

RETOS Y PRIORIDADES
DE LA POLÍTICA SOCIAL
DE LOS PAÍSES EUROPEOS

Sistemas de atención a personas en situación de dependencia en Europa

EL MODO EN QUE LOS DISTINTOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA PRESTAN Y ORGANIZAN SUS SISTEMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA VARÍA MUCHO DE UNO A OTRO. ESTO SE DEBE, ENTRE OTRAS COSAS, A DIFERENCIAS CREADAS POR LAS DISTINTAS LEYES DE CADA PAÍS, A DIFERENCIAS CULTURALES, A DIFERENCIAS DE ORGANIZACIÓN Y A LOS DIFERENTES SISTEMAS DE FINANCIACIÓN UTILIZADOS.

Texto: Cristina Fariñas · Fotos: Eduardo Vilas

Traducción: Mercedes Castro

*La población europea
de más de 65 años
se duplicará durante
las próximas cuatro
décadas*

Los países de la Unión Europea están experimentando importantes cambios demográficos, como el aumento de la población con más edad. La Comisión Europea estima que, para el año 2025, aproximadamente un tercio de la población en Europa tendrá 60 o más años. Esta tendencia tiene una influencia muy significativa en sectores muy diversos, como la atención sanitaria y los servicios sociales. La atención de las necesidades de las personas en situación de dependencia se ha convertido, desde los años noventa del pasado siglo, en uno de los grandes retos y prioridades de la política social de los países europeos.

En España, la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia quiso dar respuesta a esta problemática. Otros países lo hicieron con anterioridad como, por ejemplo, Austria (1993), Alemania (1995), Luxemburgo (1999) o Francia (2002).

Las causas originarias de la puesta en marcha de sistemas de atención a las personas en situación de dependencia (o sistemas de cuidados de larga duración) en Europa se centran en el proceso de envejecimiento acelerado de la población; en el aumento de las enfermedades crónicas por el incremento de la esperanza de vida; en el cambio de modelo familiar y la incorporación de la mujer al mundo del trabajo; y en la carencia de recursos profesionales para reemplazar los cuidados informales que se prestan a estas personas.

Estas causas se van a agudizar durante los próximos años. Las diferencias entre los países de la UE se ponen también de manifiesto en el porcentaje de producto interior bruto que cada uno de ellos dedica a cuidados de larga duración, en la cantidad de personas dependientes y en el porcentaje respectivo de atención formal e informal.

El conocimiento y las buenas prácticas de un país deben exportarse a otros y, con esta premisa, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales organizó el pasado 26 de octubre, una jornada en la que se analizaron los diversos sistemas de atención a la dependencia aplicados en países como Francia, Austria, Alemania y España.

El objetivo fue dar a conocer la situación de la atención a las personas dependientes en España y la Unión Europea, especialmente en países con sistemas de protección semejantes al español, el estudio de buenas prácticas, y analizar las perspectivas futuras en función de los cambios sociodemográficos en curso, así como las amenazas y oportunidades en los sistemas de atención.

El entonces director general del Imsero, César Antón Beltrán, centró su intervención en el marco legal que regula la autonomía personal de las personas en situación de dependencia en España. En primer lugar, la Constitución Española de 1978, que establece un reconoci-

Las iniciativas que se están poniendo en marcha para prevenir la dependencia deben considerarse como una gran fuente de oportunidades



miento de derechos y las leyes que los desarrollan y, en segundo lugar, la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, aprobada en diciembre del 2006, considerada como el cuarto pilar del Estado de bienestar en España. Este texto introdujo el denominado Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

En España, la administración central regula los aspectos básicos, mientras que las comunidades desarrollan las normas en detalle. La figura creada bajo la denominación de Consejo Territorial trata de definir un marco común de actuación, la intensidad de los servicios, las condiciones para el acceso y el copago. Aun así, obviamente, se constatan diferencias importantes entre las comunidades.

La Ley establece un Catálogo de Prestaciones por rango de Real De-

creto y un proceso de valoración del baremo de dependencia. En el 2008 se implanta por grados de dependencia y gradualmente hasta el 2015. En el 2008 había 228.000 beneficiarios, en el 2015 se acabó la implantación de todos los grados y en el 2016, existen 842.343 beneficiarios. Además de que nadie debe estar excluido por razones económicas, la Ley establece que a financiación debe ser conjunta (Estado y Comunidades Autónomas). La financiación estatal entre 2007 y 2015 fue de 27.566 millones de euros.

Después de hacer este resumen del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la dependencia en España, el director general del Imsero planteó retos como evaluar los resultados, hacer propuestas de mejora, abordar el tema de la financiación y analizar los porcentajes de cobertura. En cuanto a los aspectos del catálogo, la cartera de servicios tendrá que ir unida al perfil de las



JOSEBA ZALAKAÍN:

“Los modelos de cuidados se centran en elementos sociológicos, pero ninguno sustituye a las familias”



personas atendidas y habrá que hacer adaptaciones y que la prestación económica esté vinculada al servicio también es importante.

Balbino Pardavila, técnico de la Dirección General del Inmerso señaló en su intervención que el Instituto Nacional de Estadística había sacado recientemente a la luz los datos de proyección de la población en el año 2030, que será de un 25% de personas mayores de 65 años y la esperanza de vida estará en 99 años, por lo tanto se presenta una gravedad en la situación demográfica para los próximos años.

VISIÓN GENERAL

El director del SIIS, Centro de Documentación y Estudios, Joseba Zalakaín, durante su ponencia sobre la «Visión general sobre la atención a la dependencia en la Unión Europea, modelos existentes», señaló que los modelos de cuidados se centran en elementos

sociológicos. Dijo que ningún cuidado sustituye a las familias. Además la atención a la dependencia es más tardía y más laxa que en otras contingencias. Zalakaín destacó que había una provisión mixta y que existía una coordinación con el Sistema de Salud. Repasando los diversos sistemas de atención a la dependencia diferenció entre el anglosajón, el nórdico, el corporativo y el mediterráneo.

Señaló que el sistema liberal tiene una orientación muy selectiva y asistencial a personas que tienen muchas necesidades, se financia con impuestos generales y copago, la gestión es municipal y existe un apoyo al cuidador.

El modelo nórdico considera la atención a la dependencia como derecho universal. Está financiado con impuestos y existen servicios domiciliarios y ayudas técnicas que sustituyen a las familias cuidadoras.

El sistema corporativo se basa en el derecho universal de las contribuciones a la seguridad social y no contribuyen los impuestos. Mientras que, en el modelo mediterráneo (Grecia, Italia, España) las ayudas se enmarcan dentro de las políticas sociales, y los cuidados de larga duración han recibido escasa atención hasta la fecha, siendo la familia clave a la hora de proveer este tipo de cuidados.

Zalakaín afirmó que, en los países nórdicos, la satisfacción de las personas mayores es mayor. En cambio, en Italia y Grecia hay poco cuidado y poca extensión del cuidado. En cuanto al nivel de ocupación hay un 14% de inmigrantes en España y Grecia que están trabajando en el Servicio Doméstico, que como mucho no llega al 1% en Austria.

Respecto a la cobertura de la demanda y composición de la oferta, en el primer caso, la po-

blación potencialmente usuaria y dependiente, han calculado a qué porcentaje se está atendiendo y con qué prestaciones. Desde este punto de vista, el 40% de la Unión Europea demanda que no está cubierta por la Red informal de atención. En Francia y Alemania tienen tasas de cobertura que no llegan al 40%. En España, Italia, Dinamarca y Noruega hay un 60% de demanda potencial. En cambio en Finlandia, Bélgica, Austria y Holanda hay una cobertura de prestaciones económicas muy altas.

En referencia al gasto público, en Portugal, Grecia y España es inferior al 1% en relación al PIB. En Alemania y Austria está entre el 1% y 2% del PIB y en Italia y Bélgica en un 2%.

Hay corrientes de atención que tienden a externalizar los servicios públicos y otras centradas en la persona. En Alemania, Luxemburgo y Países Bajos la dependencia se incluye como el quinto riesgo social, de modo que durante la década de los noventa se han ido introduciendo los denominados «seguros de dependencia». Los retos suponen adaptar los paradigmas de la presión social, avanzar en el equilibrio entre lo que es un riesgo social y un problema familiar y garantizar la sostenibilidad económica de los servicios, las reformas financieras del sistema de bienestar, y revisar el papel de los voluntarios, entre otros.

MODELO AUSTRIACO

En Austria, los cuidados sanitarios de larga duración se regulan mediante ley federal desde el 1 de julio de 1993 (la denominada «Bundespflelegesetz»). Mediante acuerdo entre el gobierno y las nueve provincias austríacas, los servicios de cuidados de larga duración se han dividido: el gobierno central realiza prestaciones económicas mientras que los servicios sociales están al cargo de las provincias.

MODELO ALEMÁN

En Alemania los cuidados de larga duración están regulados en su mayor parte por el Estado. Las leyes, importes de prestaciones en efectivo y otras disposiciones son directamente decididos por el gobierno y son válidos para todos los «länder». Los distintos estados («Bundesländer») son responsables del «Pflegekassen», instituciones públicas que reciben los fondos para el Seguro de Cuidados de Larga Duración (SCLD) y pagan prestaciones dinerarias a los cuidadores.

Lena Dorin, experta en salud y cuidados de larga duración de la Federación de Asociaciones de Mayores, destacó que esta organización era una ONG, que el gobierno tenía que escuchar por Ley. Se compone de más de 13 millones de pensionistas, para ejercer presión de manera efectiva y cambiar la imagen que tiene de las personas mayores.

En opinión de Dorin, muchas veces las familias ya están solas y dependen de los hijos. En Alemania hay

2.800.000 personas aseguradas y reciben prestaciones por transferencia, de 30.000 euros. En 1995, se introdujo el Seguro de Cuidados de Larga Duración como quinto pilar del sistema de seguridad social alemán.

En cuanto a las prestaciones, Dorin señaló que en el nivel I se atiende 90 minutos al día y 45 minutos de cuidados básicos. Los cuidados familiares suponen 244 euros al mes y si tienen demencia, 316 euros. Esta cantidad es el doble que se recibe más que cuando se acude a servicios profesionales, que también los pueden contratar.

Todo el sistema está financiado por un seguro social o privado. Los ciudadanos acogidos al SCLD público tienen que pagar 1,95% de sus ingresos mensuales a la compañía aseguradora. La mitad la paga el empresario, la otra mitad el empleado.

Además, en Alemania existen 1.600.000 personas con demencia.

LENA DORIN

“En Alemania existen 1.600.000 personas con demencia”



MODELO FRANCÉS

Alexis Rinckenbach, jefe de departamento de Relaciones Europeas e Internacionales de la Dirección General de Acción Social de Francia, dijo que en 1997 se introdujo la “Prestación específica para la dependencia” (PSD), que fue ampliada en el año 2002 con un derecho universal, la Prestación Personalizada de Autonomía (con sus siglas “APA”).

El ponente afirmó que no todas las personas van a ser dependientes en la vejez, ni vulnerables, aunque muchas tendrán pérdida de autonomía. En Francia, el Estado define un orden de prioridades para los cuidados de larga duración y se responsabiliza de la mejora de estos servicios en cantidad y calidad. Las autoridades de cada Departamento local se consideran “líderes” en el campo de la dependencia. Definen la política, la planificación y la financiación.

El sistema francés de cuidados de larga duración tiene, según Rinckenbach,

una financiación mixta: impuestos, contribuciones (seguridad social de las empresas) y copagos de las familias. Al lado de la Administración central, los ayuntamientos y la seguridad social, existe un fondo que ayuda a sufragar estos costes, el denominado Fondo de Solidaridad Nacional para la Autonomía (CNSA).

En relación a la dependencia se instauró un impuesto de solidaridad para la autonomía, considerando que los jubilados pagan un impuesto del 0,15% y se incrementa gradualmente hasta un 1,15%, estando exentos los jubilados con pensiones mínimas.

En el modelo francés hay tres piedras angulares: la anticipación o prevención, la adaptación y el acompañamiento. La Ley que les tocó desarrollar hace cuatro años está basada en esos conceptos y se centra en la autonomía y no en la dependencia. Tiene su foco en la calidad y es muy ambiciosa.

El consejero de cuidados de larga duración del Ministerio de Trabajo, Asuntos Sociales y Protección al Consumidor de Austria, Alexander Miklautz, afirmó que existen en su país tres elementos: el fondo de cuidados a largo plazo, los subsidios en efectivo y los apoyos a las familias. El Estado Federal y los nueve «länder» son responsables de los servicios sociales, residencias y servicios de movilidad. El sistema les cuesta unos 2.500 millones al año.

Actualmente hay 450.000 personas que se benefician del sistema. Un 67,5% de las personas en situación de dependencia son mujeres. Los servicios sociales pueden ser de atención institucional (a cargo de la provincia o quizás de una or-

ganización religiosa) y de atención domiciliaria (a cargo de organizaciones sin ánimo de lucro, como la Cruz Roja). Todas las provincias deben asegurar que las personas mayores dependientes puedan elegir libremente entre los servicios ofrecidos.

MODELO ESPAÑOL

El jurista y psicólogo, José María Alonso Seco, comparó los servicios sociales de la Unión Europea y los de España, donde la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia marca las bases actuales de regulación de la autonomía personal en España.

En la Unión Europea hay una amplia gama de prestaciones y servi-

La Comisión Europea estima que en el año 2025 aproximadamente un tercio de la población en Europa tendrá sesenta o más años

cios. En España se diferencia la autonomía personal y la dependencia, basándose en un modelo universal financiado por impuestos. Todos los ciudadanos pueden acceder a los servicios, tengan o no dinero.

Las Comunidades Autónomas en España ya ha establecido una cartera de prestaciones y se dividen en garantizadas y no garantizadas. La ley de dependencia española es ambiciosa en su visión y práctica en su aplicación.

El encuentro, que se desarrolló en la sede central del Imserso, puso en evidencia el hecho de que muchos países de Europa, entre ellos España, tengan que afrontar que su población de más de 65 años vaya a duplicarse durante las próximas cuatro décadas. Por ese motivo, la prevención de la dependencia se ha convertido y se convertirá en un objetivo fundamental. La promoción de la autonomía y el envejecimiento activo es ahora el objetivo común, tanto por sus implicaciones o consecuencias financieras y sociales.

Existe un amplio consenso en considerar que las medidas de promoción de la salud, de la autonomía individual y control de las enfermedades contribuyen a disminuir la incidencia de las posibles enfermedades y con ello de la dependencia., de ahí la estrecha relación existente entre prevención y promoción de la autonomía personal.

KAI LEICHSERING

Director ejecutivo del Centro Europeo de Política Social e Investigación (Centro Europeo de Viena)

«Las familias prestan cuidados más que nunca, pero necesitan apoyo solidario y profesional»

El director ejecutivo del Centro Europeo de Políticas de Bienestar social e Investigación, Kai Leichsering, habla de las iniciativas puestas en marcha en Europa en relación a los cuidados de larga duración. Este Centro es una organización afiliada a las Naciones Unidas cuyo objetivo es crear puentes entre la investigación y la formulación de políticas, así como entre las partes implicadas en las áreas de trabajo y bienestar y la de salud y cuidados. Desde él se trabaja en la Región Europea de las Naciones Unidas y se contribuye al aprendizaje mutuo entre los gobiernos para reducir las desigualdades sociales, combatir la pobreza e intercambiar buenas prácticas en la gobernanza de las políticas sociales.

¿Qué importancia tiene la coordinación socio-sanitaria en la prestación de cuidados de larga duración?

Las disposiciones destinadas a mejorar la situación de las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración han sido una

actividad relativamente reciente de los gobiernos de toda Europa, como respuesta a los problemas de las personas que necesitan una asistencia más amplia que los cuidados médicos. Puesto que todavía son atendidos principalmente

por los miembros de las familias, es muy importante apoyarlas en su entorno de vida, donde prefieren quedarse tanto tiempo como sea posible. Los desafíos en tales situaciones exigen soluciones complejas. El apoyo profesional en la coordinación de servicios se está volviendo indispensable para evitar desiguales oportunidades de acceso a las prestaciones económicas y a los servicios.

De forma esquemática, ¿qué iniciativas se han puesto en marcha en Europa en el ámbito de los cuidados de larga duración?

Podemos observar tanto la introducción de cuidados de larga

SISTEMAS DE DEPENDENCIA

País	Situación legal	Servicios ofertados	Financiado por
Austria	Ley Federal de 1993; acuerdo entre el Estado y las provincias	Asignación (por Estado) Servicios sociales (por provincia): - cuidados en instituciones - cuidados en el domicilio	Mediante impuestos.
Francia	Ley Estatal de 1997; Estado responsable de mejorar los servicios (calidad y cantidad). Las provincias definen y planifican la política y financiación	Servicios de asistencia en residencias y en el domicilio; ayuda a cuidadores informales	Mixto: financiación mediante impuestos, contribución (seguridad social del empresario) y copago de familias.
Alemania	Ley Estatal de 1995; el Estado es responsable pero las provincias se encargan de los gastos de seguro y de los pagos	Asignación económica directa, residencias y centros de día. Las residencias pertenecen al sector privado pero la calidad la controla el Estado	Basado en seguros; parcialmente público (pagado por el empresario y el empleado), parcialmente privado.
España	Ley Estatal de 2006; el Estado regula aspectos generales y las Comunidades elaboran y desarrollan Planes Regionales	Servicios de Prevención y promoción de la autonomía, teleasistencia, centros de día, ayuda a domicilio, residencias (servicio predomina sobre prestación económica)	Nivel mínimo; financiación adicional LOFCA, copago.

La tecnología avanza a pasos agigantados, pero ¿será capaz de reemplazar en el futuro los recursos humanos en cuidados de larga duración?

No, este no será el caso, pero la tecnología de la información y la comunicación puede ayudar a mejorar la colaboración entre los grupos profesionales, entre ellos y los beneficiarios (y sus familias), y entre los responsables de tomar decisiones. Esto también puede ayudar a mejorar la relación entre los cuidadores informales y las personas que necesitan atención, y en algunos casos los robots ayudarán con la limpieza, etc. Personalmente, no me gustaría ser atendido por un robot, ¿y a usted?

duración como un «quinto pilar» de los sistemas de seguridad social (por ejemplo, Alemania, Luxemburgo) como las disposiciones mixtas basadas en razones de asistencia social. Sólo los países nórdicos y los Países Bajos tienen ya una tradición más larga de abordar los cuidados de larga duración como un derecho universal, principalmente prestando servicios a un grupo objetivo definido. Los países mediterráneos, durante mucho tiempo, han contado con la familia para el cuidado, pero en los dos últimos decenios han observado que esto no es suficiente, han tenido fuertes repercusiones en la participación en el mercado laboral (principalmente femenina) y en la carga de los cuidadores. El fracaso de este sistema también se ha hecho evidente por el fenómeno de los “cuidadores migrantes” que demuestra que la idea “romántica” de la atención en la familia ya no soporta la prueba de la realidad y contribuye principalmente a las desigualdades de género. Esto no significa que las familias ya no cuiden, por

el contrario: están cuidando más que nunca, pero necesitan apoyo solidario y profesional, incluyendo la gestión de casos para continuar haciéndolo así y muchos países han reaccionado introduciendo un apoyo específico para los cuidadores, que van desde las prestaciones en efectivo y seguridad social a la formación y programas de respiro.

En algunos países europeos existe descoordinación entre los diversos niveles de administración (central, regional y local) en la prestación de cuidados de larga duración. ¿Cómo subsanar este problema?

Los sistemas de cuidados de larga duración están surgiendo en la encrucijada entre los sistemas de salud y los de atención social. Esto está causando nuevos retos ya que la división tradicional de responsabilidades entre el estado federal, las autoridades regionales y locales a menudo no se ajusta a los requisitos de los servicios centrados en la persona que deberían integrar la atención médica y social lo más

cerca posible al beneficiario. Esto conduce a sistemas diferentes de cuidados (por ejemplo en Suecia a 290, ya que cada municipio puede decidir cómo organizar los servicios). La principal dificultad reside en el hecho de que la «necesidad de cuidados de larga duración» y el derecho al cuidado son muy difíciles de definir. En cuanto a la atención a cuidados de larga duración desde la perspectiva de un formulador de políticas, lo primero es el gasto público y las respectivas prioridades a nivel nacional, regional o local son el centro. Desde la perspectiva de un profesional, evaluar las necesidades supone una carga administrativa. Y desde la perspectiva de las familias, es clave hacer malabarismos entre los cuidados y el trabajo. Las estrategias para conciliar estos intereses deben basarse en un diálogo serio entre los interlocutores para encontrar un mejor equilibrio, identificar posibles sinergias y comprender mejor y definir las funciones de los interlocutores implicados en la gobernanza a diferentes niveles de los cuidados de larga duración.

RICARDO RODRIGUES

Investigador, experto en cuidados de larga duración, del Centro Europeo de Viena

“Garantizar la equidad en el acceso es un aspecto fundamental de los cuidados de larga duración”

La dependencia y la fragilidad están negativamente relacionados con los ingresos y la educación; cuanto menores sean, más probabilidades hay de envejecer en peor estado de salud. Son palabras de Ricardo Rodrigues, investigador y experto en cuidados de larga duración, del Centro Europeo de Viena.

Una de las diferencias fundamentales en los cuidados de larga duración es el papel clave desempeñado por los cuidadores informales. No sólo son proveedores de cuidados, sino también beneficiarios de las políticas públicas de los cuidados de larga duración. Los cuidadores tienen sus propias necesidades, como se reconoce cada vez más en Europa, que deben tenerse en cuenta. Esto significa, por ejemplo, extender la evaluación de las necesidades a los cuidadores informales, involucrarlos en el diseño del plan de cuidados y desarrollar servicios y prestaciones especialmente diseñados para ellos. De esta cuestión, que enlaza con los nuevos modelos y técnicas de gestión de los cuidados de larga duración, habla Ricardo Rodrigues, en esta entrevista.

¿Qué importancia tiene que las personas accedan de modo igualitario a los cuidados de larga duración?

Garantizar la equidad en el acceso es un aspecto fundamental de los cuidados de larga duración. Sencillamente, debido a una serie de factores, la dependencia y la fragilidad están negativamente relacionados con los ingresos y la educación: cuanto menores sean

los ingresos y la educación, más probabilidades hay de envejecer en peor estado de salud. Esto significa que la mayoría de las personas mayores que más atención necesitan son aquellas que tienen menor capacidad de pagar por el cuidado de sí mismos. Un sistema de cuidados de larga duración que no es equitativo es aquel en el que sólo las personas más ricas pueden acceder al cuidado y ser capaces de tomar decisiones en términos de tener miembros de la familia que presten cuidados. Si no garantizamos la equidad en el acceso a los cuidados, también estamos imponiendo una mayor carga a los cuidadores informales de menor nivel económico –si no pueden pagar el cuidado, esto deja como única opción el cuidado informal – y esto podría significar que las hijas y los hijos que pudieran estar trabajando y ganando para mantener a sus propias familias podrían tener que cuidar a sus familiares mayores frágiles, no por elección, sino por necesidad.

¿Qué iniciativas están tomando los diferentes países para adaptar su legislación a las recomendaciones europeas que abogan por la equidad e igualdad de acceso de los ciudadanos a cuidados de larga duración?

Una iniciativa importante que varios países están tomando lenta pero firmemente es reconocer que la necesidad de los cuidados de larga duración es un riesgo social, al igual que estar desempleado, en situación de discapacidad o enfermo, lo que no solamente merece sino que también requiere, la protección de los estados de bienestar. Hemos visto movimientos en esa dirección en los Países Bajos, Francia, Alemania; en Eslovenia se está discutiendo un enfoque similar y también en España con su Ley de Dependencia. Queda mucho por hacer, pero reconocer la necesidad de cuidados cuando se es frágil y mayor es un primer paso fundamental que muchos países están empezando a tomar.

Uno de los grandes retos de la UE, y de los países que la componen es la atención integral en los cuidados de larga duración. ¿Cuáles son los principales aspectos a tener en cuenta para el desarrollo de esa atención?

Los cuidados de larga duración aspiran a mantener la autonomía, la dignidad y la calidad de vida o, al menos ralentizar el declive tanto como sea posible. Para ello se requiere una serie de servicios y tareas que abarcan desde la atención médica hasta la realización de cuidados personales en el hogar, tareas domésticas o el mantenimiento de las relaciones sociales. En otras palabras, requiere un *continuum* de atención a través de centros y proveedores. Para lograrlo es necesario dedicar recur-



“Los cuidados de larga duración aspiran a mantener la autonomía, la dignidad y la calidad de vida o, al menos ralentizar el declive tanto como sea posible”

tos y profesionales de ambos sistemas, el sanitario y el social, y al mismo tiempo involucrar a los cuidadores informales. En la mayoría de los países, superar esta brecha entre lo sanitario y lo social es un desafío porque cada uno tiene sus propias lógicas financieras y sus presupuestos, a menudo cada uno se sitúa bajo la responsabilidad de diferentes niveles gubernamentales (por ejemplo, el gobierno central y las autoridades regionales o locales), los cuidados sanitarios y los sociales tienen diferentes directrices profesionales y condiciones de elegibilidad y muchas veces incluso la comunicación funciona de manera diferente en los sistemas de salud y de asistencia social. Por lo tanto, las cuestiones financieras, el trabajo en equipo y los flujos de comunicación, son los aspectos clave para garantizar una atención integral en los cuidados de larga duración. Esto a su vez requiere que se coloque a la persona (el usuario) en el centro de esos cuidados y que exista un diálogo continuo entre los diferentes interlocutores implicados.

¿Cree que tanto los cuidadores informales como el uso de las nuevas tecnologías están promoviendo que las personas que necesitan cuidados de larga duración permanezcan el mayor tiempo posible en sus hogares?

Es evidente que los cuidadores informales desempeñan un papel fundamental en la prestación de cuidados en toda Europa, especialmente para las personas que viven en su comunidad. Sin ellos simplemente no podríamos proporcionar cuidados a las personas mayores dependientes. El riesgo es que agobiamos a esos cuidadores informales en un intento de hacer que la gente se quede en casa durante el mayor tiempo posible, al menor costo posible para el erario público. Esto sería profundamente contraproducente. Las nuevas tecnologías pueden desempeñar un papel muy importante en el mantenimiento de las personas mayores frágiles en sus propios hogares – pensemos en tele-alarmas o nuevas tecnologías en el contexto de la atención de la demencia-. Además, el desa-

rollo de nuevas tecnologías para el envejecimiento tiene el potencial de crear empleos y contribuir a la economía. Sin embargo, uno no debe pasar por alto el potencial de las tecnologías existentes para proporcionar cuidados más eficientes. Un ejemplo claro es el de compatibilizar los sistemas existentes de TIC (Tecnologías de la Comunicación) en los sistemas sanitarios y sociales para que la información de los pacientes sea compartida entre GPS, hospitales y trabajadores sociales. Esto es crucial para el alta hospitalaria, por ejemplo. Al mismo tiempo, no debemos subestimar el potencial de las soluciones de baja tecnología para mantener a las personas en sus propios hogares. En nuestros esfuerzos por mantener a las personas en el hogar, a menudo se ha pasado por alto la adaptación de los hogares (por ejemplo, casas o apartamentos sin escalones) y el entorno de vida (por ejemplo, el espacio público, el transporte público) y, sin embargo es un aspecto crucial si queremos lograr “ Envejecer en el propio entorno”.