrero, D. (2014). La Muralleta, la cooperativa para la tercera edad que no va a residencia. El mundo. Recuperado de <http://www.elmundo.es/economia/2014/06/03/538c8604ca4741da2a8b4571.html>
- IASS (2016). Plan de Atención a la Dependencia de Mayores Tenerife 2016-2019
- IASS (2016a). Listas de espera actualizadas a Mayo de 2016
- Improvisados (2016). Recuperado de <http://www.improvisados.org/es/cloud-housing/>
- Josef Martín (2016). Inforesidencias: Atención domiciliaria. Recuperado de <https://www.inforesidencias.com/contenidos/mayores-y-familia/nacional/atencion-domiciliaria-sad>
- Jubilares (2016). Portal. Recuperado de <http://www.jubilares.es>
- La Subestación (2016). Recuperado de <https://lasubestacion.wordpress.com/2013/11/27/conceptos-basicos-del-cohousing-vivienda-colaborativa/>
- Martinez, I. (2015). El 'cohousing': otro modelo de vida para la vejez activa. La Vanguardia. Recuperado de <http://www.lavanguardia.com/vida/20150225/54427588357/cohousing-modelo-vida-vejez-activa.html>
- Noticias 20 minutos edición España (2016). Recuperado de <http://www.20minutos.es/noticia/1826832/0/cohousing/vivienda-colaborativa/espana/>
- Noticias 20 minutos edición España (2016). Recuperado de <http://www.20minutos.es/noticia/2394377/0/cloud-housing/economia-colaborativa/vivienda/>
- Políticas sociales Gobierno de Canarias (2016). Recuperado de <http://www.gobiernodecanarias.org/politicassociales/legislacion/index.html>

- Rodríguez, P (2003). Manual de formación para auxiliares: Los servicios de Ayuda a Domicilio Recuperado desde Fundación Pilares
http://www.fundacionpilares.org/docs/2016/EstudioSAD/SAD_EvolucionConceptualizacion.pdf
- Rompiendo Distancia de Asturias. Recuperado de:
https://www.asturias.es/Asturias/DOCUMENTOS%20EN%20PDF/PDF%20DE%20PARATI/rompendo_distancias.pdf
- Sancho, C. M., Díaz, M.R., Castejón, V.P., Del Barrio, T.E. (2008), Las personas mayores y las situaciones de dependencia. Recuperado de
http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/70/es_t01.pdf
- Tecmova (2016). Recuperado de <http://www.tecmova.com/>
- Ticsalut (2016). Recuperado de http://www.ticsalut.cat/observatori/es_index/
- Triodos Bank (2016). Recuperado de <https://www.triodos.es/es/empresas-instituciones/>
- Vodafone España (2008). Nota de prensa. Vodafone España apuesta por la innovación para ayudar a las personas con necesidades especiales. Recuperado de
<http://www.vodafone.es/conocenos/es/vodafone-espana/sala-de-prensa/notas-de-prensa/vodafone-espana-apuesta-por-la-innovacion-para/>

5. ANEXOS

Tabla 1: Prestaciones a personas beneficiarias por Comunidad Autónoma (29/02/2016)

| Prestaciones a Personas Beneficiarias por Comunidad Autónoma (29/02/2016) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|----------------|-------|-------------------|--------|-----------------------|---------|----------------------|---------|---------------------|---------|---------|--------|-------|---|
| Ambito Territorial | Personas Beneficiarias con Prestaciones | | Teleasistencia | | Ayuda a Domicilio | | Centros de Día/ Noche | | Atención Residencial | | Cuidados Familiares | | Otros | | Total | |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Andalucía | 178.677 | 29,57 | 68.666 | 20,97 | 48.705 | 13,211 | 5,69 | 22.959 | 9,89 | 75.484 | 32,51 | 3.182 | 232.207 | 100,00 | | |
| Aragón | 17.648 | 0,30 | 53 | 0,70 | 124 | 1,161 | 6,53 | 3.461 | 19,45 | 9.358 | 52,60 | 3.633 | 17.790 | 100,00 | | |
| Asturias | 17.822 | 4,59 | 861 | 14,78 | 2.774 | 2,188 | 11,66 | 2.753 | 14,67 | 7.544 | 40,20 | 2.648 | 18.768 | 100,00 | | |
| Islas Baleares | 11.752 | 0,00 | 0 | 0,99 | 117 | 904 | 7,69 | 1.920 | 16,32 | 8.054 | 68,47 | 768 | 11.763 | 100,00 | | |
| Canarias | 13.826 | 2,75 | 386 | 0,23 | 32 | 3.278 | 23,35 | 2.900 | 20,66 | 5.387 | 38,38 | 2.054 | 14.037 | 100,00 | | |
| Cantabria | 14.140 | 7,40 | 1.169 | 6,03 | 952 | 1.598 | 10,12 | 4.151 | 26,29 | 7.917 | 50,15 | 0 | 15.787 | 100,00 | | |
| Castilla y León | 74.266 | 6,15 | 5.819 | 19,64 | 18.593 | 8.015 | 8,47 | 7.048 | 7,45 | 21.361 | 22,57 | 33.814 | 94.650 | 100,00 | | |
| Castilla La Mancha | 37.272 | 11,00 | 5.225 | 17,12 | 8.135 | 2.452 | 5,16 | 10.451 | 22,00 | 14.696 | 30,93 | 6.549 | 47.508 | 100,00 | | |
| Cataluña | 127.920 | 10,01 | 16.169 | 12,23 | 19.761 | 10.968 | 6,79 | 26.680 | 16,51 | 77.877 | 48,20 | 10.126 | 161.581 | 100,00 | | |
| Comunidad Valenciana | 43.297 | 10,95 | 5.282 | 0,00 | 0 | 6.155 | 12,76 | 10.711 | 22,20 | 21.324 | 44,20 | 4.772 | 48.244 | 100,00 | | |
| Extremadura | 22.118 | 5,15 | 1.252 | 2,17 | 527 | 1.461 | 6,01 | 4.121 | 16,96 | 7.137 | 29,37 | 9.823 | 24.301 | 100,00 | | |
| Galicia | 41.475 | 3,90 | 1.767 | 27,31 | 12.371 | 6.037 | 13,33 | 7.650 | 16,89 | 10.839 | 23,93 | 6.636 | 45.300 | 100,00 | | |
| Madrid | 103.957 | 20,85 | 27.193 | 19,24 | 25.098 | 14.355 | 11,01 | 22.725 | 17,42 | 26.571 | 20,37 | 14.489 | 130.431 | 100,00 | | |
| Murcia | 28.055 | 12,75 | 4.491 | 0,48 | 168 | 3.266 | 9,27 | 3.497 | 9,93 | 18.921 | 53,72 | 4.881 | 35.224 | 100,00 | | |
| Navarra | 9.077 | 9,34 | 1.006 | 5,32 | 573 | 280 | 2,60 | 1.909 | 17,72 | 5.739 | 53,27 | 1.175 | 10.773 | 100,00 | | |
| País Vasco | 51.288 | 2,06 | 1.154 | 11,05 | 6.183 | 5.933 | 10,60 | 11.657 | 20,84 | 26.799 | 47,90 | 4.221 | 55.947 | 100,00 | | |
| La Rioja | 6.888 | 15,60 | 1.503 | 17,95 | 1.730 | 850 | 8,82 | 1.423 | 14,77 | 2.646 | 27,46 | 1.485 | 9.637 | 100,00 | | |
| Ceuta y Melilla | 2.369 | 13,78 | 419 | 21,15 | 643 | 72 | 2,37 | 200 | 6,58 | 1.379 | 45,36 | 327 | 3.040 | 100,00 | | |
| TOTAL | 801.847 | 14,58 | 142.415 | 14,99 | 146.486 | 83.194 | 8,41 | 146.216 | 14,97 | 349.033 | 35,73 | 110.654 | 976.988 | 100,00 | | |

Elaboración propia a partir de datos de Imerso

Gráfica 5: Contexto Demográfico Mayores Isla de Tenerife

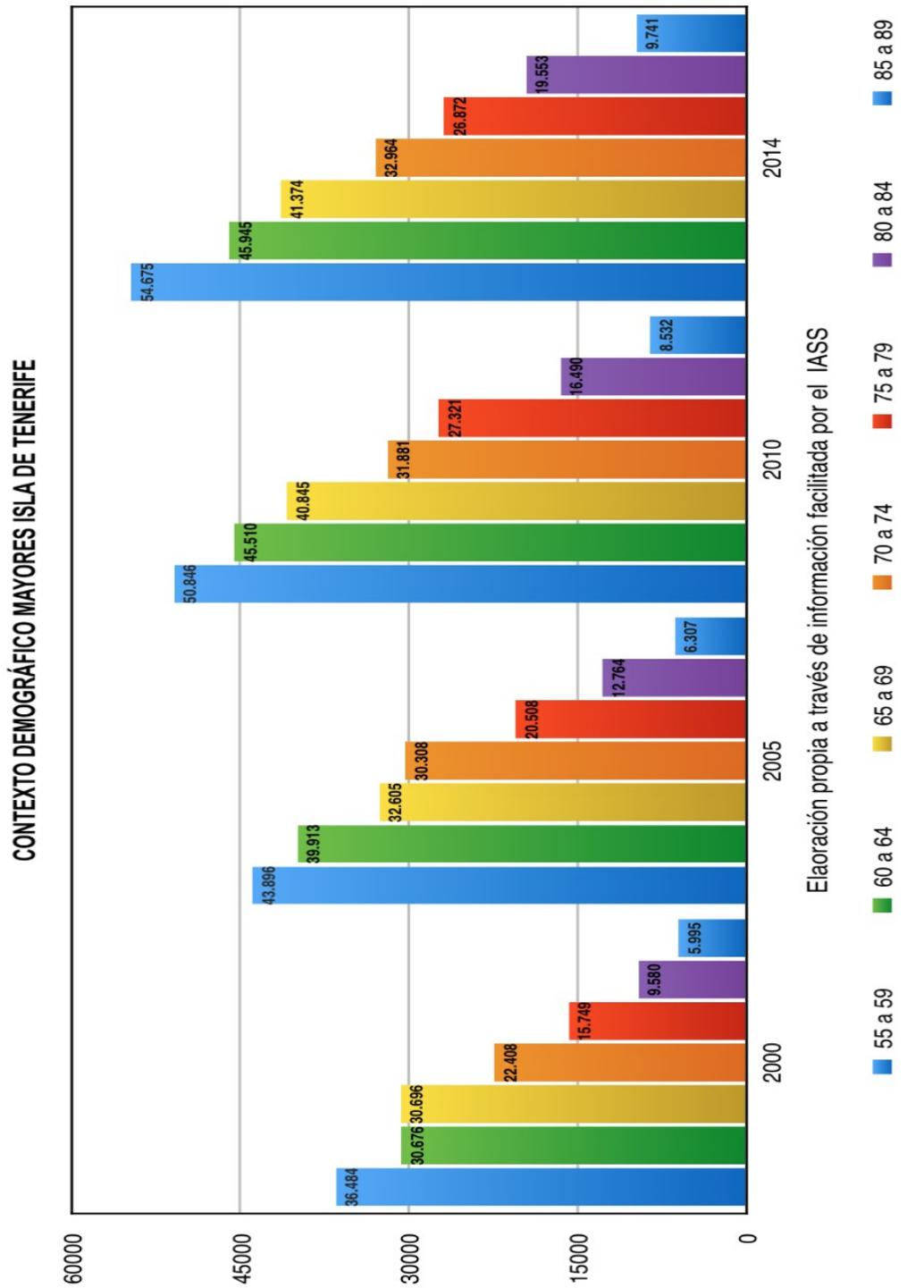


Tabla 3. Características comunes y no comunes en diferentes provincias de España.

| CARACTERÍSTICAS | SAN EN EXTREMADURA | SAD EN GUIPÚZCUA | SAD EN BARCELONA | PUNTOS COMUNES |
|-----------------------------------|---|---|---|--|
| Principios | Atención global, integral e interdisciplinaria. | Individualización de los servicios. Prevención y rehabilitación. | Cooperación local, futura universalidad y una provisión pública. | Coordinación y complementariedad socio-sanitaria. |
| Objetivos | | Apoyo a la red natural de los cuidadores. | | Favorecer el mantenimiento del usuario en su vivienda. |
| Demanda | Para usuarios con dependencia moderada. | Vinculado a usuarios con mayores riesgos socio-sanitario. | El servicio como general es comunitario. | El perfil de este servicio corresponde a personas mayores. |
| Servicios | Cartera de servicios orientada a la atención sanitaria a domicilio. | Ofrece ayudas económicas a los cuidadores. | | Cartera de servicios orientada a la atención personal y doméstica ofreciendo apoyo a los cuidadores. |
| Modelo de elaboración. | Se produce como normal general de manera pública. En las grandes ciudades se externaliza el servicio. | Externalización de los servicios. | Se realiza de forma pública en los municipios pequeños y privada en las zonas de mayor población. | Valoración, prescripción y seguimiento por parte de los trabajadores sociales de los ayuntamientos. |
| Modelo organizativo | Se realiza la coordinación a través de comisiones interdisciplinarias a diferentes niveles. | Plan de Atención Socio-Sanitaria (2005-2008). Coordinación de manera integral funcional del sistema social y sanitario. | Hay una cooperación entre los municipios compartiendo recursos e información. Intervienen equipos multidisciplinares. | Coordinación de los agentes sociales. |
| Participación del usuario. | Gratuito la prestación sanitaria. | Se analiza el capital mobiliario como el inmobiliario del usuario. | Tienen como objetivo ofrecer el servicio de manera gratuita. | Copago en función de la situación social y económica del usuario. |
| Precio/Hora | 5,56 € | 16,59 € | 10,03 € | |

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de Fundación Edad&Vida.