

LAS RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD

EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA



Informes extraordinarios al Parlamento Vasco

- *Los calabozos*. Centros de detención municipales y de la Ertzaintza. 1991.
- *Los psiquiátricos*. Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos 1992.
- *Las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca (1992-1993)*. 1994.
- *Cinco años de la Institución del Ararteko (1989-1994)*. 1994.

Informes ordinarios al Parlamento Vasco

Volúmenes: 1989, 1990, 1991, 1992, 1993.

Separatas de los informes ordinarios:

- *Sugerencias y recomendaciones del Ararteko*. Volúmenes: 1991, 1992, 1993.

OTRAS PUBLICACIONES

- *Normas de redacción / Idatz arauak*. 1992.

Facsimiles:

- *Jaquin-bide Iritarautia - 1820*. Texto manuscrito inédito, en euskara, sobre la Constitución de Cádiz, adaptado para la enseñanza. 1991.
- *La Instituta de Gayo*. 1992.
- *De indis insularis y De iure belli*. Fray Francisco de Vitoria. 1993.

Colección de derechos humanos Padre Vitoria. (Trabajos becados).

- Eduardo Javier Ruiz Vieytez. *El derecho al ambiente como derecho de participación*. 1993.
- Miguel Angel Encinas Cañón. *Viviendas de protección oficial y arrendamientos en el País Vasco (1982-1991)*. 1994.
- Gema Varona Martínez. *Estudio sobre la inmigración irregular. Derechos y deberes humanos*. 1994. (En prensa).

**LAS RESIDENCIAS
DE TERCERA EDAD
EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA**

AUTORES:

Por parte de la Institución del Ararteko:

Juan San Martín, Ararteko.

Jesús M^e Arteaga, Adjunto al Ararteko.

Faustino López de Foronda, Jefe de la asesoría jurídica de la Institución del Ararteko.

Iñaki Mendieta, asesor jurídico de la Institución.

Fernando Vázquez, asesor jurídico de la Institución.

Por parte de la Fundación SIIS, Centro de Documentación y Estudios:

Ramón Saizarbitoria, gerente de SIIS.

● ARARTEKO

2^a Edición: Octubre 1996.

Impriñe: Gráficas Santamaría, S.A.

Ilustración de cubierta: *Udazkena*. Pintura al óleo sobre lienzo de José Gracenea, 1988.

Papel reciclado.

I.S.B.N.: 84-87122-51-5

D.L.: VI-436/96

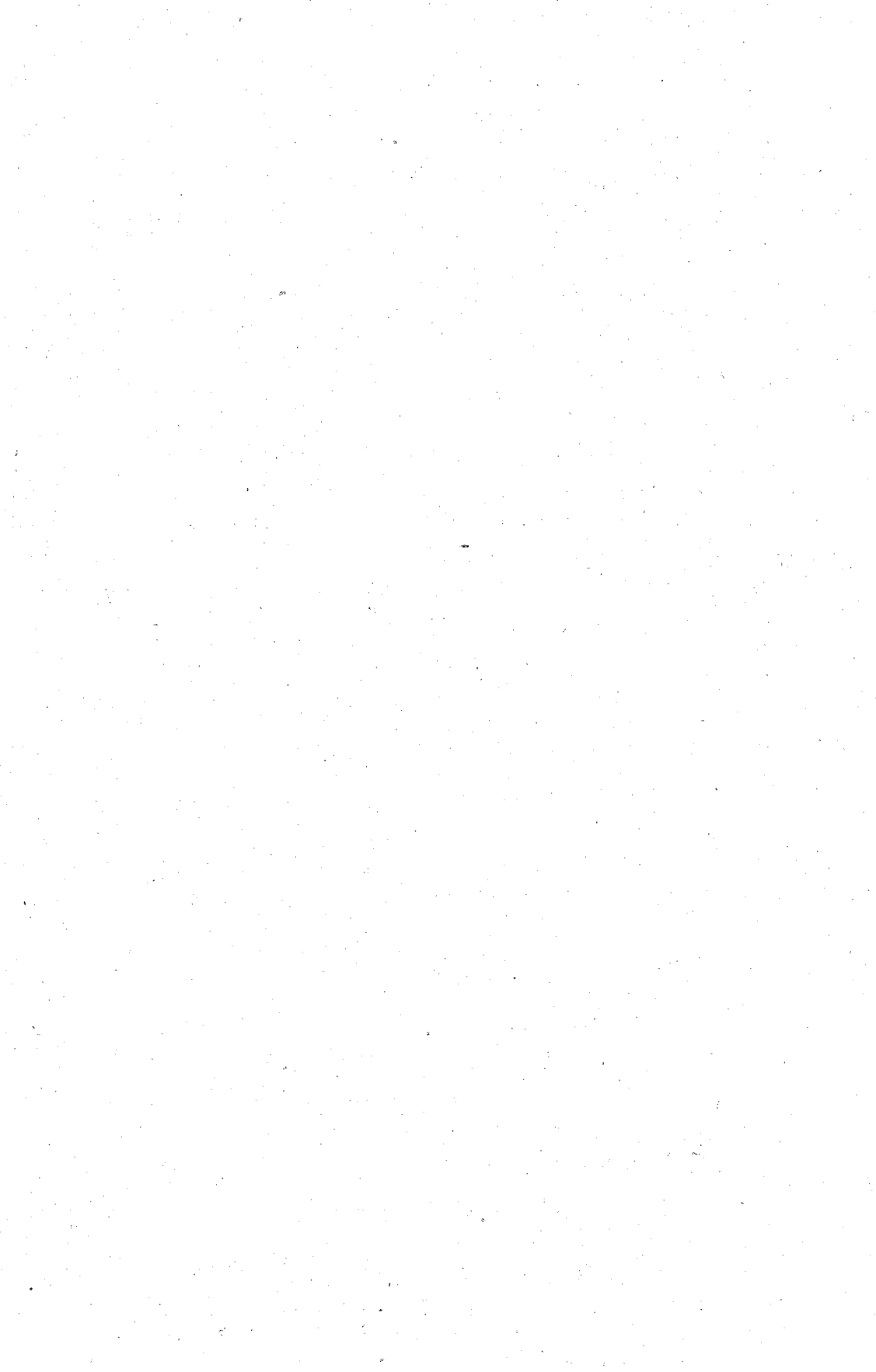
LAS RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA



Coedición: ARARTEKO y SIIS.

Vitoria - Gasteiz
1994





INDICE

CAPITULO I. PRESENTACION DEL INFORME	13
CAPITULO II. OBJETIVOS Y METODOLOGIA EN LA ELABORACION DE ESTE ESTUDIO.....	19
2.1. OBJETIVOS.....	21
2.2. METODOLOGIA.....	22
2.2.1. Ambito del informe	22
2.2.2. Metodología	22
CAPITULO III. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA ATENCION RESIDENCIAL DE LA TERCERA EDAD	29
3.1. LA ATENCION RESIDENCIAL: UNA ELECCION POSITIVA	32
3.2. LAS RESIDENCIAS: UN RECURSO ESCASO.....	34
3.3. EL DÉSARROLLO DE LA ATENCION COMUNITARIA	40
CAPITULO IV. EL REGIMEN DE LA RELACION JURIDICO-ADMINISTRATIVA DE LA PRESTACION DE ASISTENCIA RESIDENCIAL PARA LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO.....	51
4.1. CONCEPTO DE ASISTENCIA SOCIAL	53
4.1.1. Su indeterminación terminológica.....	53
4.1.2. Delimitación del concepto en la jurisprudencia constitucional y en el Derecho positivo.....	53
4.1.3. La protección a la tercera edad como materia subsumida en el concepto de asistencia social	55
4.2. LA RELACION JURIDICO-ADMINISTRATIVA DE LA PRESTACION ASISTENCIAL A LA TERCERA EDAD	55
4.3. SUJETOS DE LA RELACION JURIDICO-ADMINISTRATIVA DE LA PRESTACION ASISTENCIAL A LA TERCERA EDAD ..	56
4.3.1. Sujetos prestadores de la asistencia residencial.....	56
4.3.2. Sujetos destinatarios de la prestación de asistencia residencial	56

4.3.3. El derecho a la prestación en materia de asistencia social. Especial referencia a la prestación asistencial en residencias de tercera edad.....	57
4.4. OBJETO DE LA RELACION JURIDICO-ADMINISTRATIVA ASISTENCIAL PARA LA TERCERA EDAD.....	59
4.5. EL MARCO COMPETENCIAL DE LA PRESTACION DE ASISTENCIA RESIDENCIAL PARA LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO	59
4.5.1. La distribución competencial como marco definidor de los sujetos prestadores de la actividad de prestación social	59
4.5.2. Delimitación competencial entre el Estado y la Comunidad Autónoma del País Vasco	59
4.5.3. Delimitación competencial en el seno de la Comunidad Autónoma del País Vasco	62
4.5.4. Especial referencia a la competencia de la Administración Local en materia de asistencia social	70
4.5.5. Conclusiones	72
4.6. PROPUESTAS DE MODIFICACION NORMATIVA	72
4.6.1. Planteamiento general de la cuestión	72
4.6.2. Régimen de derechos y obligaciones de los usuarios de servicios sociales.....	74
4.6.3. El derecho al acceso a las residencias de tercera edad en relación con el principio de igualdad	77
4.6.4. Los deberes de los usuarios de centros asistenciales	77
4.6.5. El Derecho administrativo sancionador en el ámbito de la relación jurídica de asistencia social residencial	78
CAPITULO V. EL SISTEMA DE RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO	83
CAPITULO VI. EVALUACION DE LAS RESIDENCIAS DE TERCERA EDAD SELECCIONADAS A LOS EFECTOS DEL PRESENTE ESTUDIO	91
6.1. APLICACION DE INDICADORES DE ESTRUCTURA Y PROCESO.....	93
6.1.1. Aplicación de indicadores de estructura y proceso a las residencias seleccionadas.....	93
6.1.2. Situación de las residencias seleccionadas.....	95
6.2. APLICACION DEL MÉTODO MEAP (Multiplasic Environment Assessment Procedure).....	110

6.2.1. Aplicación del método MEAP a las residencias seleccionadas.....	110
A) Aplicación del método MEAP.....	110
- Descripción del método	110
- Características físicas y arquitectónicas (PAF)	110
- Política organizativa (POLIF).....	112
- Características de los residentes y del personal (RESIF) ..	113
- Clima social (SCES).....	115
- Escala de valoración (RS)	116
B) Características técnicas del MEAP.....	117
6.2.2. Situación de las residencias estudiadas a través del método MEAP	130

CAPITULO VII. ANALISIS GENERAL DE LA OFERTA RESIDENCIAL DE LA CAPV A PARTIR DE LA EVALUACION REALIZADA	253
7.1. CONSIDERACIONES DE CARACTER PREVIO	255
7.2. ASPECTOS GENERALES DE LA OFERTA RESIDENCIAL EVALUADA	258
7.2.1. La coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales. Los problemas de atención médico-sanitaria en las instituciones residenciales	258
7.2.2. El acceso a los servicios residenciales	263
7.2.3. La participación del usuario en la financiación de los servicios residenciales	268
a) La aportación económica de las administraciones	269
b) La aportación económica de los usuarios	270
c) Obligados al pago y procedimiento de cobro	273
7.2.4. La declaración de incapacidad como garantía de los derechos del residente	276
7.2.5. Regulación y garantía de calidad.....	280
7.2.6. La adecuación de la iniciativa privada de interés social a la concepción de la asistencia social como derecho. El nuevo papel de las fundaciones, superador del espíritu de beneficencia	283
7.3. CONSIDERACIONES DE CARACTER PARTICULAR TRAS LA EVALUACION DE LOS CENTROS SELECCIONADOS	285
7.3.1. Entorno físico	285

a) Areas comunes	286
b) Habitaciones	287
c) Equipamientos y ayudas técnicas	288
7.3.2. Protocolos de actuación.....	289
7.3.3. Algunos aspectos de los recursos humanos y de la organización del personal en los centros residenciales	290
7.3.4. Disponibilidad de servicios.....	291
a) Servicio de salud	292
b) Asistencia en la vida diaria	293
c) Actividades socio-recreativas	294
7.3.5. La atención directa y su incidencia en los derechos de los residentes	295
a) Derecho a la intimidad.....	297
b) Derecho a la libre elección	299
c) El problema específico de la incontinencia	301
d) Respeto a la dignidad	303
7.3.6. El tratamiento de la muerte en las instituciones residenciales.....	305
CAPITULO VIII. RECAPITULACION.....	309
8.1. CARACTERISTICAS DE LA OFERTA RESIDENCIAL. LAS RESIDENCIAS: UN RECURSO ESCASO DENTRO DE LA RED DE SERVICIOS SOCIALES	311
8.2. REGIMEN JURIDICO DE LA PRESTACION DE ASISTENCIA RESIDENCIAL EN LA CAPV	314
8.3. RESULTADOS DE LA EVALUACION.....	317
8.3.1. Aspectos generales.....	317
8.3.2. Consideraciones de carácter particular	322
CAPITULO IX. RECOMENDACIONES.....	329
BIBLIOGRAFIA.....	337

CAPITULO I

PRESENTACION DEL INFORME

El presente informe monográfico es el tercero que este Ararteko presenta ante el Parlamento Vasco, para su tramitación como informe extraordinario, y corresponde a una actuación de oficio realizada durante los años 1992 y 1993, que ha culminado con la elaboración de este volumen que ahora comentamos sobre la situación de los derechos de los ancianos en las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

De todos es sabido que el legislador ha puesto en manos del Ararteko un instrumento privilegiado para intervenir en la defensa de los derechos de los ciudadanos vascos, cual es la posibilidad de iniciar una actuación de oficio sin que haya mediado una previa queja de particulares. La posibilidad de actuación de oficio por parte del Ararteko resulta de una inestimable ayuda para redondear un sistema protector de los derechos adecuado y efectivo.

Desgraciadamente, son los colectivos más desfavorecidos socialmente los que menos quejas plantean ante las instituciones de las que el sistema democrático se dota para garantizar los derechos de los ciudadanos. Son colectivos que no se dejan oír en sus problemas y demandas. Es preciso, por ello, acercarse a la realidad que viven y pulsar la situación en la que se encuentran, para transmitir a los poderes públicos cuáles son sus carencias y necesidades. El Ararteko debe convertirse en la voz de los que no tienen voz.

En esta primera etapa de funcionamiento de la Institución del Ararteko, el criterio que ha inspirado las actuaciones monográficas de oficio ha sido precisamente el de acercarse a estos colectivos más desfavorecidos, desde una voluntad de tratamiento global de sus problemas, con un intento de estudiar de la manera más exhaustiva posible la realidad en la que se encuentran.

Es por ello que el primer trabajo monográfico versó sobre los centros de detención municipales y de la Ertzaintza, y el segundo informe extraordinario analizó la situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos.

Si bien las quejas recibidas sobre problemas específicos de la tercera edad, a lo largo de estos años de funcionamiento de la Institución, han sido ciertamente muy pocas (no así las quejas presentadas por personas de edad avanzada, pero en las que su carácter de ancianos no cualificaba la queja que planteaban contra una actuación administrativa), lo cierto es que la cada vez mayor importancia en términos cuantitativos de la población anciana respecto al total de la población, así como la constatación evidente de que constituye un colectivo especialmente susceptible de que sus derechos se vean vulnerados, han aconsejado abordar este trabajo referido a la situación de nuestros mayores.

Se hacía necesario, por otra parte, acotar el ámbito de actuación sobre el que se pretendía intervenir, con el fin de que la investigación iniciada fuera operativa y abordable a partir de los medios humanos y materiales de que dispone la Institución del Ararteko.

El realismo en el tratamiento de la investigación nos hizo descartar desde un principio aspectos sin duda fundamentales para las personas de la tercera edad, tales como el de la percepción de pensiones adecuadas para solventar sus necesidades materiales, así como sus problemas específicos de salud, ocio, vivienda, cultura, etc., para centrarnos en la situación de las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca y en el cumplimiento del respeto a los derechos de los ciudadanos de edad avanzada internados en las mismas.

Esta preocupación ha sido constante y compartida por el resto de Comisionados parlamentarios del Estado. Así, el propio Defensor del Pueblo del Estado presentó en 1990 un informe sobre residencias públicas y privadas de la tercera edad.

Igualmente el Justicia de Aragón entregó a finales de 1991 ante las Cortes de Aragón un informe extraordinario titulado *Los derechos de los ancianos. Las residencias de la tercera edad en la Comunidad Autónoma*.

Además, los derechos de los ancianos han sido objeto central del debate en las VII y VIII Jornadas de Defensores del Pueblo, en las que, en cumplimiento del principio de coordinación, se intercambian opiniones y experiencias de los comisionados parlamentarios.

Es constatable que, si bien la problemática de la tercera edad se plantea de parecida manera en las distintas comunidades autónomas, lo cierto es que las diversas cuestiones se manifiestan con muy distinta intensidad en unas comunidades y en otras, lo que motiva también la necesidad de poner el acento en diferentes problemas.

En un primer momento se pensó, a la hora de abordar este estudio, que el ámbito de la investigación debería ceñirse a aquellas residencias de tercera edad cuya titularidad fuera pública, y ello por considerar que esta postura se adecuaba al ámbito de actuación que la propia ley reserva para las investigaciones del Ararteko.

Sin embargo, se consideró que tal planteamiento supondría un acercamiento limitado a la realidad residencial de la Comunidad Autónoma Vasca, y a todas luces insuficiente, ya que mantendría exentas de control aquellas instituciones en las que, cabalmente, cabía suponer que se podrían producir mayores limitaciones de los derechos de los ancianos.

Por otra parte, los propios principios que inspiran el decreto 218/90 consideran que el sistema de servicios sociales residenciales es único, aunque su gestión puede realizarse tanto por entidades públicas como por instituciones privadas.

La actividad de las instituciones privadas queda sometida a la técnica administrativa autorizatoria y al cumplimiento de unos requisitos reglamentariamente establecidos.

Desde esta óptica, nada empuja para que el Ararteko extienda su actuación investigadora a la situación de residencias privadas, ya que indirectamente puede comprobar el cumplimiento de las condiciones exigidas, así como el control que ejercen sobre ellas los propios poderes públicos.

Es por ello por lo que la extensión del ámbito del estudio a todo el sistema de servicios sociales residenciales de tercera edad de la Comunidad Autónoma, resulta más adecuado y se ajusta más fidedignamente a la verdadera realidad de los ancianos vascos usuarios de residencias.

Las visitas giradas por el Ararteko a los centros residenciales han tenido un doble carácter:

Por una parte, iban dirigidas a la recogida de datos, a la constatación directa de la realidad existente, así como a la conformación de una opinión sobre esta realidad, que se plasmaría en la elaboración del presente informe. Servían también como investigación directa sobre cada una de las residencias, para poder actuar concretamente en los problemas detectados en las mismas.

Por otra parte, tendrían otra virtualidad tanto o más importante que la anterior: un nítido carácter preventivo de posibles vulneraciones de los derechos de los ciudadanos, ya que la propia dirección de las residencias sabrá que sus actuaciones son susceptibles de ser controladas por un órgano parlamentario, y los usuarios sabrán que pueden recurrir a una institución concebida para garantizar sus derechos, caso de que considerasen que se produce una vulneración de los mismos.

Para terminar, no me queda sino agradecer muy sinceramente la colaboración sin reservas prestada por las diversas instituciones que han hecho posible la elaboración de este informe:

Primeramente, a los responsables de los departamentos de Bienestar Social de las tres diputaciones forales, así como a sus equipos y a las direcciones de las residencias públicas visitadas.

Al Consejero del Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco y a su equipo, por su colaboración en cuantas cuestiones le han sido solicitadas.

Con un énfasis mayor, si cabe, a los responsables de las residencias de titularidad privada, por haber comprendido sin ningún tipo de reticencias la finalidad de esta investigación.

Por último, al grupo redactor y elaborador del presente informe, tanto a los miembros de la Fundación SIIS y, en especial, a su director, Ramón Saizarbitoria, sin cuyas contribuciones técnicas no hubiera sido posible este trabajo, como también al propio equipo de la Institución del Ararteko; además de a cuantas personas han sido consultadas y han colaborado de manera desinteresada, las cuales no citaremos personalmente para no hacer excesivamente prolijo este capítulo.

Para finalizar, quisiera expresar mi deseo de que el informe que ahora presentamos, coincidiendo con el Año Europeo de los Ancianos y de la Solidaridad entre Generaciones, sea un instrumento eficaz para mejorar la situación de los ciudadanos ancianos usuarios de residencias de tercera edad,

y que los poderes públicos tomen en consideración las recomendaciones en él contenidas, en aras de conseguir una más eficaz y garantista aplicación de las políticas de tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

EL ARARTEKO

JUAN SAN MARTIN ORTIZ DE ZARATE

CAPITULO II

**OBJETIVOS Y METODOLOGIA
EN LA ELABORACION DE ESTE
INFORME**

2.1. OBJETIVOS

Con este estudio se pretende analizar la situación de los derechos de un colectivo especialmente desprotegido, como es el de los ancianos vascos usuarios de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Autónoma.

Este análisis no se ciñe, obviamente, sólo al estudio del cumplimiento de los derechos en sentido estricto, sino que también se analiza el estado y las condiciones de los centros residenciales existentes, en la medida en que esos factores están íntimamente unidos al ejercicio real de los derechos de los ciudadanos afectados.

Este objetivo general se plasma en una serie de objetivos concretos:

1. Estudio de la situación de los ancianos internados en los centros residenciales de tercera edad, haciendo especial hincapié en el grado de respeto de sus derechos y libertades.
2. Evaluación del sistema de servicios asistenciales residenciales para la tercera edad en la CAPV.
3. Análisis de aspectos cualitativos que inciden en el ámbito de la tercera edad: oferta residencial existente; situación de las residencias, incidiendo en el estado de los inmuebles y en la existencia de barreras arquitectónicas; nivel de prestaciones y servicios; posibles restricciones impuestas a los derechos de los residentes; grado de satisfacción laboral del personal asistencial; grado de satisfacción de los usuarios.
4. Análisis jurídico de la normativa existente sobre la materia, con especial incidencia en el régimen de protección de los derechos de los ancianos.

2.2. METODOLOGIA

2.2.1. Ambito del informe

Se pretende estudiar la situación de los ancianos vascos usuarios de residencias de tercera edad. Se considera que el sistema de servicios sociales residenciales es único, por lo que, a los efectos del presente informe, no se distinguirá la titularidad pública o privada de las residencias, siendo analizadas indistintamente.

No se trata, por tanto, de analizar la problemática de la tercera edad en toda su amplitud, sino que exclusivamente se ceñirá a analizar la oferta residencial existente desde un punto de vista cuantitativo y cualitativo, así como el régimen garantista de los derechos de los ancianos internados en residencias.

Se excluye, por ello, el estudio de servicios no estrictamente residenciales, como los servicios de asistencia domiciliaria, centros de día, así como la situación en que se encuentran los ancianos residentes en sus propios domicilios; aun siendo conscientes de que, en muchos casos, se encuentran en situaciones patéticas de desamparo.

Este estudio tampoco aborda temas que tan directamente inciden en el nivel de vida de los ancianos, como los estrictamente sanitarios o los relacionados con problemas de pensiones, vivienda u ocio.

2.2.2. Metodología

La metodología utilizada para llegar a un conocimiento razonable de la realidad estudiada ha partido de las siguientes vías fundamentales de investigación:

Primeramente, se han analizado los estudios previos realizados en el sector, así como la documentación general existente sobre el tema.

Se ha constituido, además, una reunión de expertos de la materia de tercera edad, formada por representantes de los departamentos de Bienestar Social de las distintas diputaciones forales y del Gobierno Vasco; por directores de residencias de ancianos; personas pertenecientes a Cruz Roja, Teléfono de la Esperanza, Cáritas, Asociación Pro Cuarta Edad; un médico gerontólogo y un representante de la institución del Ararteko, siendo dirigidos y coordinados por la fundación SIIS, Centro de Documentación y Estudios, entidad que ha colaborado con esta Institución para dar el soporte necesario en la realización de esta actividad de oficio.

El estudio documental y la que hemos llamado reunión de expertos, han permitido realizar un primer diagnóstico de la situación y un guión temático que ha permitido centrar de un modo más real la situación existente.

El déficit de las plazas ofertadas y la consiguiente demanda insatisfecha, los mecanismos de coordinación entre las distintas administraciones con competencias en el tema, la situación actual de las residencias desde la perspectiva de los derechos del anciano, el derecho a la intimidad, las posibles vulneraciones de la dignidad de los ancianos, los sistemas de ingreso, la participación en las decisiones que afectan a la organización de la residencia, el procedimiento de defensa de los derechos, la incapacitación legal de los ancianos, las cuestiones relacionadas con la financiación de las residencias y la red de servicios alternativos, son algunas de las cuestiones que se plantearon como susceptibles de ser estudiadas.

Una vez elaborado un guión a partir del conocimiento conseguido por el estudio documental y las conclusiones de la mesa de expertos, era preciso contrastarlo con la situación real de las residencias de ancianos de la Comunidad Autónoma.

A tal efecto, y en orden a preparar la visita de los representantes de la Institución y de los técnicos colaboradores de la fundación SIIS, nos encontramos con la necesidad de resolver dos cuestiones previas.

Primeramente, y a diferencia de las anteriores actuaciones monográficas de oficio, que permitieron investigar todas y cada una de las instituciones -centros de detención y psiquiátricos-, el gran número de residencias de ancianos de la Comunidad Autónoma hacía materialmente inabordable la visita a todas las existentes.

En segundo lugar, se planteaba la duda, como ya se ha señalado con anterioridad, dada la heterogeneidad de las residencias, sobre si solamente deberían ser investigadas las de carácter público en sentido estricto. En relación con esta cuestión, se decidió que, con objeto de conseguir un estudio lo más fidedigno posible, era necesario visitar las residencias, con independencia de cuál fuera su titularidad.

Respecto a las visitas a los centros, se decidió, partiendo de las limitaciones apuntadas anteriormente, acudir a un número limitado no aleatorio de los mismos, a partir de un criterio mixto: por un lado, se pretendía visitar las que podríamos definir como instituciones-riesgo, entendidas como aquellas que a priori puedan resultar inadecuadas, bien a través de indicadores objetivos -relación número de camas/habitación, edad del inmueble, etc.-, bien a partir de la opinión de las personas expertas, y por otro, se siguió un criterio territorial que nos permitiera comprobar la realidad de las residencias en las distintas comarcas vascas.

Con este criterio, las residencias seleccionadas han sido las siguientes:

ALAVA

- Residencia de Ancianos San Roque (Llodio)
Titularidad pública - para válidos

- Residencia Geriátrica (Oyón)
Titularidad pública - para asistidos
- Clínica Alava (Vitoria-Gasteiz)
Titularidad privada - para asistidos
- Residencia Arana (Vitoria-Gasteiz)
Titularidad pública - mixta
- Residencia San Prudencio (Vitoria-Gasteiz)
Titularidad pública - mixta

BIZKAIA

- Residencia Fundación Bolívar (Areatza-Villaro)
Titularidad privada - para asistidos
- Centro Geriátrico Abando (Bilbao)
Titularidad privada - para asistidos
- Hogar Bizkaiko Andra Mari Etxea (Bilbao)
Titularidad privada - para válidos
- Residencia Geriátrica Labayru (Bilbao)
Titularidad privada - para válidos
- Residencia Mi Casa. Hermanitas de los Pobres (Bilbao)
Titularidad privada - para válidos
- Residencia Revilla (Bilbao)
Titularidad privada - para válidos
- Santa y Real Casa de Misericordia (Bilbao)
Titularidad privada - mixta
- Residencia Reina de la Paz (Bilbao)
Titularidad privada - para válidos
- Residencia Txurdinaga (Bilbao)
Titularidad pública - para válidos

- Zelaiondo - Residencia Asistida de Ancianos (Busturia)
Titularidad privada - para asistidos
- Santo Hospital y Casa de Misericordia (Durango)
Titularidad pública - para válidos
- Residencia Bihotz Alai (Gamiz-Fika)
Titularidad privada - para asistidos
- Residencia Municipal Sagrado Corazón (Getxo)
Titularidad pública - mixta
- Hospital Asilo Ntra. Sra. de los Desamparados (Karrantza)
Titularidad privada - mixta
- Residencia Asistida de Leioa (Leioa)
Titularidad pública - para asistidos
- Residencia San Roque (Markina-Xemein)
Titularidad pública - para válidos
- Residencia San José Etxe Alai (Mungia)
Titularidad pública - para válidos
- Residencia General (Muskiz)
Titularidad privada - para asistidos
- Santo Hospital Glorioso San Juan Bautista (Portugalete)
Titularidad privada - para válidos
- Residencia Municipal de Ancianos Juan Ellacuría de Larrauri (Sestao)
Titularidad pública - para válidos

GIPUZKOA

- Mizpirualde Egoitza (Bergara)
Titularidad pública - mixta
- Residencia Asistida Julián Rezola (Donostia-San Sebastián)
Titularidad privada - para asistidos

- Residencia Asistida San José (Donostia-San Sebastián)
Titularidad pública - para asistidos
- Residencia San Rafael (Donostia-San Sebastián)
Titularidad privada - para válidos
- Residencia Zorroaga (Donostia-San Sebastián)
Titularidad privada - mixta
- Fundación Pública San Andrés (Eibar)
Titularidad pública - mixta
- Residencia de Pensionistas (Eibar)
Titularidad pública - mixta
- Residencia de Ancianos San Lázaro (Elgoibar)
Titularidad pública - mixta
- Residencia Santa María Magdalena (Hernani)
Titularidad pública - mixta
- Residencia San Gabriel (Hondarribia)
Titularidad privada - mixta
- Fundación Pública Residencia San José (Ordizia)
Titularidad pública - mixta
- Casa de Beneficencia y Hospital San Juan y La Magdalena (Segura)
Titularidad privada - mixta
- Residencia Yurreamendi (Tolosa)
Titularidad privada - mixta

Una vez seleccionadas las referidas residencias, las mismas fueron visitadas por el Ararteko y por representantes de la Institución, quienes analizaron la realidad del centro a partir de una inspección pormenorizada del inmueble y de las condiciones de los residentes, contrastada mediante una reunión con el equipo directivo de la residencia, al que se hizo entrega de un cuestionario para cumplimentar una serie de datos de carácter objetivo, necesarios para la realización del informe.

Asimismo, se realizó una evaluación de carácter cualitativo sobre algunas de estas residencias por parte de miembros de la fundación SIIS, equipo técnico colaborador con la Institución para la elaboración del trabajo monográfico.

Esta evaluación intentaba, a partir de un contacto directo y en profundidad con los residentes y el personal, conocer la problemática de las residencias sin un ánimo cientifista, y no pretendía proyectar, con carácter general sobre todas las residencias, las cuestiones que se suscitaban, lo cual excedía de las pretensiones de este informe.

Las residencias evaluadas por el equipo de la fundación SIIS son las siguientes:

ALAVA

- Residencia de Amurrio (Amurrio)
- Clínica Alava (Vitoria-Gasteiz)
- Residencia San Prudencio (Vitoria-Gasteiz)

BIZKAIA

- Caserío Agirretxu-Guardería de Ancianos (Berango)
- Santa y Real Casa de Misericordia (Bilbao)
- Geriátrico San Esteban (Getxo)
- Residencia Municipal Sagrado Corazón (Getxo)
- Residencia Asistida de Leioa (Leioa)
- Residencia San Roque (Markina)
- Santo Hospital Glorioso San Juan Bautista (Portugalete)

GIPUZKOA

- Centro Julián Rezola -Fundación Matía- (Donostia-San Sebastián)
- Residencia Zorroaga (Donostia-San Sebastián)
- Residencia Santa María Magdalena (Hernani)

Una vez efectuada la evaluación de estas residencias elegidas, a través del método MEAP (Multiphasic Environmental Assessment Procedure), se ha procedido a dar traslado de los resultados a las propias residencias analizadas, en una especie de “audiencia al interesado”, con el fin de que las mismas aleguen lo que estimen pertinente en relación con las apreciaciones consignadas sobre la situación de estas residencias.

Qué duda cabe que las aportaciones recibidas han hecho referencia más a aspectos objetivos o de características físicas, que a aquellos otros que suponen valoraciones subjetivas, ya que éstos se mueven más en el terreno de lo opinable. Se ha pretendido con ello dotar del mayor grado de fiabilidad posible a los documentos, resultado de la evaluación realizada.

Por último, en orden a la elaboración final del informe, se ha planteado la duda de si era conveniente publicar los resultados de la evaluación, haciendo referencia a las residencias concretas visitadas, y ello porque se era consciente de que, no habiéndose visitado todas las residencias de Euskadi, podría suponer un agravio comparativo remarcar las deficiencias de una residencia que ha sido visitada, e ignorar, por falta de conocimiento directo, situaciones de residencias que pudieran encontrarse en peor estado.

Finalmente, se ha optado por hacer público el resultado de las trece visitas evacuadas exhaustivamente por el equipo técnico del SIIS, por entender que los datos están suficientemente contrastados y pueden significar una referencia adecuada para quien quiera conocer en profundidad, desde un punto de vista científico, la situación de algunas residencias representativas de la realidad asistencial de la Comunidad Autónoma.

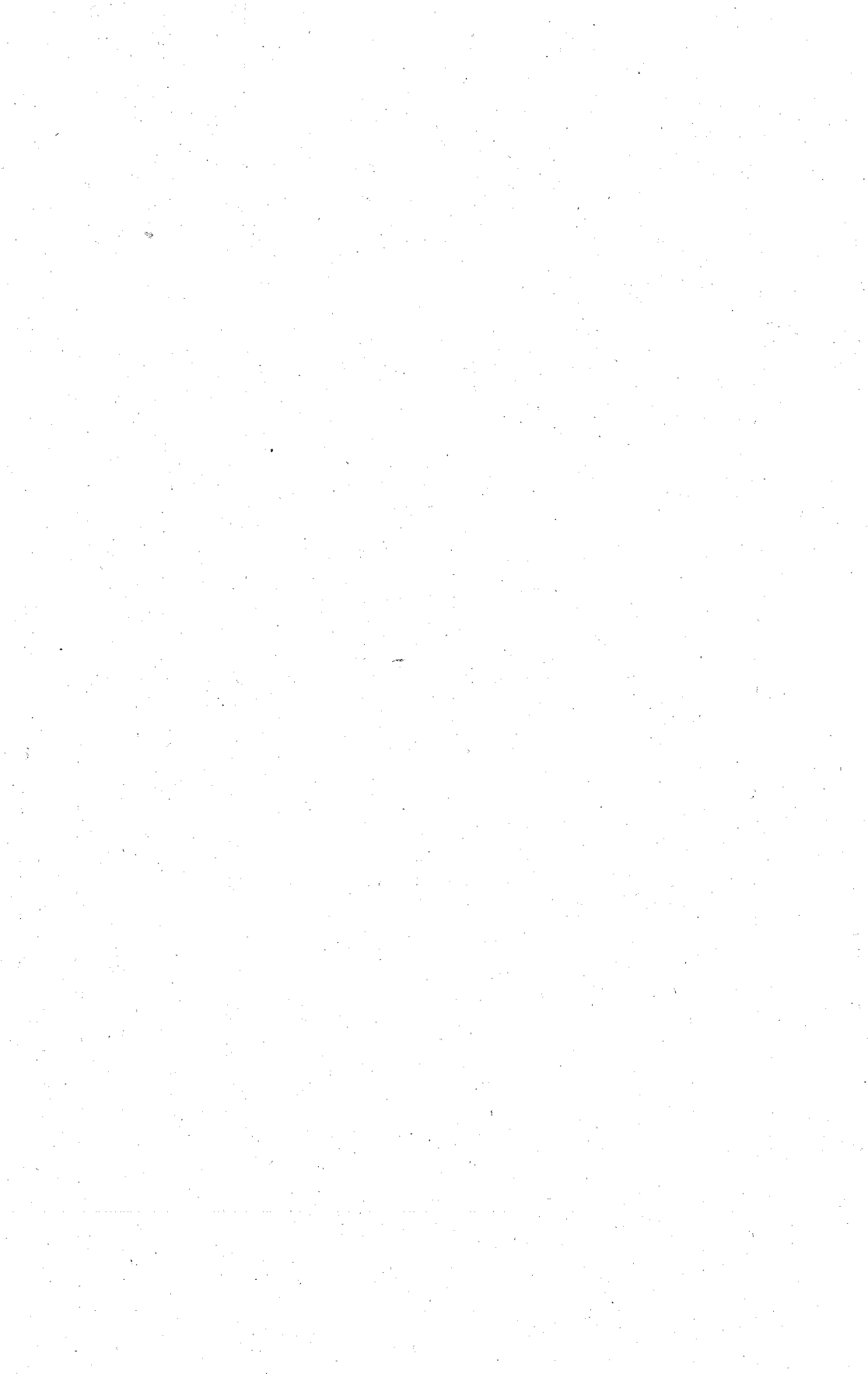
Por otra parte, los resultados obtenidos de las visitas realizadas a las 37 residencias y de la cumplimentación de los cuestionarios entregados en los centros por el equipo de la propia institución del Ararteko, han servido, junto con los documentos de las residencias evaluadas, para conformar una valoración general del sistema residencial de tercera edad en la CAPV, que consideramos suficientemente representativa, al haber sido visitadas un tercio de las residencias existentes, y suficientemente ecuánime, al haber sido elegidas mediante un criterio mixto: territorial, por un lado, y por otro, a través de criterios objetivos -edad de la residencia, ratio de número de residentes/número de habitaciones- y subjetivos -opinión de expertos en la materia-, lo que ha permitido que el resultado final del estudio no resulte sesgado respecto a la propia realidad residencial.

Por último, queremos señalar que para la redacción final del informe ha sido consultada numerosa bibliografía sobre la materia, sin la cual no hubiera sido posible el resultado final del estudio.

Ello no obstante, dado que este trabajo no tiene un carácter doctrinal, sino que se trata de un informe al Parlamento Vasco, se obvian las referencias bibliográficas que hubieran sido absolutamente necesarias en un ámbito académico. Se añade, sin embargo, un anexo final de bibliografía que puede facilitar las referencias necesarias para quien quiera profundizar en la materia.

CAPITULO III

**CONSIDERACIONES GENERALES
SOBRE LA ATENCION RESIDENCIAL
DE LA TERCERA EDAD**



Puede decirse que nuestra sociedad ha superado en gran medida la idea de beneficencia que presidía la acción de las viejas casas de misericordia en los tiempos, no lejanos por otra parte, en que la vejez constituía una simple subcategoría de la pobreza.

Es bien sabido que el papel del asilo clásico era, como mínimo, ambiguo, en la medida en que, si bien por una parte servía para dar albergue a las personas desvalidas, también, por otra, tenía la misión de contribuir a preservar el orden y la paz social mediante el control de poblaciones percibidas como molestas e incluso potencialmente peligrosas. La expresión "acabarás en el asilo" se ha utilizado corrientemente para conminar al trabajo y al ahorro, e implicaba la consideración de dicha institución como el "castigo" que esperaba a las personas viciosas, perezosas o poco previsoras.

No cabe duda de que tales antecedentes influyen todavía de algún modo en la realidad de las instituciones residenciales y en la percepción que sobre dicha realidad tiene la sociedad en general y las personas ancianas en particular. Así es como, todavía hoy, muchos usuarios de centros residenciales consideran su situación como la consecuencia y culminación de un fracaso personal, de un fracaso de vida.

Por otra parte, es posible advertir, tras la observación de algunas prácticas asistenciales, la influencia de viejas concepciones, según las cuales no se considera al usuario de los servicios sociales como sujeto de derechos. Este, a su vez, por razones de muy diverso orden, tiende muchas veces a aceptar como bueno el servicio que se le presta, sin considerarse legitimado para exigir cambios o mejoras.

En las conversaciones mantenidas con usuarios de servicios residenciales es frecuente que éstos -personas en general con una biografía difícil, plagada de sacrificios- se manifiesten con términos como "qué vamos a pedir", "nos dan de comer y tenemos cama", "mientras haya salud", "para qué nos vamos a quejar", "dónde vamos a estar mejor", que expresan un escaso sentido crítico. Sería equivocado atribuir exclusivamente dichas actitudes a las peculiaridades psicológicas de las personas ancianas, ignorando la influencia de muchas prácticas asistenciales que tienen su base en la consideración, al menos implícita, de la discrecionalidad del servicio.

Lo cierto es que, frecuentemente, tanto los residentes como sus familiares interiorizan el reconocimiento inherente a ese carácter discrecional, lo que, unido entre otros factores al déficit de la oferta asistencial, hace que sean muy escasas -incluso aceptando un buen nivel general de satisfacción- las

reclamaciones que se realizan, tanto en términos absolutos como en términos relativos.

Sin embargo, y por múltiples razones, el “espacio residencial” puede considerarse de elevado riesgo desde el punto de vista de la conculcación de derechos. Además de los factores ideológicos a los que se ha hecho referencia, los cuales vienen determinados en gran medida por razones socio-históricas, hay que tomar en consideración dos elementos importantes:

- Aun teniendo en cuenta los evidentes logros que bajo cualquier punto de vista se han alcanzado, a lo largo de las últimas décadas, en la atención de las personas ancianas ingresadas en residencias, no conviene olvidar que la mayoría de estos centros continúan siendo “instituciones totales” en la acepción que diera Goffman¹ a este término, en la medida en que su característica central estriba en la ruptura de las barreras que separan de ordinario los distintos ámbitos de la vida -ocio, trabajo, vivienda-, lo que explica su “tendencia absorbente o totalizadora” y el riesgo de un mayor o menor grado de aislamiento de los internos en su relación con la comunidad.

- En segundo lugar, las características físicas, psicológicas y también las de orden cultural de muchos residentes hacen a éstos especialmente vulnerables a las prácticas abusivas y, desde este punto de vista, constituyen sin duda un grupo riesgo cuya situación exige especial control y vigilancia.

Estas razones explican y justifican sin duda el esfuerzo por analizar cuál es la situación de los ancianos ingresados en residencias de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

3.1. LA ATENCION RESIDENCIAL: UNA ELECCION POSITIVA

Así se titula el excelente trabajo de la comisión presidida por Gillian Wagner², que hace una década, por encargo de la Secretaría de Estado para la Salud y los Servicios Sociales del Reino Unido, estableció las bases necesarias para acomodar la respuesta de los servicios residenciales a la evolución de las necesidades sociales. No cabe duda de que el título en cuestión encierra la clave de la renovación filosófica en materia de atención a las necesidades de las personas ancianas.

Hacer que las residencias se constituyan en una opción positiva implica su correcta definición y utilización como recurso. En ningún caso la atención

¹Erving Goffman: *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1970.

²National Institute for Social Work. *Residential Care. A Positive Choice*. Londres, 1988.

residencial debe sustituir a la posible implantación de medidas directas o indirectas de atención que pueden definirse como más "blandas", en la medida en que no implican la extracción del anciano de su habitual medio de vida. Demasiadas veces se ha utilizado la atención residencial, y desgraciadamente se sigue utilizando hoy, como respuesta a necesidades personales, económicas y sociales que bien podrían cubrirse con otras prestaciones, económicas y en especie, mejor ajustadas a los requerimientos del usuario, las más de las veces con un coste económico inferior.

El hecho cierto es que muchas de las personas que ocupan plazas residenciales habrían podido vivir en la comunidad si en la fecha de su ingreso se les hubiesen facilitado soluciones alternativas -vivienda, atención domiciliaria, apoyo económico- mejor adaptadas a sus necesidades. En este sentido, resulta revelador el análisis de la lista de espera de las residencias de Donostia-San Sebastián llevado a cabo por J.J. Calvo y otros³, ya que demuestra que gran parte de los solicitantes de plaza y potenciales usuarios de servicios residenciales aceptarían de buen grado otras respuestas que les permitiesen vivir en la comunidad.

Es evidente que muchas personas ancianas solicitan una plaza residencial anticipándose a la necesidad objetiva de dicho servicio, por una cuestión de simple seguridad ante el temor de no encontrar acomodo en el momento de precisarlo.

El déficit de plazas, especialmente en residencias para asistidos, y los criterios de admisión establecidos en algunas instituciones, que exigen a sus futuros residentes un buen nivel de autonomía funcional, provocan un número indeterminado de ingresos innecesarios de personas que prefieren acogerse a una institución, antes de necesitarla verdaderamente, para asegurarse así su atención futura.

Todas las encuestas muestran, de manera inequívoca, que las personas ancianas desean permanecer en su habitual medio de vida. Del estudio *Situación socio-sanitaria de los ancianos*, llevado a cabo por el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Alava⁴, se desprende, por ejemplo, que únicamente el 1,6% considera que la residencia constituye una solución plenamente satisfactoria. En consecuencia, el ingreso en una institución puede y debe constituir una elección positiva, pero se trata de evitarla en la medida de lo posible.

Conviene que nos detengamos, aunque sea brevemente, en esta cuestión, puesto que no siempre se plantea con claridad suficiente.

Hay que recordar, por un lado, la tendencia a la trivialización de la solución residencial que se produjo a finales de los 60, en pleno desarrollismo,

³J.J. Calvo y otros. Demanda de institucionalización y posibles alternativas en la población anciana de San Sebastián. *Zerbitzuan*, nº 11.

⁴Diputación Foral de Alava. Departamento de Bienestar Social. *Situación socio-sanitaria de los ancianos*.

cuando se planteó como una opción válida para la generalidad de los pensionistas y, quizá implícitamente, como alternativa a reformas sociales de mayor calado. Fruto de aquella tendencia son algunas de las instituciones residenciales existentes en la Comunidad, diseñadas para cubrir las necesidades de una población con plena autonomía física.

Indudablemente, el mayor coste diferencial de las residencias asistidas en relación con las de válidos, y los problemas competenciales que suscita el contenido sanitario de las primeras -el sector salud ha eludido tradicionalmente la cuestión, y bienestar social ha evitado en lo posible la creación de servicios asimilables a un hospital de larga estancia- son factores que han favorecido el desarrollo de los servicios residenciales de forma poco coherente, puesto que ese proceso no se ha ajustado a los requerimientos de la población que tiene necesidades más graves.

Sin embargo, la atención en el medio residencial debería reservarse para los casos de personas muy ancianas, con graves pérdidas de autonomía, que no pueden ser sostenidas en sus viviendas con el apoyo de la red formal o informal de servicios. Como señalan Allen y otros⁵, este planteamiento se basa en dos premisas: la primera recoge el deseo de los ancianos y de sus cuidadores, y la segunda busca el mejor modo de utilizar unos recursos limitados, a pesar de que, también es preciso reconocerlo, la atención comunitaria no constituya siempre la opción más económica.

3.2. LAS RESIDENCIAS: UN RECURSO ESCASO

Lo anterior no es óbice para que debamos considerar la atención residencial como perfectamente indicada en muchos casos, desgraciadamente, en muchos más casos de los que la oferta de servicios de la Comunidad Autónoma del País Vasco puede hacer frente.

De acuerdo con el último censo de servicios sociales realizado por EUS-TAT en la Comunidad Autónoma del País Vasco, había, con fecha de 12 de diciembre de 1991, 7.908 plazas residenciales, en un total de 120 establecimientos. En realidad, el stock total de camas sobrepasa ampliamente esa cifra, debido, por una parte, a que las estadísticas de 1991 no recogen una serie de centros que rechazaron cumplimentar el cuestionario, por lo que se subestimó su número y, en segundo lugar, porque desde la citada fecha se han creado nuevas plazas. Cotejando fuentes diversas puede estimarse en 8.890 el total de plazas residenciales existentes en la actualidad, distribuidas por territorios históricos de la siguiente manera: 1.565 en Alava, 4.553 en Bizkaia y 2.972 en Gipuzkoa.

⁵I. Allen, D. Hogg, S. Pearce. *Elderly people. Choice, Participation and Satisfaction*. Londres: Policy Studies Institute, 1992.

La cifra de 8.890 representa una tasa de cobertura del 3,34% con relación a la población de 65 y más años.

Las tasas de cobertura varían sustancialmente de un territorio a otro, o más exactamente de Alava, 5,08%, a Bizkaia y Gipuzkoa, 3,10 y 3,40% respectivamente.

La titularidad de prácticamente la mitad de las plazas, de acuerdo con la estadística del EUSTAT, es pública, y una cuarta parte adicional está regida por fundaciones que en su mayoría son también públicas. El 17% del total de plazas lo gestionan instituciones sin fin de lucro y, en consecuencia, no llegan al 10% las pertenecientes al sector privado en un sentido estricto.

La diferencia entre territorios es bien patente también en lo que respecta a este aspecto de la titularidad, dado que la presencia de empresas es puramente anecdótica en el "mercado" guipuzcoano y alavés, ostentando éstas, sin embargo, la titularidad del 30% de las instituciones residenciales vizcaínas, y prácticamente el 17% de las plazas.

CUADRO N.º 1

TITULARIDAD DE LAS RESIDENCIAS POR TERRITORIOS HISTORICOS Absolutos y Porcentajes

	TOTAL				ALAVA				BIZKAIA				GIPUZKOA			
	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%	Centros	%	Plazas	%
TOTAL	120	100.0	7.908	100.0	22	100.0	1.371	100.0	56	100.0	3.983	100.0	42	100.0	2.554	100.0
Adm. Territorial	15	12.5	1.609	20.3	9	40.9	748	54.5	3	5.3	480	12.0	3	7.1	381	14.9
Adm. Local	38	31.7	2.170	27.5	6	27.3	374	27.3	8	14.3	486	12.2	24	57.2	1.310	51.3
Adm. Autonómica	1	0.8	18	0.2	-	-	-	-	1	1.8	18	0.5	-	-	-	-
Fundación	27	22.5	2.039	25.8	1	4.5	18	1.3	17	30.4	1.443	36.2	9	21.4	578	22.6
Inst. s.f. lucro	20	16.7	1.355	17.1	4	18.2	178	13.0	10	17.8	892	22.4	6	14.3	285	11.2
Empresas	19	15.8	717	9.1	2	9.1	53	3.9	17	30.4	664	16.7	-	-	-	-

Fuente: EUSTAT. *Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros*, 1991.

Pero los elementos diferenciadores más importantes con relación al esfuerzo institucional de cada territorio, pueden resumirse diciendo que en Alava es muy importante el papel de la Diputación Foral -ostenta la titularidad de más de la mitad de las plazas-; sin embargo en Gipuzkoa, el mayor esfuerzo, medido a través de la titularidad de las plazas evidentemente, lo llevan a cabo las corporaciones municipales -más de la mitad de las plazas, sin contar las que pertenecen a fundaciones-; y por último, éstas, las fundaciones, las empresas privadas e instituciones sin fin de lucro tienen un mayor peso específico en el territorio histórico de Bizkaia.

Resulta evidente, en cualquier caso, que el esfuerzo de las instituciones implicadas no es suficiente en términos globales. Dan fe de ello las amplias listas de espera existentes en la mayoría de las instituciones, puesto que constituyen un indicador indudable de la importante demanda residencial insatisfecha. De hecho, en la reunión de expertos que se realizó previamente a la redacción de este informe, la mayoría de los asistentes confesaban estar más preocupados por la gran cantidad de ancianos desatendidos o mal atendidos, que por los problemas de calidad que pudiera haber en las instituciones.

Aunque la realidad de los ancianos que viven en domicilios particulares y, obviamente, la de sus cuidadores, no es sociológicamente bien conocida en nuestro país, nos consta la existencia de muchísimas situaciones que bien cabría calificar de límite, por las propias condiciones de vida a las que se ven sometidos ancianos gravemente discapacitados y por el elevado coste económico y personal que se ven obligadas a pagar sus familias y, de forma particular, los miembros femeninos de las mismas.

Los estudios epidemiológicos⁶ vienen a señalar que el 2,4% de la población de 65 y más años viven encamados o confinados en un sillón, y un 3,1% adicional tienen un nivel de autonomía superior, pero tienen necesidad de otra persona para vestirse y asearse. Finalmente el 12,4% pueden subvenir a esas necesidades básicas, pero no salen de su domicilio o no pueden hacerlo sin ayuda.

Estas cifras ponen de relieve la importancia del déficit asistencial, ya que, frente a las señaladas 8.890 plazas residenciales de todo tipo, hay que contar con la existencia de 6.628 ancianos encamados o confinados en un sillón, y 8.218 más, que no pueden atender a su aseo personal o vestirse solos. Obviamente, no todas estas personas, a pesar de su importante discapacidad, requieren una plaza residencial. En efecto, muchas reciben probablemente la atención que precisan en el medio familiar, con o sin el concurso de los servicios de atención domiciliaria. Sin embargo, hay que tener en cuenta en torno a esta cuestión al menos tres aspectos importantes.

⁶Cfr. Cólvez y otros. Rapport au Groupe de Travail: *Méthodologie pour une planification des services aux personnes âgées dépendantes. Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes*. Montpellier: INSERM, 1990. Los resultados de los Mapas de servicios sociales de Gipuzkoa y Bizkaia elaborados por el SIIS - Centro de Documentación y Estudios, 1988, inédito, son coherentes con las cifras señaladas.

En primer lugar, que tal y como revela el estudio *Ancianos en Residencias*⁷, prácticamente la mitad de las camas de las instituciones están ocupadas por personas que carecen de restricciones en su autonomía personal, y otro 30% tiene restricciones únicamente leves. Es muy posible que desde la fecha de realización del referido trabajo, debido a los acertados cambios operados en las políticas de admisión de los establecimientos y al natural deterioro de los residentes, la prevalencia de personas gravemente discapacitadas sea actualmente superior. Desgraciadamente se desconoce el número de plazas para asistidos existentes en las residencias "mixtas", pero es un hecho que todavía hoy el 35% del total de camas se encuentra en residencias destinadas exclusivamente a la atención de personas válidas. En segundo lugar y en relación con el déficit cualitativo, es preciso tener en cuenta que más del 60% de los ancianos ingresados en residencias guipuzcoanas tiene un nivel de discapacidad inferior a 4 en la escala de Kuntzmann, que define, según el Departamento de Bienestar Social de la Diputación de dicho territorio, el límite para considerar la necesidad de una plaza asistida. Si esta cifra fuese extrapolable a la totalidad de las plazas residenciales existentes en la comunidad, resultaría que, de las 8.890, no llegarían a 3.500 las ocupadas por personas ancianas gravemente discapacitadas -con un nivel de discapacidad que definiría la necesidad de una plaza asistida-, siendo así que, contando únicamente los ancianos encamados y los confinados en una silla, suman prácticamente el doble de esa cifra en la población total.

La oferta de plazas residenciales existente en otros países de nuestro entorno puede servir también para dar una idea de la magnitud del déficit asistencial. En términos generales, parece que la cifra de 5 camas por cada cien habitantes de 65 y más años se alcanza en la generalidad de los países desarrollados, contando, eso sí, toda la variedad de servicios residenciales. Ya se ha señalado, por otra parte, que en Alava se alcanza esa tasa de camas y, en consecuencia, puesto que no parece que en este territorio exista un sobredimensionamiento de la oferta, es decir, un exceso de camas, el horizonte del 5% no resulta en absoluto exagerado. Por consiguiente, el actual déficit -dando por bueno el límite del 5%- puede cifrarse en torno a las 5.000 camas.

⁷Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. *Ancianos en Residencias*. En *Estadísticas y Documentos de Trabajo*, nº 9.

CUADRO N.º 2

EVOLUCION DE LA POBLACION. HORIZONTE 2016

	Año 1991		Año 1991	
	Estimación	Censo	Estimación	Base Censo 1991 = 100
Población total	2.118.194	2.104.041	2.060.872	97,8
Población > 65 años	257.465	266.109	396.211	148,8
% Población > 65 años s/pob. total	12,2	12,6	19,2	152,4

Fuente: Gobierno Vasco. Departamento de Economía y Planificación. Escenarios Demográficos. Horizonte 2016.

CUADRO N.º 3

NECESIDAD DE PLAZAS RESIDENCIALES PARA EL AÑO 2016

	N.º de plazas	Sobre las existentes en 1993 = 8.890
Cobertura actual 3,34%	13.255	49%
Cobertura necesaria 5%	19.810	123%

Hay que tener en cuenta además, y éste es el tercer aspecto por señalar, la previsible evolución de la población anciana a la hora de valorar las necesidades residenciales. En efecto, en relación con el esfuerzo desarrollado en los últimos doce años en la creación de plazas, observamos que un incremento del 21% a nivel de Comunidad ha supuesto únicamente el aumento de la tasa de cobertura en un 4%, como consecuencia lógica del crecimiento de la población anciana en un 49%.

Poseer una tasa de cobertura del 5% en el año 2016 significa incrementar el actual stock de camas en prácticamente un 120% para llegar a las aproximadamente 20.000 plazas necesarias. No olvidemos que en el plazo de 20-25 años habrán de ser cerca de 10.000 las personas ancianas encamadas o confinadas en un sillón.

La importancia del déficit señalado y la de su proyección a un cuarto de siglo se ve incrementada, por si fuera poco, con la necesidad de renovar centros obsoletos e instalaciones inadecuadas.

Sin entrar en otros detalles y centrándonos exclusivamente en el tamaño de las instituciones, observamos que 19 centros superan las cien plazas y que 7 tienen una capacidad superior a 200, es decir, que contravienen, en este extremo, la opinión prácticamente unánime de los expertos, quienes recomiendan que los establecimientos residenciales no superen el medio centenar de camas⁸.

El 45% de los ancianos residencializados viven en instituciones de más de 100 camas y, prácticamente la cuarta parte, en macrocentros que superan las 200.

Por otra parte, el 15% de los ancianos que viven en instituciones deben compartir habitación con al menos otras dos personas, y prácticamente el 6% están instalados en salas de cuatro y más camas. Sólo por este hecho, es decir, por la necesidad de eliminar, en consonancia con los criterios del Decreto 218/1990, de 30 de julio, sobre los Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad (en adelante, decreto 218/1990), las habitaciones de tres y más ocupantes, habría que transformar cerca de 1.000 camas adicionales.

La magnitud del problema es, pues, muy grave y requiere la urgente y decidida aplicación de medidas.

3.3. EL DESARROLLO DE LA ATENCION COMUNITARIA

La atención en la comunidad mediante “paquetes de cuidados” progresivamente más complejos se erige como una alternativa válida a la institucional-

⁸Las normas de acreditación de algunos países establecen una capacidad máxima. En Dinamarca el límite es de 20 camas, en Francia de 80, en Inglaterra y Gales 65 y en Estados Unidos 60. SIIS - Centro de Documentación y Estudios. *Sistemas de Autorización y Acreditación de servicios residenciales para ancianos: panorama internacional*. Donostia-San Sebastián: SIIS, 1992.

zación. Sin embargo, demasiadas veces en los últimos años, el concepto ha sido utilizado para justificar el bajo ritmo de creación de plazas residenciales, en la medida en que se ha asociado, de forma mecánica y simple, la-idea de atención comunitaria con el rechazo de la atención residencial.

Es cierto que, hoy en día, la situación más grave puede ser susceptible de atenderse domiciliariamente, y que la atención comunitaria se constituye en alternativa válida y deseable para muchos casos que hace dos décadas se hubiesen considerado como propios para la atención residencial. No es menos cierto, sin embargo, que la fórmula residencial constituye una opción necesaria y, en los términos en los que se ha indicado, positiva para muchos ancianos aquejados de discapacidades graves, sobre todo teniendo en cuenta que, en su moderna concepción, tales servicios, tanto desde el punto de vista de su ubicación, como de su tamaño y programas, deben favorecer, en la medida de lo posible, la integración del usuario en la comunidad.

Por otra parte, el importante déficit de plazas residenciales existente en nuestro país no se compensa en absoluto con la presencia de una red relativamente importante de servicios alternativos. Los centros de día constituyen una realidad prácticamente anecdótica, y la atención domiciliaria cubre a una población de unos 6.500 usuarios, con una tasa de cobertura, por tanto, del 2,4% habitantes de 65 y más años.

Para situar esta cifra en el contexto europeo, digamos que en Suecia o en Finlandia la tasa supera el 18% y que en realidades más próximas, como Francia o Bélgica, alcanza el 6%. Eso sí, la intensidad del servicio, medida en horas semanales de dedicación al usuario, resulta mucho más elevada en nuestro medio, siete horas, que en los países europeos, en los que, por lo general, no sobrepasa el par de horas semanales. Ello es debido probablemente, con independencia de otros factores, a la gravedad de la casuística que atienden los servicios de atención domiciliaria de la Comunidad vasca. Es así como con un nivel -horas totales de servicio por habitante mayor de 65 años- parecido, nuestra cobertura es reducida en relación con la europea.

En cualquier caso, la calidad y cantidad de servicios comunitarios que podrían considerarse, en cierto modo, como alternativos a las residencias, no explican ni justifican la baja tasa de camas residenciales.

CUADRO N.º 4 (A)

TITULARIDAD Y TIPO DE RESIDENCIA

C A P V	TOTAL		C A P A C I D A D									
			< 12		12 - 30		30 - 100		100 - 200		> 200	
	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas
TOTAL	120	7.908	18	130	15	317	68	3.882	12	1.727	7	1.852
Adm. Territorial	15	1.609	1	10	-	-	8	440	4	606	2	553
Adm. Local	38	2.170	8	42	4	89	21	1.293	4	506	1	240
Adm. Autónoma	1	18	-	-	1	18	-	-	-	-	-	-
Fundación	27	2.039	2	21	4	90	16	928	2	291	3	709
Inst. s.f. lucro	20	1.355	3	21	2	55	12	605	2	324	1	350
Empresas	19	717	4	36	4	65	11	616	-	-	-	-
PUBLICA TOTAL	54	3.797	9	52	5	107	29	1.733	8	1.112	3	793
Adm. Territorial	15	1.609	1	10	-	-	8	440	4	606	2	553
Adm. Local	38	2.170	8	42	4	89	21	1.293	4	506	1	240
Adm. Autónoma	1	18	-	-	1	18	-	-	-	-	-	-
PRIVADA TOTAL	66	4.111	9	78	10	210	39	2.149	4	615	4	1.059
Fundación	27	2.039	2	21	4	90	16	928	2	291	3	709
Inst. s.f. lucro	20	1.355	3	21	2	55	12	605	2	324	1	350
Empresas	19	717	4	36	4	65	11	616	-	-	-	-

Fuente: EUSTAT. Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros. 1991.

CUADRO N.º 4 (B)

TITULARIDAD Y TIPO DE RESIDENCIA

A L A V A	TOTAL		CAPACIDAD									
			< 12		12 - 30		30 - 100		100 - 200		> 200	
	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas
TOTAL	22	1371	4	35	3	63	11	547	3	486	1	240
Adm. Territorial	9	748	1	10	-	-	5	252	3	486	-	-
Adm. Local	6	374	1	9	2	45	2	80	-	-	1	240
Fundación	1	18	-	-	1	18	-	-	-	-	-	-
Inst. s.f. lucro	4	178	1	8	-	-	3	170	-	-	-	-
Empresas	2	53	1	8	-	-	1	45	-	-	-	-
PUBLICA TOTAL	15	1.122	2	19	2	45	7	332	3	486	1	240
Adm. Territorial	9	748	1	10	-	-	5	252	3	486	-	-
Adm. Local	6	374	1	9	2	45	2	80	-	-	1	240
PRIVADA TOTAL	7	249	2	16	1	18	4	215	-	-	-	-
Fundación	1	18	-	-	1	18	-	-	-	-	-	-
Inst. s.f. lucro	4	178	1	8	-	-	3	170	-	-	-	-
Empresas	2	53	1	8	-	-	1	45	-	-	-	-

CUADRO N.º 4 (C)

TITULARIDAD Y TIPO DE RESIDENCIA

B I Z K A I A	TOTAL		C A P A C I D A D									
			< 12		12 - 30		30 - 100		100 - 200		> 200	
	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas
TOTAL	56	3.983	6	55	10	202	31	1.883	5	735	4	1.108
Adm. Territorial	3	480	-	-	-	-	1	60	1	120	1	300
Adm. Local	8	486	-	-	1	20	7	466	-	-	-	-
Adm. Autonómica	1	18	-	-	1	18	-	-	-	-	-	-
Fundación	17	1.143	2	21	2	44	9	629	2	291	2	458
Inst. s.f. lucro	10	892	1	6	2	55	4	157	2	324	1	350
Empresas	17	664	3	28	4	65	10	571	-	-	-	-
PUBLICA TOTAL	12	984	-	-	2	38	8	526	1	120	1	300
Adm. Territorial	3	480	-	-	-	-	1	60	1	120	1	300
Adm. Local	8	486	-	-	1	20	7	466	-	-	-	-
Adm. Autonómica	1	18	-	-	1	18	-	-	-	-	-	-
PRIVADA TOTAL	44	2.999	6	55	8	164	23	1.357	4	615	3	808
Fundación	17	1.443	2	21	2	44	9	629	2	291	2	458
Inst. s.f. lucro	10	892	1	6	2	55	4	157	2	324	1	350
Empresas	17	664	3	28	4	65	10	571	-	-	-	-

Fuente: EUSTAT. *Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros*, 1991.

CUADRO N.º 4 (D)

TITULARIDAD Y TIPO DE RESIDENCIA

G I P U Z K O A	TOTAL		CAPACIDAD									
			< 12		12 - 30		30 - 100		100 - 200		> 200	
	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas	Centros	Plazas
TOTAL	42	2.554	8	40	2	52	26	1.452	4	506	2	504
Adm. Territorial	3	381	-	-	-	-	2	128	-	-	1	253
Adm. Local	24	1.310	7	33	1	24	12	747	4	506	-	-
Fundación	9	578	-	-	1	28	7	299	-	-	1	251
Inst. s.f. lucro	6	285	1	7	-	-	5	278	-	-	-	-
PUBLICA TOTAL	27	1.691	7	33	1	24	14	875	4	506	1	253
Adm. Territorial	3	381	-	-	-	-	2	128	-	-	1	253
Adm. Local	24	1.310	7	33	1	24	12	747	4	506	-	-
PRIVADA TOTAL	15	863	1	7	1	28	12	577	-	-	1	251
Fundación	9	578	-	-	1	28	7	299	-	-	1	251
Inst. s.f. lucro	6	285	1	7	-	-	5	278	-	-	-	-

Fuente: EUSTAT. *Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros*, 1991.

CUADRO N.º 5

SERVICIOS SOCIALES 1991. PRINCIPALES SERVICIOS PARA LA TERCERA EDAD. TASAS DE COBERTURA

	CAPV	ALAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
Atención domiciliaria	6.496	1.097	3.354	2.045
Centros de día	256	79	66	111
Acogimiento Familiar	70	-	-	70
Servicios Residenciales	8.890	1.565	4.553	2.972
TOTAL	15.712	2.741	7.973	5.198
Población > 65 años	266.109	30.828	146.896	87.385
Tasa de Cobertura Total 0/00	59,0	88,9	54,3	59,5
Tasa de Cobertura Residen. 0/00	33,4	50,8	31,0	34,0

Fuente: EUSTAT y diputaciones forales. Elaboración propia.

CUADRO N.º 6

EVOLUCION DE PLAZAS EN SERVICIOS RESIDENCIALES. 1981-1993

		CAPV	ALAVA	BIZKAIA	GIPUZKOA
1981	Nº de Plazas	6.660	1.296	3.317	2.047
	Población > 65 años	207.678	23.401	115.112	69.165
	Tasa de Cobertura 0/00	32,1	55,4	28,8	29,6
1993	Nº de Plazas	8.890	1.565	4.553	2.972
	Población > 65 años (1991)	266.109	30.828	146.896	87.385
	Tasa de Cobertura 0/00	33,4	50,8	31,0	34,0
Indices base 1981=100	Nº de Plazas	135,5	120,8	137,3	145,2
	Población > 65 años (1991)	128,1	131,7	127,6	126,3
	Tasa de Cobertura 0/00	104,0	91,7	107,6	114,9

Fuente: EUSTAT. Elaboración propia.

CUADRO N.º 7

SERVICIOS SOCIALES 1991. CENTROS Y PLAZAS RESIDENCIALES DE TERCERA EDAD POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO

	CAPV		ALAVA		BIZKAIA		GIPUZKOA	
	N ^{os}	%	N ^{os}	%	N ^{os}	%	N ^{os}	%
CENTROS								
Resi. Válidos	45	37,2	10	43,5	22	39,3	13	30,9
Resi. Asistidas	9	7,4	4	17,4	4	7,1	1	2,4
Resi. Mixtas	60	49,6	6	26,1	30	53,6	24	57,1
Apartamentos	2	1,7	-	-	-	-	2	4,8
Vivienda comun.	5	4,1	3	13,0	-	-	2	4,8
TOTAL S. RESI.	121	100,0	23	100,	56	100,0	42	100,0
PLAZAS								
Resi. Válidos	2.619	31,1	321	23,4	1.425	35,8	873	34,2
Resi. Asistidas	888	11,2	412	30,0	426	10,7	50	2,0
Resi. Mixtas	4.327	54,7	611	44,6	2.132	53,5	1.584	62,0
Apartamentos	4	0,1	-	-	-	-	4	0,1
Vivienda comun.	70	0,9	27	2,0	-	-	43	1,7
TOTAL S. RESI.	7.908	100,0	1.371	100,0	100,0	100,0	2.554	100,0

Fuente: EUSTAT: *Estadística de Servicios Sociales, Entidades y Centros*. 1991.

CUADRO N.º 8

OFERTA DE ESTRUCTURAS DE ALOJAMIENTO EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EUROPEA. 1991

	Plazas en el conjunto de estructuras de alojamiento x 100 personas > 65 años	Plazas en residencias asistidas x 100 personas > 65 años
Alemania	5,4	2,3
Bélgica	7,8	2,1 ¹
Dinamarca	13,2 (11,3)	5,3
España	2,0	0,2
Francia	5,1	2,4 ¹
Grecia	0,5	-
Irlanda	5,0	-
Italia	2,3	-
Luxemburgo	7,8 (6,8)	1,4
Países Bajos	12,3 (9,7)	2,6
Portugal	2,0	-
Reino Unido	10,0 (5,0)	

NOTA: Las cifras entre paréntesis se refieren a datos que excluyen las viviendas tuteladas.

1. Incluyen las camas de larga estancia en los hospitales (Francia) o las camas geriátricas (Bélgica).

Fuente: The 1993 Report of the European Observatory,
Commission of the European Communities.
Older people in Europe: Social and Economic Policies.

CUADRO N.º 9

SERVICIOS DE ATENCION DOMICILIARIA Cobertura, nivel e intensidad

	CAPV	CAPV	BIZKAIA	GIPUZKOA
1. Nº de atendidos mayores de 65 años	6.496	1.097	3.354	2.045
2. Población mayor de 65 años	266.109	30.828	146.896	87.385
3. Cobertura Población atendida / Población total x 100	2,44	3,55	2,28	2,34
4. Nº de horas de servicio al año destinadas a la atención de ancianos	2.438.983	459.036	1.297.591	682.356
5. Nº de horas semanales de atención	46.777	8.803	24.887	13.087
6. Intensidad (horas semanales servicio/usuario)	7,20	8,02	7,42	6,39
7. Nivel (horas semanales de servicio x 1.000 habitantes de 65 y más años)	175,8	285,5	169,4	149,8

Fuente: Diputaciones forales. Elaboración propia.

CUADRO N.º 10

INDICADORES DE ATENCION DOMICILIARIA EN ALGUNOS PAISES EUROPEOS

	Cobertura	Intensidad	Nivel
Suecia	18,4	4,75	1.016
Dinamarca	20,5	-	-
Reino Unido	12,5	3,2	320
Francia	6,1	2	128
Bélgica	6	2,2	133
Finlandia	18,4	1,4	271
Austria	8,8	1,1	104



CAPITULO IV

EL REGIMEN DE LA RELACION JURIDICO-ADMINISTRATIVA DE LA PRESTACION DE ASISTENCIA RESIDENCIAL PARA LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA

4.1. CONCEPTO DE ASISTENCIA SOCIAL

4.1.1. Su indeterminación terminológica

El derecho a la asistencia social nace como una manifestación del Estado Social o del Bienestar, con la incorporación a las normas constitucionales de los derechos sociales, superando la decimonónica concepción de beneficencia pública.

Curiosamente nos encontramos, en su regulación, con una gran imprecisión terminológica, ya que asistimos a una inusitada variedad de términos para definir lo que debemos entender como un único concepto, pues consideramos que pese a la diversidad de voces utilizadas, se está haciendo referencia a un concepto unívoco, que cierta doctrina ha definido como acción social pública, y la propia Constitución, como asistencia social. Los estatutos de autonomía y las leyes autonómicas que regulan la materia utilizan indistintamente los conceptos de asistencia social, bienestar social, servicios sociales e incluso el viejo concepto de beneficencia¹.

Usaremos el término *asistencia social* por ser el utilizado por la propia Constitución, si bien estimamos más adecuado a una concepción moderna del mismo el término acuñado por la doctrina -Beltrán Aguirre- *acción social pública*.

4.1.2. Delimitación del concepto en la jurisprudencia constitucional y en el Derecho positivo

Si bien el Tribunal Constitucional ha elaborado un concepto de asistencia social, éste resulta indeterminado y abierto. Del fundamento jurídico sexto de la STC 76/1986 se pueden extraer las siguientes notas definidoras:

¹Artículo 10.12 del Estatuto de Autonomía para las Islas Baleares, aprobado por Ley Orgánica 2/1983, de 25 de febrero.

“- La noción de asistencia social no está precisada en el texto constitucional, por lo que ha de entenderse remitida a conceptos elaborados en el plano de la legislación que no han dejado de ser tenidos en cuenta por el Constituyente.

- De la legislación vigente se deduce la existencia de una asistencia social externa al sistema de Seguridad Social, y no integrada en él, a la que ha de entenderse hecha la remisión contenida en el artículo 148.1.20 de la CE, y por lo tanto competencia posible de las comunidades autónomas.

- Esta asistencia social aparece como un mecanismo protector de situaciones de necesidades específicas, sentidas por grupos de población a los que no alcanza aquel sistema, asistencia que opera mediante técnicas distintas de las propias de la Seguridad Social.

- En el momento actual es característica de la asistencia social su sostenimiento al margen de toda obligación contributiva o previa colaboración económica de los destinatarios o beneficiarios.”

La STC 146/1986, de 25 de noviembre, insiste en algunas de las notas señaladas, pero añade además que:

“- Uno de los caracteres técnicos (de la asistencia social) es su dispensación por entes públicos o por organismos dependientes de entes públicos, cualesquiera que éstos sean.

- La asistencia social viene conformada como una técnica pública de protección, lo que la distingue de la clásica beneficencia, en la que históricamente halla sus raíces.

- La noción de asistencia social no sólo comprende a la asistencia dispensada por entes públicos -que la definen y la prestan-, sino también a la dispensada por entidades privadas, caso en que los poderes públicos desempeñan funciones de fomento o de control.”

Por otra parte, la propia Constitución no define el concepto de asistencia social, sino que simplemente lo enuncia como materia susceptible de ser asumida por las comunidades autónomas (artículo 148.1.20).

La Carta Social europea, ratificada por España el 19 de abril de 1980, define en los artículos 13 y 14 los conceptos de asistencia social y servicios sociales.

Las distintas leyes autonómicas han definido, con mayor • menor acierto, el concepto de servicios sociales. En lo que a nuestro estudio interesa, la exposición de motivos de nuestra Ley 6/1982, de 20 de mayo, de Servicios Sociales declara que “se entienden por tales (servicios sociales) aquellos servicios que contribuyen a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos y de los grupos en la Comunidad y su adaptación al entorno social”.

4.1.3. La protección a la tercera edad como materia subsumida en el concepto de asistencia social

El artículo 50 de la Constitución establece que:

“Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Así mismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.”

Sin embargo, no existe un título competencial específico de tercera edad en los artículos 148 y 149 del texto constitucional, sino que únicamente se prevé la referencia a la asistencia social del artículo 148.1.20.

Cabe considerar el concepto de asistencia social como omnicomprensivo de las distintas expresiones sectoriales sobre la materia -promoción de la mujer, política infantil, política juvenil, protección a los minusválidos- y por tanto también de la política de la tercera edad. Se trata, por tanto, de actuaciones sociales sectoriales definidas por los potenciales destinatarios y que, según la teoría de las materias conexas, habrá que considerar subsumibles en el término genérico *asistencia social*, como submaterias de la materia asistencia social.

Esta afirmación viene avalada por la constatación de que en aquellos supuestos en los que, al contrario que el EAPV, los estatutos autonómicos no asumen competencias en las materias sectoriales de acción social, tanto los decretos de transferencias como la normativa autonómica inciden en materias especiales -tercera edad, juventud- en base al concepto de asistencia social como materia a la que están conectadas o subsumidas las submaterias sectoriales, aun cuando no estén enunciadas explícitamente.

4.2. LA RELACION JURIDICO-ADMINISTRATIVA DE LA PRESTACION ASISTENCIAL A LA TERCERA EDAD

La relación jurídico-administrativa de la prestación asistencial a la tercera edad podemos considerarla como una subespecie de la relación jurídico-administrativa de la asistencia social y, en lo que interesa a efectos del informe, su análisis se ceñirá en última instancia a la prestación asistencial residencial.

4.3. SUJETOS DE LA RELACION JURIDICO-ADMINISTRATIVA DE LA PRESTACION ASISTENCIAL A LA TERCERA EDAD

4.3.1. Sujetos prestadores de la asistencia residencial

Serán sujetos prestadores de la prestación asistencial los poderes públicos que, a tenor del artículo 50 CE, están obligados a promover “su bienestar (de los ciudadanos durante la tercera edad), mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

En el capítulo 4.5 procederemos a analizar la delimitación competencial entre las distintas administraciones públicas, con el fin de determinar los sujetos prestadores de la prestación asistencial residencial para la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

4.3.2. Sujetos destinatarios de la prestación de asistencia residencial

Serán sujetos destinatarios de la prestación asistencial residencial para la tercera edad, en primer lugar, aquellos a los que el artículo 2 de la ley 6/1982 considera titulares del derecho a los servicios sociales.

El referido precepto declara que:

“Son titulares del derecho a los servicios sociales regulados en la presente ley los residentes y transeúntes no extranjeros en el País Vasco, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan. Podrán beneficiarse de dichos servicios, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan, los extranjeros, así como los refugiados y apátridas, de acuerdo con lo dispuesto en los vigentes tratados internacionales sobre la materia.”

De entre estos titulares del derecho a los servicios sociales, serán destinatarios de la prestación objeto de estudio aquellos ciudadanos que hayan alcanzado lo que se conoce como tercera edad.

Este concepto, impreciso jurídicamente, hace referencia, de un modo eufemístico, a los ciudadanos ancianos o viejos con independencia de su estado mental y físico, y aparece con carácter general vinculado con la edad de jubilación laboral, que salvo excepciones se fija en 65 años.

Ello no obstante, sería conveniente que la norma que regule los servicios sociales residenciales para la tercera edad, declare expresamente quiénes son

los destinatarios de este servicio, ya que no existe una definición común en todas las comunidades autónomas².

Dado que el decreto vasco 218/1990, de 30 de julio, no dice nada al respecto, habrá que entender que quedan comprendidos en el concepto de tercera edad los ciudadanos mayores de 65 años, que es la edad a partir de la que convencionalmente se considera a una persona anciana o vieja (sin embargo, el decreto foral de Bizkaia extiende su aplicación a aquellas personas que tengan 60 años).

4.3.3. El derecho a la prestación en materia de asistencia social. Especial referencia a la prestación asistencial en residencias de tercera edad

Preocupa especialmente, desde la perspectiva de esta institución, determinar si existe un derecho real y efectivo de los ciudadanos ancianos a la prestación asistencial en residencias de tercera edad.

A tal efecto, es preciso señalar que el artículo 50 CE, que contempla la protección a la tercera edad, se encuentra ubicado en el capítulo III del título I de la Constitución, que bajo el epígrafe "De los principios rectores de la política social y económica", constitucionaliza los llamados derechos sociales.

No vamos a reproducir exhaustivamente, por ser ya suficientemente conocido, el sistema de protección de los llamados derechos sociales, lo que excedería de las intenciones de este trabajo, pero conviene recordar que el artículo 53.3 del texto constitucional establece que:

"El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que lo desarrollen."

En el caso de la Comunidad Autónoma del País Vasco, lo cierto es que la Ley 6/1982, de Servicios Sociales resulta vaga e imprecisa en la definición del derecho a los servicios sociales al remitir en su artículo 2 el ejercicio del

²Así, el artículo 2.2 del decreto 62/1988, de 12 de marzo, del Principado de Asturias establece que:

"Quedan comprendidos en el concepto de tercera edad:

- a) Las personas mayores de 65 años.
- b) Los pensionistas mayores de 60 ó más años.
- c) Los pensionistas con invalidez permanente en grado de incapacidad permanente absoluta, mayores de 50 años."

El artículo 2 del decreto 145/1990, de 3 marzo, de Cataluña declara que, a los efectos de esta disposición, se consideran beneficiarios de acogimiento residencial en los establecimientos citados las personas que han cumplido 60 años, y también aquellas otras que por circunstancias personales y sociales pueden equipararse a las del colectivo citado.

mismo "a las condiciones que reglamentariamente se establezcan", lo que puede suponer que esta previsión se convierta en una mera enunciación retórica.

Ante el déficit de servicios públicos de asistencia residencial a la tercera edad en nuestra Comunidad, los ciudadanos ancianos vascos no podrían esgrimir un derecho subjetivo a la creación de servicios y prestaciones residenciales para la tercera edad, según la doctrina más tradicional, que considera que ésta sería una facultad discrecional de la Administración.

La doctrina más avanzada entiende, sin embargo, que no existe libertad de opción para la Administración para implantar o no la actividad de servicio, sino que en virtud de los pronunciamientos expuestos de los preceptos constitucionales y en concreto del artículo 50 CE, la Administración tiene un deber de creación de los servicios sociales que hagan efectivos los mandatos constitucionales.

Otra cuestión diferente es la posibilidad del ciudadano de esgrimir estos derechos en el ámbito jurisdiccional. Si bien hemos señalado que la Ley 6/1982 de Servicios Sociales no contiene precepto alguno que formalmente atribuya un derecho de los ciudadanos vascos al establecimiento de servicios sociales, es preciso reseñar que la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local (LRBRL) atribuye una obligación expresa a los municipios de más de 20.000 habitantes de prestar servicios sociales.

El artículo 18.1. g) de la LRBRL además reconoce el derecho a "exigir la prestación y, en su caso, el establecimiento del correspondiente servicio público en el supuesto de constituir una competencia municipal propia de carácter obligatorio".

Por ello la obligación de los municipios mayores de 20.000 habitantes de prestar servicios sociales, genera un auténtico derecho de los ciudadanos de ese municipio a solicitarlo, siendo lógicamente ejercitable dicho derecho ante los tribunales, si bien el cumplimiento del mismo, aun cuando fuera reconocido judicialmente, se encuentra limitado en cuanto a su efectividad por las posibilidades materiales del municipio afectado.

Se puede constatar, en conclusión, que salvo la referencia de la LRBRL, las leyes autonómicas de acción social y por tanto la del País Vasco, no se han constituido en los instrumentos jurídicos adecuados para permitir que los derechos sociales constitucionalmente reconocidos sean plenamente exigibles.

Una cuestión bien distinta es la de determinar si existe un verdadero derecho subjetivo de los ciudadanos ancianos, como sujetos destinatarios de la relación jurídico-administrativa de asistencia residencial de la tercera edad, a ocupar una plaza en las residencias de ancianos existentes en la Comunidad. Consideramos que los titulares del derecho a los servicios sociales previstos en la ley 6/1982 del País Vasco que tengan la condición de ancianos tendrán un derecho a acceder, en condiciones de igualdad, a una plaza pública de carácter residencial de acuerdo con las limitaciones que se establezcan reglamentariamente.

No podemos olvidar que la oferta de plazas no alcanza en la CAPV más que al 3,34% de la población anciana existente. Por ello el derecho de los potenciales destinatarios estará condicionado por el orden de prelación que se establezca con carácter objetivo, bien con un criterio cronológico, bien con mejor criterio, de acuerdo con las circunstancias tasadas de los solicitantes.

Por esto consideramos que la denegación arbitraria de una solicitud de acceso a una residencia, no ajustada a los criterios reglamentariamente establecidos, podría ser impugnada ante la jurisdicción contencioso-administrativa, exigiendo la nulidad del acto denegatorio y obligando a la Administración a cumplir la prestación denegada.

Ni que decir tiene que, dada la dificultad para conseguir la tutela judicial efectiva de estos derechos a la prestación asistencial residencial, el Ararteko y el resto de los comisionados parlamentarios deberán jugar un papel fundamental en la tutela de estos derechos sociales, tal y como han reconocido los más prestigiosos estudiosos de la institución del Ombudsman.

4.4. OBJETO DE LA RELACION JURIDICO-ADMINISTRATIVA ASISTENCIAL PARA LA TERCERA EDAD

El objeto de la relación jurídico-administrativa de asistencia social es la propia actividad de prestación social que realizan los servicios públicos asistenciales, directa o indirectamente, en favor de las personas que exigen una especial protección por sus carencias o necesidades.

En el supuesto concreto de la atención a la tercera edad en residencias, el objeto de la relación será, por tanto, la prestación asistencial que se desarrolla en estos centros.

4.5. EL MARCO COMPETENCIAL DE LA PRESTACION DE ASISTENCIA RESIDENCIAL PARA LA TERCERA EDAD EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PAIS VASCO

4.5.1. La distribución competencial como marco definidor de los sujetos prestadores de la actividad de prestación social

El análisis del régimen de distribución competencial se realiza fundamentalmente, a los efectos de este informe, con la intención de definir quiénes son los poderes públicos que deberán cumplir el mandato constitucional de promover el bienestar social de la tercera edad. Por ello, no se incidirá en aquellas cuestiones que se consideren irrelevantes para conseguir esta determinación.

4.5.2. Delimitación competencial entre el Estado y la Comunidad Autónoma del País Vasco

El artículo 148.1.20 de la Constitución prevé que las comunidades autónomas pueden asumir competencias en materia de asistencia social.

Por otra parte, el art. 149.1 del texto constitucional no contempla ninguna competencia del Estado sobre esta materia.

La Comunidad Autónoma del País Vasco decidió asumir en su Estatuto de Autonomía competencia exclusiva en "asistencia social" (art. 10.12) y en "desarrollo comunitario, condición femenina, política infantil, juvenil y de la tercera edad" (art. 10.39).

El constituyente ha optado por tanto, claramente, por residenciar las competencias de asistencia social en las comunidades autónomas que así lo asuman en sus respectivos estatutos de autonomía.

Esta afirmación nos podría hacer pensar que el Estado, al que la Constitución no reserva ninguna competencia legislativa sobre esta materia, también carecería de competencias ejecutivas en la "asistencia social" y más en concreto en "tercera edad".

Sin embargo, en relación con la asistencia y los servicios sociales en general, el Estado se ha reservado en los reales decretos de transferencias en los que se han materializado los traspasos en la materia:

- la atención de obligaciones de ámbito estatal y el mantenimiento de relaciones con asociaciones y organismos de ámbito estatal o internacionales.
- cualquier otra que le corresponda en virtud de la normativa vigente y que no sea inherente a las competencias asumidas por la comunidad autónoma, o que, siéndolo, no haya dado lugar al correspondiente traspaso, en su caso.

En la práctica, además, la Administración del Estado gestiona servicios sociales a través de la propia Seguridad Social, y con la creación del Ministerio de Asuntos Sociales, gestiona diversos programas y actuaciones sociales.

Esta situación introduce una cierta confusión pese a la aparente claridad del texto constitucional.

Resulta de interés, en orden a la delimitación del ámbito competencial, la Sentencia 146/86 de 25 de noviembre del Tribunal Constitucional³.

Entiende el alto tribunal que "en la materia objeto del conflicto -las medidas públicas de acción y protección social- no es posible la existencia de intereses -el estatal y el autonómico contrapuestos- salvo las discrepancias en la elección de opciones políticas, caso en el que debe estimarse prevalente la dirección política de la Comunidad Autónoma, por tratarse de competencias exclusivas, sin perjuicio de las competencias reservadas al Estado por la Constitución".

Resalta además que en una materia tan compleja como la acción y protección social, las competencias exclusivas no pueden entenderse en un sentido estricto de exclusión de actuación en el campo de lo social del Estado respecto a aquellos problemas específicos que requieran, para su adecuado estu-

³Sentencia dictada en resolución de los conflictos de competencias acumulados nº 50/1984 y nº 465/1985, promovidos por la Junta de Galicia en relación con las resoluciones de la Dirección General de Acción Social, de 14 de septiembre de 1983 y 2 de enero de 1985, por las que se convocan dotaciones económicas en materia de acción social.

dio y tratamiento, un ámbito más amplio que el de la comunidad autónoma, y que presupongan en su concepción e incluso en su gestión, un ámbito supra-comunitario que puede corresponder al Estado.

El magistrado Leguina Villa, sin embargo, presentó un voto particular discrepando del contenido de la sentencia referenciada, señalando que “de acuerdo con el art. 148.1.20 de la Constitución, la materia de asistencia social ha sido íntegramente regionalizada por los Estatutos de Autonomía, lo que significa, en mi opinión, que los órganos centrales carecen de toda competencia para intervenir unilateralmente en dicha materia, y esta falta de título competencial no puede subsanarse por la apelación de interés general”.

En conclusión, podemos afirmar que las comunidades autónomas, y más en concreto la CAPV, han asumido competencias exclusivas sobre asistencia social, competencias que se pueden calificar, siguiendo a cierta doctrina, como competencias exclusivas absolutas o en integridad, en tanto que monopolizan toda la materia.

Por ello, corresponderá a la comunidad autónoma la realización de funciones legislativas y ejecutivas, sin que la competencia de efectuar actuaciones de fomento de planes sociales que excedan el ámbito autonómico que el Tribunal Constitucional ha reconocido al Estado desvirtúe esta afirmación.

En lo que a nuestro estudio sobre la situación de las residencias de tercera edad en la CAPV interesa, se debe reseñar además que, si bien la Seguridad Social gestiona servicios sociales dirigidos a minusválidos y ancianos a través del ente gestor Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), desde que el Real Decreto 1.476/871, de 2 de octubre, sobre traspaso de servicios del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco, transfirió a ésta las residencias del INSERSO ubicadas en nuestra Comunidad Autónoma, no existe en la misma ninguna residencia de tercera edad de titularidad estatal⁴.

⁴Mediante el Real Decreto 1.476/1987, de 2 de octubre (Decreto 375/1987, de 10 de diciembre, del Gobierno Vasco) se aprueba el traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), y se transfieren las siguientes residencias:

Alava

Residencia de Pensionistas sita en la calle Méjico, nº 11, de Vitoria (conocida como Residencia de Txagorritxu).

Guipúzcoa

Residencia de Pensionistas sita en la Plaza Euskalherria, s/n, de Tolosa (conocida como Residencia de Pensionistas de Tolosa).

Residencia de Pensionistas sita en Carretera de Arrate, s/n, de Eibar (conocida como Residencia de Pensionistas de Eibar).

Vizcaya

Residencia de Pensionistas sita en la calle Txomin Garat, s/n, de Bilbao (conocida como Residencia de Txurdinaga).

Residencia de Pensionistas sita en barrio Santimami, nº 20, de Lejona (conocida como Residencia de Pensionistas de Leioa).

4.5.3. Delimitación competencial en el seno de la Comunidad Autónoma del País Vasco

A) El singular sistema de reparto competencial en nuestra Comunidad Autónoma entre las instituciones comunes y las instituciones forales de los territorios históricos, exige una mención especial a la distribución de la materia objeto del informe en el seno de la Comunidad Autónoma Vasca.

La Ley 27/83, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Organos Forales de sus Territorios Históricos, conocida como Ley de Territorios Históricos, establece en el listado de competencias propias de los territorios históricos, como competencia de éstos, la de ejecución de la legislación autonómica en materia de "asistencia social, sin perjuicio de la acción directa de las instituciones comunes" (art. 7.c.1).

Asimismo, en el apartado 2 del mismo precepto 7.c, atribuye a los territorios históricos la ejecución dentro de su territorio de la legislación de las instituciones comunes en la materia "desarrollo comunitario, condición femenina, política infantil, juvenil, *de la tercera edad*, ocio y esparcimiento, sin perjuicio de la acción directa en estas materias por parte de las Instituciones Comunes del País Vasco".

Por otra parte, el artículo 6 de la citada ley de territorios históricos declara que:

"1. Es de la competencia de las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma la legislación y la ejecución en todas aquellas materias que, correspondiendo a la Comunidad Autónoma según el Estatuto de Autonomía, no se reconozcan o atribuyan en dicho Estatuto, la presente Ley u otras posteriores, a los Organos Forales de los Territorios Históricos.

2. En todo caso, la facultad de dictar normas con rango de Ley corresponde en exclusiva al Parlamento."

Por tanto, podemos decir que según la especial distribución competencial comunidad autónoma - territorios históricos:

- a) A las instituciones comunes de la Comunidad Autónoma del País Vasco -Parlamento y Gobierno vascos, respectivamente- les corresponde el ejercicio de la competencia legislativa y de desarrollo normativo en la materia de asistencia social y tercera edad.
- b) A los órganos forales de los territorios históricos se les atribuye la ejecución de la legislación autonómica en esta materia.

El Parlamento Vasco, con anterioridad a la propia ley de Territorios Históricos, dictó la Ley 6/82, de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales.

Por su parte, el Gobierno Vasco reguló la materia de tercera edad mediante el Decreto 218/1990, de 30 de julio, sobre Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad.

B) Hemos señalado que con anterioridad a la Ley de Territorios Históricos, el legislador autonómico dictó la Ley 6/82 de 20 de mayo, sobre Servicios Sociales.

Esta ley es la primera que regula esta materia en todo el Estado, y nace con un claro objetivo sistematizador de la situación de los servicios sociales entonces existentes, que la propia ley consideraba que se caracterizaban por “una casi total ausencia de criterios de orden y coherencia”.

En su exposición de motivos señala que la “presente Ley de Servicios Sociales pretende, ante todo, corregir los defectos de la situación actual. Se presenta, pues, como una ley básica, unitaria y coherente, que regula, en su globalidad, el campo entero de los servicios sociales y no un sector parcial de los mismos.”

Podemos destacar de la norma que analizamos, en lo que a nuestro estudio interesa, tres cuestiones fundamentales:

En primer lugar, es preciso indicar que la norma dispone de un título dedicado a la atribución de competencias.

Su artículo 6 establece que:

“El ejercicio de las funciones legislativas corresponde al Parlamento Vasco. La ejecución y el desarrollo normativo en materia de servicios sociales corresponden, de acuerdo con lo establecido en la Ley, a:

- a) El Gobierno
- b) Los Organos Forales
- c) Los Ayuntamientos, mancomunidades o entidades supramunicipales”.

Regula asimismo las competencias que se le atribuyen al Gobierno, órganos forales y ayuntamientos y entes supramunicipales. Así el artículo 8 de la ley 6/82 dispone que le corresponde al Gobierno Vasco, la planificación general de los servicios sociales, la determinación de prioridades y el establecimiento de niveles mínimos de las prestaciones con el fin de evitar desequilibrios territoriales.

En su disposición final, la ley 6/82 “autoriza al Gobierno para que proceda a transferir la propiedad o uso de los bienes y derechos afectos a los servicios y competencias que se atribuyen en la presente ley a las Diputaciones o Ayuntamientos”.

En segundo lugar, el artículo 5 de la ley establece los principios generales por los que se regirán los servicios sociales regulados por la ley y, por lo tanto, los servicios sociales de tercera edad.

Estos principios son los siguientes:

“1. *Responsabilidad de los poderes públicos.*

La prestación de los servicios sociales necesarios para lograr la integración de los individuos y de los grupos en la vida social es respon-

sabilidad de los poderes públicos, los cuales deberán proveer los recursos financieros, técnicos y humanos que permitan la promoción y eficaz funcionamiento de servicios sociales públicos, pudiendo la iniciativa privada sin ánimo de lucro colaborar en la prestación de tales servicios dentro del marco definido por aquéllos.

2. *Solidaridad.*

Los poderes públicos fomentarán la solidaridad como valor inspirador de las relaciones entre las personas y los grupos sociales en orden a superar las condiciones que dan lugar a situaciones de marginación.

3. *Participación ciudadana.*

Los poderes públicos fomentarán la participación democrática de los ciudadanos en la programación y control de los servicios sociales a través de los cauces que se establecen en la presente ley.

4. *Integración.*

Los servicios sociales tenderán al mantenimiento de los ciudadanos en su ambiente familiar y social o, en su caso, a su reinserción en el entorno normal de la comunidad, utilizándose, en cuanto sea posible, los canales normales de satisfacción de las necesidades sociales.

5. *Descentralización.*

La prestación de los servicios sociales, cuando su naturaleza lo permita, responderá a criterios de máxima descentralización, siendo el municipio su principal gestor y atendiendo a la comarca como el eslabón base de planificación.

6. *Planificación.*

Los poderes públicos planificarán la prestación de los servicios sociales coordinando sus actuaciones y las de la iniciativa privada sin ánimo de lucro, así como las de los diversos poderes públicos entre sí, con el fin de atender a las necesidades sociales en función de su demanda y evitar su tratamiento parcializado.

7. *Prevención.*

Los servicios sociales tenderán, no sólo a remediar las situaciones existentes de marginación, sino también y sobre todo a prevenir las causas que conducen a ellas.”

Por último, en lo que concierne estrictamente al área de tercera edad, el art. 3.4. considera como área preferente de actuación de los servicios sociales:

“El apoyo a la tercera edad mediante servicios tendentes a mantener al anciano en su entorno social, a promover su desarrollo socio-cultural y, en su caso, a *procurarle un ámbito residencial adecuado*”.

La ley 6/1982 tiene el valor de toda norma pionera en una materia, en cuanto que sirve para desbrozar las dificultades de acercamiento a la situación real del ámbito que regula, así como para colmar los vacíos normativos existentes en ese campo, pero a su vez, tiene el inconveniente de no poder contemplar las situaciones que se van creando por el propio desenvolvimiento de la realidad sobre la que se proyecta la norma, lo que suele exigir adaptaciones de la misma *a posteriori*.

Resulta obligado constatar la existencia de tres hitos importantes posteriores a esta norma, dos de ellos normativos, que afectan de manera directa a la materia regulada por la ley 6/1982, y que hacen obligado el planteamiento de la necesidad ineludible de revisar la actual ley.

Primeramente debemos señalar que la posterior promulgación de la Ley 27/1983, de Relaciones entre Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma y los Organos Forales de sus Territorios Históricos, más conocida como Ley de Territorios Históricos, incide de manera directa en el título II de la ley 6/1982 que regula "la atribución de competencias", título que habría que entender derogado en lo que se oponga a las previsiones de la LTH, norma posterior en el tiempo.

En segundo lugar, la promulgación de la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local (LRBRL) de 1985 incide asimismo en la distribución de competencias en materia de servicios sociales.

Por último, en la década transcurrida desde la entrada en vigor de la ley 6/1982 y el momento actual, se ha dado un esfuerzo muy importante de los poderes públicos en el desarrollo de los servicios sociales en general y de la tercera edad en particular, así como una conformación del concepto del derecho a la asistencia social superador de viejas reminiscencias de concepciones de beneficencia. Se ha producido además una generalización de la regulación autonómica en materia de asistencia social, que con distintas voces -servicios sociales, acción social, bienestar social- han regulado esta materia en la práctica totalidad de las comunidades autónomas.

El nuevo marco normativo -LTH y LRBRL-, así como los cambios importantes producidos en el ámbito de la asistencia social, y especialmente en el de la tercera edad, aconsejan una modificación de la actual Ley 6/1982 de Servicios Sociales adaptando la regulación de la atribución de competencias a la nueva situación normativa.

Lógicamente estas puntualizaciones no se realizan por un mero afán academicista, ni menos aún por un intento de mediatizar la actividad legislativa del Parlamento Vasco, algo que excedería de las funciones del Ararteko, sino más bien se pretende, en base a la función promocional del derecho que la propia ley 3/1985 atribuye a esta institución del Ararteko, recomendar, por un respeto al principio de seguridad jurídica, la delimitación del ámbito competencial en esta materia a la luz de las nuevas normas que han incidido en la misma, en la medida en que resulta de capital importancia para un correcto cumplimiento de la prestación del servicio público que afectará claramente a

los usuarios de los servicios sociales, y más en concreto a los residentes en centros de tercera edad.

El principio de coordinación, concepto jurídico que se ha ido definiendo a partir de una copiosa jurisprudencia, jugará un papel clave, como sistema de cierre del reparto competencial en esta materia.

Además de la adaptación normativa de índole competencial señalada, se hace preciso abordar algunas modificaciones dirigidas a establecer un auténtico marco de garantía de los derechos de los usuarios que se explicitarán en el capítulo 4.6. del presente informe.

C) El Gobierno Vasco, en ejercicio de la potestad reglamentaria correspondiente, dicta el Decreto 218/1990 de 30 de julio, sobre los Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad. La propia exposición de motivos declara que “el sistema público de servicios sociales es uno, el previsto en la ley, y en su normativa de desarrollo, pero su gestión podrá realizarse tanto por entidades públicas como por instituciones privadas”.

El objeto del decreto en palabras de su propia exposición de motivos es “la definición global del sistema de servicios sociales residenciales para la tercera edad, la incardinación en el sistema de servicios de las Administraciones Públicas del País Vasco, con competencia en la materia, la regulación concreta de dichos servicios y de la intervención de la iniciativa privada en la prestación de los mismos”, señalando que además pretende “marcar unos mínimos materiales y de funcionamiento de los servicios sociales residenciales para la tercera edad con el fin de garantizar el normal ejercicio de sus usuarios”.

Establece, además, unos requisitos necesarios para garantizar la asistencia adecuada según los criterios previstos en el decreto, basándose en la técnica administrativa de la autorización.

El decreto dispone de unos anexos de condiciones de calidad acreditativas, en las que se disponen los requisitos que deberán cumplir los centros residenciales, las cuales se desgranar de manera exhaustiva de acuerdo con las especificaciones técnicas necesarias.

Sorprende que habiendo sido Euskadi la primera comunidad autónoma en normativizar la materia de servicios sociales en 1982, sin embargo, hasta 1990 no regulase los servicios sociales para la tercera edad, cuando ya seis comunidades autónomas habían dictado sus correspondientes normas al respecto (Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid).

Ello motivó que el propio Defensor del Pueblo en su informe sobre la situación de las residencias públicas y privadas de tercera edad emitiese a la Consejería de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco la recomendación de “que se valore la oportunidad y conveniencia de elaborar y aprobar o, en su caso, elevar al órgano competente para su aprobación normas que abarquen, al menos, los aspectos contemplados en la Recomendación de carácter general nº 2 que dice que:

“Con el fin de garantizar la adecuada atención a los residentes, todas aquellas Comunidades Autónomas que carecen aún de una normativa sobre esta materia deben elaborar y aprobar con urgencia normas aplicables a las Residencias privadas de la tercera edad, que abarquen, al menos, los siguientes aspectos: autorización de apertura, modificación, traslado y cierre; condiciones mínimas materiales y funcionales; régimen de precios; derechos de los usuarios y obligaciones en relación con la prestación de los servicios; inspección; infracciones y sanciones.”

Estas cuestiones han sido incorporadas con mayor o menos fortuna y extensión al decreto 218/1990 que ahora analizamos.

Con carácter general, la aprobación de este tipo de decretos en el resto de las comunidades autónomas ha sido recibido entre las personas relacionadas con el sector asistencial con un cierto grado de escepticismo y con acusaciones de ser más un catálogo de buenas intenciones que normas adecuadas a la situación real existente, ante la evidencia de que, dado el déficit de oferta asistencial existente, no podría plantearse siquiera la posibilidad de cierre de residencias por incumplimiento de las condiciones mínimas exigidas. En el mejor de los casos se considera que plantean unos requisitos adecuados pero que resultan muy difíciles de cumplir.

El decreto 218/1990, de 30 de julio, no ha sido ajeno a esta percepción, y también nació con la consideración por parte de muchas de las personas relacionadas con este sector asistencial de que las condiciones de calidad acreditativas, concebidas además como condiciones mínimas, son de muy difícil cumplimiento en su globalidad por la práctica totalidad de las residencias que conforman el sistema público de servicios sociales, independientemente de cuál sea su titularidad.

Una norma que se dicta con estas perspectivas nace realmente lastrada en cuanto a la posibilidad de cumplimiento de las condiciones materiales y funcionales exigidas.

Ello no obstante, no podemos olvidar que las administraciones públicas deben servir con objetividad los intereses generales con sometimiento pleno a la Ley y al Derecho (art. 103.1 CE).

El decreto 218/1990, en la medida en que está vigente, obliga a los poderes públicos a su cumplimiento, los cuales sin embargo, podemos afirmar que han convertido en “papel mojado” gran parte de su articulado. El decreto establece una completa regulación del régimen de autorización administrativa, así como de la correlativa regulación del sistema de inspección sobre el cumplimiento de la normativa prevista en el presente decreto.

Ninguna de las diputaciones forales ha desarrollado en sentido estricto, “en sus respectivos territorios históricos, las funciones de vigilancia y cumplimiento de la normativa prevista en el presente decreto, a través de la correspondiente actividad inspectora” (art. 17 del decreto 218/1990, de 30 de julio), aun cuando en Bizkaia se realizan unas mínimas funciones de inspección.

En consecuencia, no se han cumplido las funciones básicas de inspección en su vertiente de “velar por el respeto de los derechos de los residentes de los servicios residenciales para la tercera edad” y de “controlar el cumplimiento de los niveles de calidad especificados en el anexo I”, funciones inspectoras que, a nadie se le escapa, tienen un evidente carácter garantista de la situación de los usuarios de los centros de tercera edad.

No tenemos constancia de que el Departamento de Trabajo y Seguridad Social haya puesto en marcha la alta inspección “sobre el cumplimiento de la normativa por las administraciones públicas competentes” que prevé el artículo 5.4 del referido decreto.

Tampoco nos consta que hayan sido puestos en marcha los respectivos Registros de los servicios residenciales para la tercera edad, cuya creación se contempla en el decreto para cada territorio histórico, ni el Registro general de servicios residenciales para la tercera edad, adscrito al Departamento de Trabajo y Seguridad Social, pese al marcado carácter garantista con que están concebidos estos registros.

Por ello se hace necesario un ineludible cumplimiento por parte de las administraciones públicas de los preceptos citados, que se materializan de la siguiente manera:

1. Puesta en marcha, por parte de las respectivas diputaciones forales, de los servicios de inspección necesarios para dar cumplimiento a las funciones de vigilancia reglamentariamente atribuidas.
2. Puesta en marcha, por el Departamento de Trabajo y Seguridad Social, de “la Alta Inspección sobre el cumplimiento de la normativa por las Administraciones Públicas competentes”.
3. Regulación, por parte de las diputaciones forales, de la estructura y funciones de sus respectivos registros de servicios sociales para la tercera edad.
4. Creación efectiva, por parte del Departamento de Trabajo y Seguridad Social, del Registro general de servicios residenciales.
5. Funcionamiento efectivo de la comisión de acreditación de servicios residenciales para la tercera edad, como órgano administrativo de carácter consultivo en la materia.
6. Políticas de actuación de todos los poderes públicos competentes en la materia, dirigidas a que el cumplimiento de las condiciones de calidad acreditativas sean una realidad, que se concretarían:
 - a) En el ámbito de las residencias propias de titularidad pública, en la dotación presupuestaria necesaria para hacer efectivas las condiciones exigidas y corregir las deficiencias existentes.
 - b) En el ámbito de las residencias privadas sin ánimo de lucro, en una política adecuada de ayudas económicas que sirvan para corregir los incumplimientos existentes.
 - c) En el ámbito de las residencias privadas con ánimo de lucro, en la exigencia del cumplimiento de las condiciones referidas, en los pla-

zos previstos en las disposiciones 2ª y 3ª del decreto (5 años, susceptibles de ser prorrogados 3 años más).

- d) En el supuesto de residencia de nueva creación, en la utilización de la técnica administrativa de autorización, exigiendo rigurosamente el cumplimiento de las condiciones establecidas en el decreto.

Ni que decir tiene que el referido decreto, y muy especialmente sus anejos, se han convertido en un instrumento de trabajo imprescindible en orden a la realización del presente informe, como referencia ineludible a la hora de evaluar la situación de las residencias de tercera edad vascas.

En cuanto a los poderes públicos, que podemos considerar como sujetos prestadores del servicio, debemos indicar que en este decreto se establece que el sistema de servicios sociales es único, aunque su gestión puede realizarse tanto por las entidades públicas como por instituciones privadas. La titularidad de residencias públicas de tercera edad la detentan las diputaciones forales - además de los municipios-, ya que las residencias recibidas del INSERSO por la Comunidad Autónoma del País vasco fueron a su vez transferidas a los respectivos territorios históricos⁵.

D) Por otra parte, el Gobierno Vasco aprobó con fecha de 1990 el Plan Gerontológico de Euskadi, que en lo referente a la política de residencias de tercera edad contempla las siguientes previsiones:

1. Necesidad de que todas las residencias, tanto públicas como privadas, cumplan con aquellos requisitos mínimos que deben entenderse como acreditativos de los centros residenciales de tercera edad, salvaguardando así el derecho común de los ancianos.

⁵1. Mediante el Decreto 386/1987, de 30 de diciembre, de Traspaso desde las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma al Territorio Histórico de Alava de las funciones y servicios en materia de asistencia y servicios sociales prestados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), se transfirió la Residencia de Pensionistas sita en la calle Méjico, nº 11, de Vitoria (conocida como Residencia de Txagorritxu).

2. Mediante el Decreto 387/1987, de 30 de diciembre, de Traspaso desde las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma al Territorio Histórico de Bizkaia, se transfirió:

- La Residencia de Pensionistas sita en la calle Txomin Garat, s/n, de Bilbao (conocida como Residencia de Txurdinaga).

- La Residencia de Pensionistas sita en barrio Santimami, nº 20, de Lejona (conocida como Residencia de Leioa).

3. Mediante el Decreto 387/1987, de 30 de diciembre, de Traspaso desde las Instituciones Comunes de la Comunidad Autónoma al Territorio Histórico de Gipúzcoa, se transfirió:

- La Residencia de Pensionistas sita en la Plaza Euskalherria, s/n, de Tolosa (conocida como Residencia de Pensionistas).

- La Residencia de Pensionistas sita en Carretera de Arrate, s/n, de Eibar (conocida como Residencia de Pensionistas).

2. Necesidad de que las residencias sean mixtas, con estructura asistencial orientada tanto a válidos como a inválidos, dando prioridad a estos últimos.
3. Derivación de los ancianos válidos con problemas psicosociales hacia alternativas diferentes a la institucionalización habitual.
4. Coordinación en el capítulo sanitario y de bienestar social entre los diversos órganos (Gobierno Vasco, diputaciones forales) y entidades locales (ayuntamientos) con competencia en la materia.
5. La construcción de residencias cuya capacidad no supere las 70-100 plazas, y donde la mayor parte de las habitaciones sean individuales.

E) En conclusión, podemos decir que en base a la especial distribución competencial Comunidad Autónoma-Territorios Históricos, les ha correspondido al Parlamento y al Gobierno Vasco el ejercicio de la competencia legislativa y de desarrollo normativo de la materia de asistencia social y tercera edad.

Por otra parte, corresponderá a los territorios históricos la ejecución de la legislación autonómica en materia de "asistencia social", sin perjuicio de la acción directa de las instituciones comunes.

4.5.4. Especial referencia a la competencia de la Administración Local en materia de asistencia social

Constituye un lugar común la afirmación de que el ámbito local se manifiesta como el más adecuado para una actuación pública de asistencia social, y ello en base a la razón justificante de todo proceso de descentralización, cual es la proximidad de la instancia municipal a los problemas más inmediatos de los ciudadanos.

Así la propia exposición de motivos de la Ley 6/1982 de Servicios Sociales, del País Vasco, pone de manifiesto "los inconvenientes derivados de una fuerte tendencia a la centralización", afirmando que "el Ayuntamiento -el órgano administrativo más próximo al ciudadano- nada tiene que ver con los escasos servicios que presta la Administración Pública", indicando que "este centralismo tiene además como corolario la casi imposibilidad de arbitrar procedimientos de participación eficaz del beneficiario en los servicios que recibe".

Por ello, la misma exposición de motivos declara que:

"Con el fin de permitir una más eficaz participación del usuario en la planificación y control de los servicios, la Ley propugna una línea máxima de descentralización, haciendo del municipio o la comarca la unidad básica de servicios y facilitando así el acceso a ellos del ciudadano".

Esta declaración se plasma en el artículo 5.5 de la ley 6/1982, que establece que los servicios sociales regulados en la presente ley se regirán por el principio de descentralización, indicando que “la prestación de los servicios sociales, cuando su naturaleza lo permita, responderá a criterios de máxima descentralización, siendo el municipio su principal gestor y atendiendo a la comarca como el eslabón base de planificación”.

La ley dedica asimismo su capítulo IV a los ayuntamientos y entes supra-municipales.

Prevé además la participación de los ayuntamientos en los Consejos Territoriales de Bienestar Social, así como en el Consejo Vasco de Bienestar Social.

La promulgación de la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local, de 1985 va a incidir en el papel de los municipios en materia de asistencia social, y más en concreto en la asistencia a la tercera edad.

Así, en su artículo 2.1 dispone que “para la efectividad de la autonomía garantizada constitucionalmente a las entidades locales, la legislación del Estado y de las comunidades autónomas, reguladora de los distintos sectores de acción pública, según la distribución constitucional de competencias”, deberá asegurar a los municipios “su derecho a intervenir en cuantos asuntos afecten directamente al círculo de sus intereses, atribuyéndoles las competencias que proceda en atención a las características de la actividad pública de que se trate y a la capacidad de gestión de la entidad local, de conformidad con los principios de descentralización y de máxima proximidad de la gestión administrativa a los ciudadanos”.

La misma LRBRL en su artículo 25.2. k) establece que el municipio ejercerá, en todo caso, competencias en los términos de la legislación del Estado y de las comunidades autónomas en materia de prestación de servicios sociales, y en su artículo 26.1, que establece los servicios mínimos que deberán prestar los municipios, declara en su apartado c) que los municipios con población superior a los 20.000 habitantes estarán obligados a la prestación de servicios sociales.

El legislador básico del régimen local ha realizado una reserva material de actividades para los entes locales a través de la técnica de la obligación de la prestación de determinados servicios mínimos y de la reserva en favor de los entes locales de la prestación de servicios esenciales.

El propio texto de la ley califica como competencia municipal la prestación de los servicios mínimos, aun cuando prevé que pueda articularse a través de la propia colaboración intermunicipal mediante la suscripción de ciertos o convenios, o bien con la asistencia prestada por las diputaciones.

Podemos afirmar, por tanto, en base al concepto de servicios mínimos obligatorios, que el artículo 26 LRBRL garantiza a los municipios de población superior a los 20.000 habitantes competencia en la materia de prestación de servicios sociales, que deberá ser respetada por las legislaciones sectoriales autonómicas.

No han faltado municipios que han abordado, con anterioridad a esta previsión normativa, una decidida política de cobertura de las necesidades residenciales de tercera edad, como es el caso de Vitoria-Gasteiz, que recientemente incluso ha aprobado su propio plan gerontológico en 1992.

Esta política municipal permite, sin duda, junto con la ejercida por la Diputación Foral de Alava, situar a este territorio histórico a la cabeza de la oferta residencial en todo el Estado.

Por otra parte, debemos destacar que esta previsión normativa del artículo 26 LRBRL incide directamente en la regulación que la Ley vasca 6/1982 de Servicios Sociales realizaba en cuanto a la delimitación competencial de los municipios con respecto a la prestación asistencial, y que deberá contemplar su adaptación a la normativa básica de régimen local, tal y como han hecho en sus leyes de servicios sociales todas las comunidades autónomas, salvo la ley navarra y la de la Comunidad Autónoma de Madrid, anteriores a la LRBRL, como la vasca.

4.5.5. Conclusiones

Podemos afirmar, para concluir este apartado sobre el marco competencial de la prestación asistencial residencial para la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, en cuanto a definir cuáles son los poderes públicos que deberán cumplir el mandato constitucional de promover el bienestar de los ancianos, y más en concreto de prestar la asistencia residencial a la tercera edad, que serán los órganos forales de los territorios históricos, así como los municipios competentes de acuerdo con la LRBRL, los entes públicos que realicen la gestión pública del sistema de servicios residenciales de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

4.6. PROPUESTAS DE MODIFICACION NORMATIVA

4.6.1. Planteamiento general de la cuestión

Es preciso señalar que además de la adaptación normativa exigida por la promulgación posterior de la LTH y LRBRL, en lo referido a la atribución de competencia a la que acabamos de hacer referencia con anterioridad, será necesario introducir además algunas modificaciones que afectan a cuestiones que consideramos de trascendental importancia, en orden a establecer un auténtico marco garantista de los derechos de los usuarios de los servicios sociales, por tanto, también de los residentes en centros residenciales de tercera edad, y que sería conveniente que fueran abordados por una nueva ley

de servicios sociales y por su correspondiente desarrollo reglamentario relativo a la regulación de los servicios residenciales de tercera edad.

Previamente al análisis de estas cuestiones, resulta obligado resaltar que la exposición de las mismas se realizará de una manera básicamente enunciativa, ya que muchas de ellas afectan a buena parte de los fundamentos que conforman la propia entraña del Estado de Derecho, y que por ser algunos de los conceptos jurídicos de Derecho público que han hecho correr más ríos de tinta de la doctrina iuspublicista, sería inadecuado, por pretencioso y fuera de lugar en el estudio que se pretende, que se abordasen con un intento de tratamiento exhaustivo y globalizador, si bien lógicamente no podrán ser obviados por el legislador en el momento de acometer las reformas normativas demandadas.

Nos estamos refiriendo a cuestiones tan complejas y debatidas como la superación en el Estado Social de Derecho de la clásica división tripartita de la actuación administrativa, y la nueva conformación de la técnica autorizatoria como superadora de la estricta acción limitadora o de policía, de la práctica subvencional como limitadora o instrumento de control administrativo, o de la opción por la gestión indirecta de los servicios sociales como servicios públicos mediante la técnica de la concertación.

Hacemos alusión asimismo al estudio de la vigencia de una construcción conceptual como la de las relaciones de sujeción especial en el momento post-constitucional, a la luz de los pronunciamientos jurisprudenciales y doctrinales, y su incidencia en el marco de garantía de los derechos de los colectivos afectados por esta relación, así como en la formulación del régimen sancionador administrativo.

En relación con esto, deberá abordarse el estudio del propio Derecho administrativo sancionador como una manifestación de la potestad punitiva del Estado, o como una pretendida sustantividad propia del Derecho sancionador administrativo, así como la vigencia de los principios que informan el Derecho penal y su modulación en el ámbito del Derecho sancionador administrativo.

No podrá obviarse, en la determinación de un marco de los derechos de los usuarios de este tipo de servicios, el análisis de la vigencia de las garantías de protección de los derechos establecidos en general y más en concreto de la reserva de ley, o incluso el correcto tratamiento de la reserva de ley orgánica del artículo 81.1 en relación con el artículo 53.1 de la CE, en cuanto a posible límite material a la potestad legislativa de las comunidades autónomas respecto a los derechos fundamentales, ya que desde una interpretación restrictiva habría que entender que la nueva ley orgánica no puede limitar competencias atribuidas estatutariamente a las comunidades autónomas en materia de derechos fundamentales.

Todas estas cuestiones y muchas más simplemente serán esbozadas en algunos casos, en la medida en que se haga necesario para el desarrollo expositivo del presente informe, y en otras incluso obviadas en cuanto a explicita-

ción de las mismas, si bien la adopción de una propuesta implicará una previa toma de decisión al respecto.

4.6.2. Régimen de derechos y obligaciones de los usuarios de servicios sociales

Podemos afirmar que el ciudadano que ingresa en un centro asistencial público, y más en concreto, el anciano que ingresa en una residencia de tercera edad puede ser calificado como usuario de este servicios público, y debemos entender que nace una relación de sujeción especial frente a la administración prestadora.

La calificación como de sujeción especial o general de una relación no es indiferente, sino que de la misma se derivan importantes consecuencias jurídicas. Este concepto nacido en Alemania en la época de la monarquía constitucional, en un contexto de una estructura constitucional dualista, ha sufrido desde entonces una evolución importante y deberá culminar según la doctrina más avanzada con una integración plena de las relaciones de sujeción especial en los principios que inspiran la Constitución Española de 1978.

Desde que Gallego Anabitarte introdujo en nuestro país, a principios de los 60, esta vieja creación del Derecho alemán imperial, se han aceptado unas relaciones de la Administración con unos determinados sujetos sometidos a esta relación especial, que suponía una fuerte intervención administrativa limitadora de los derechos y no sometida al principio de reserva de ley.

La propia Constitución recoge la existencia de sujetos sometidos a estas relaciones de sujeción especial, tales como presos, funcionarios, miembros de las Fuerzas Armadas y Fuerzas de Seguridad.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha extendido a relaciones insospechadas el concepto de relación de sujeción especial, pese a las consecuencias restrictivas para los derechos que tal calificación supone.

Podemos afirmar, sin embargo, que a partir de la Constitución de 1978 hay que considerar que en la esfera de las relaciones especiales de sujeción también son válidos los derechos fundamentales, existe la reserva de ley y debe garantizarse en ese ámbito una protección jurisdiccional.

La jurisprudencia del Tribunal Constitucional ha situado dentro de los límites constitucionales las relaciones de supremacía especial, desde la consideración de que en las relaciones de especial sujeción los derechos fundamentales y la reserva de ley son válidos, si bien en esos ámbitos son posibles restricciones de esos derechos y una modulación del principio de reserva de ley.

Así en la STC 2/1987 de 21 de enero, una vez que declara que los presos están sometidos al ámbito de una relación de sujeción especial, manifiesta que su pertenencia a un colectivo sujeto a los estatus especiales implica que "la propia reserva de ley pierde parte de su fundamento material" (FJ 2), y que se produce una cierta relajación de la garantía de sus derechos fundamentales al afirmar que "el estatus queda modificado en el seno de una situación

especial de sujeción como la presente, de tal manera que en el ámbito de la institución penitenciaria, la ordenación del régimen al que quedan sometidos los internos no queda limitado por el ámbito de un derecho fundamental, que ha perdido ya, en ese ámbito específico, su contenido propio”.

Podemos afirmar, sin embargo, con la doctrina más autorizada -García Macho-, que cualquier colectivo sujeto a relaciones de sujeción especial goza del disfrute de los derechos fundamentales con carácter general, si bien éstos tienen que sufrir ciertas restricciones que normalmente vienen determinadas por la propia peculiaridad de cada estatus especial. La dificultad consiste en determinar la intensidad de la restricción del derecho.

En este sentido, la propia STC 2/1987 referenciada afirma que “también en las relaciones de sujeción especial sigue siendo aplicable el artículo 25.1 y obviamente el principio de legalidad del artículo 9.3 de la Constitución”, afirmando que “una sanción carente de toda base normativa legal devendría incluso en estas relaciones, no sólo conculcadora del principio objetivo de legalidad, sino lesiva del derecho fundamental considerado”.

En la STC 61/1990 de 29 de marzo, el Tribunal Constitucional mantiene que un reglamento independiente en el ámbito de una relación de sujeción especial no puede nunca restringir derechos fundamentales. Otra cosa es que se hubiera realizado a través de un reglamento ejecutivo.

Los derechos fundamentales tienen eficacia aun en la esfera de las relaciones de especial sujeción, y solamente pueden ser restringidos si la Constitución reconoce dichas relaciones y son necesarias para el funcionamiento eficaz de la institución concreta.

Podemos afirmar, por ello, que la declaración como relación de sujeción especial de las relaciones de los ancianos usuarios de residencias de la tercera edad, respecto a la administración prestadora, no justifica limitaciones injustificadas de los derechos de los usuarios, si bien estos derechos pueden sufrir ciertas restricciones que vendrían determinadas por la propia peculiaridad de esta relación. Además deberá considerarse como plenamente aplicable el derecho a la tutela judicial efectiva (artículo 24 CE), estando la actuación de la Administración sometida al control *a posteriori* por los tribunales.

Por ello, se considera necesario el establecimiento de una tabla de derechos y garantías de los usuarios de residencias de tercera edad.

En este sentido, la Ley de 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León, prevé en su artículo 19.2 *in fine* que “en cada centro existirá una carta de derechos y deberes de los usuarios”.

Por su parte, el artículo 3 de la Ley 8/1990, de 10 de octubre, de la Comunidad de Madrid, que regula las actuaciones inspectoras y de control de los centros y servicios de acción social, establece como derecho de los usuarios:

- “1. Acceder a los mismos y recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza o religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

2. A un trato digno por parte del personal del Centro o servicio como de los otros usuarios.
3. El secreto profesional de los datos de su historia sanitaria y social.
4. A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas.
5. A una asistencia individualizada acorde con sus necesidades específicas.
6. A la máxima intimidad en función de las condiciones estructurales de los Centros y servicios.
7. A que se les facilite el acceso a la atención social, sanitaria, farmacéutica, educacional, cultural y, en general, a todas las necesidades personales que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo psíquico-físico.
8. A cesar en la utilización de los servicios o en la permanencia en el Centro por voluntad propia.”

El decreto 81/1989 de 20 de junio, de Aragón, y el decreto 27/1987 de enero, de Cataluña establecen, a su vez, una tabla de derechos de los usuarios en sus artículos 35 y 26 respectivamente.

En el supuesto de la Comunidad Autónoma Vasca, la Ley 6/1982 de Servicios Sociales no contempla referencia alguna a los derechos de los usuarios.

Por su parte, el decreto 218/1990, en el artículo 8.1. d) establece como requisito necesario para la autorización “la garantía suficiente de los derechos de los usuarios”. El anexo I del decreto en su apartado A.8 declara:

“La asunción práctica de los principios operativos enunciados en el articulado del Decreto que, deberá implicar como mínimo las siguientes pautas concretas de comportamiento:

- Respeto escrupuloso de los derechos individuales de los residentes con especial referencia al derecho a la intimidad; a la no discriminación por razón de lugar de nacimiento, sexo, condición económica, opinión,...; ejercicio de la vida afectiva y sexual; libertad de expresión; derecho a un trato correcto; derecho al secreto profesional de los datos de su historial clínico y social.

- Libertad de tránsito (salidas y entradas) de los residentes.

- Régimen abierto de visitas que incluya la posibilidad, de acceso, dentro del debido orden, a las habitaciones de los residentes.

- Potenciación de la vida cultural, social y política de los residentes, salvaguardando en cualquier caso el legítimo pluralismo de opinión.”

La técnica jurídica utilizada resulta claramente deficiente y se considera necesario que la necesaria nueva Ley de Servicios Sociales contemplase una tabla de derechos de los usuarios de estos servicios, e incluso, como han pre-

visto las comunidades autónomas de Aragón y Cataluña en los decretos referenciados, una tabla de los deberes que tendrán que cumplir los centros y servicios asistenciales.

Asimismo, el decreto que regule las residencias de tercera edad deberá incorporar una tabla de derechos específicos de los usuarios de este tipo de centros.

4.6.3. El derecho al acceso a las residencias de tercera edad en relación con el principio de igualdad

Hemos comentado con anterioridad que la relación jurídica de asistencia residencial nace con el ingreso del anciano en un centro residencial de tercera edad.

Resulta de capital importancia, dado el manifiesto déficit de plazas residenciales, que el procedimiento de ingreso en el ámbito residencial se establezca con rigurosos criterios objetivos que impidan admisiones que resulten injustificadas y que, por tanto, vulneren el principio de igualdad.

El respeto al principio de igualdad deberá informar las reglamentaciones que regulan este acceso a los servicios residenciales, debiendo establecerse los requisitos de ingreso mediante normas de carácter general y público.

En este sentido, resulta interesante constatar el artículo 7 de la Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Cataluña, que establece:

“Los servicios del sector público y los promovidos por la iniciativa privada que reciban financiación pública estarán abiertos a todas las personas que reúnan las condiciones reglamentarias de beneficiarios, beneficiándose de los mismos en condiciones de igualdad. En cada caso deberá respetarse las prioridades determinadas por los objetivos, la dedicación, el ámbito y las características de cada entidad, servicio o establecimiento. El acceso a los servicios estará regulado por normas de carácter general y público, las cuales tendrán en cuenta los derechos específicos de los beneficiarios de la Seguridad Social.”

Sería deseable la inclusión de un precepto de este estilo en una futura ley de servicios sociales.

4.6.4. Los deberes de los usuarios de centros asistenciales

Ninguna de las leyes autonómicas sobre servicios sociales ni los reglamentos que las desarrollan han regulado los deberes de los usuarios, sino que normalmente vienen explicitados en los reglamentos internos de los centros.

Ello no obstante, el establecimiento de una tabla de deberes debería ir dirigido al respeto de los derechos del resto de usuarios ingresados en centros residenciales, en orden a conseguir una mejor convivencia.

En este sentido, puede ser ilustrativo el artículo 4 de la Ley 8/1990, de 10 de octubre, de la Comunidad de Madrid, sobre actuaciones inspectoras y de control de centros y servicios de acción social, que establece como obligación de los usuarios:

- Cumplir las normas determinadas en las condiciones generales de utilización de centros o servicios, primeramente aprobado por la Consejería de Integración Social.
- Observar una conducta basada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminados a facilitar una mayor convivencia.

Sería conveniente contemplar la posibilidad de introducir en las nuevas normas reguladoras un precepto en este sentido.

4.6.5. El Derecho administrativo sancionador en el ámbito de la relación jurídica de asistencia social residencial

Nos hemos referido con anterioridad a la utilización de la técnica autorizatoria como medio de acreditación del cumplimiento por parte de los servicios residenciales de los requisitos reglamentarios establecidos, lo que conlleva la necesidad de ejercer la función inspectora y, en última instancia, la adopción de medidas sancionadoras en los supuestos en que se dé un incumplimiento de los requisitos exigidos.

Nos encontramos, por tanto, con el régimen sancionador administrativo.

A la hora de abordar esta cuestión es preciso señalar que la potestad sancionadora de la Administración ha sido constitucionalizada (arts. 25.1 y 3. CE) y que el Tribunal Constitucional ha venido pronunciándose en distintas sentencias sobre su alcance.

Con carácter general, tanto la doctrina como la jurisprudencia contenciosa y constitucional han venido señalando la aplicabilidad del artículo 25 CE al régimen administrativo sancionador, en base a la identidad de principios que debe regir el Derecho punitivo general del Estado.

En este sentido, entre otras, la STC de 8 de junio de 1981 declara que “los principios inspiradores del orden penal son de aplicación, con ciertos matices, al Derecho administrativo sancionador, dado que ambos son manifestaciones del ordenamiento punitivo del Estado, tal y como refleja la propia Constitución (art. 25, principio de legalidad), hasta el punto de que un mismo bien jurídico puede ser protegido por técnicas administrativas o penales”.

El TC ha puntualizado el alcance que debe darse al principio de legalidad en este ámbito, y así su STC de 29 de marzo de 1990 declara que:

“Dicho principio comprendè una *doble garantía*: la primera, de orden material y alcance absoluto, tanto referida al ámbito

estrictamente penal como al de las sanciones administrativas, refleja la especial transcendencia del principio de seguridad jurídica en dichos campos limitativos y supone la imperiosa necesidad de *predefinición normativa de las conductas infractoras y de las sanciones correspondientes*, es decir, la existencia de preceptos jurídicos (*lex previa*) que permitan predecir con suficiente grado de certeza (*lex certa*) aquellas conductas y se sepa a qué atenerse en cuanto a la aneja responsabilidad y a la eventual sanción: la *segunda, de carácter formal*, relativa a la exigencia y existencia de una norma de adecuado rango y que este Tribunal ha identificado como ley en el sentido formal.”

En esta misma sentencia, se enumeran una serie de supuestos en los que la aplicación del principio de legalidad resulta susceptible de “minorización o de menor exigencia” entre los que se encuentran, las *situaciones llamadas de sujeción especial*, aunque matiza que incluso dentro de dicho ámbito, una sanción carente de toda la base legal devendría lesiva del derecho fundamental que reconoce el art. 25.1 CE.

Nos encontramos, por tanto, que nuevamente la consideración como relación de sujeción o supremacía especial de las relaciones entre la Administración y las residencias autorizadas y, más aún, con las residencias concertadas, tiene notables repercusiones jurídicas.

El TC afirma que en este tipo de relaciones “la referencia a la legislación vigente en el art. 25.1 tiene un alcance diferente” (STC de 21 de enero de 1987). Nuevamente, la ya citada STC de 29 de marzo de 1990 realiza una interpretación limitadora de la posibilidad de la Administración de eludir, en los supuestos de relaciones de sujeción especial, los principios que informan el Derecho administrativo sancionador. Esta sentencia, si bien admite restricciones a la aplicación del principio de legalidad, lo matiza diciendo que:

“una cosa es que quepan restricciones en los casos de sujeción especial y otra que los principios constitucionales (y derechos fundamentales en ellos subsumidos) puedan ser también restringidos o perder eficacia y virtualidad. *No se puede relativizar un principio sin riesgo de suprimirlo*. Y siempre deberá ser exigible en el campo sancionatorio administrativo (no hay duda en el penal) el cumplimiento de los requisitos constitucionales de legalidad formal y tipicidad como garantía de la seguridad jurídica del ciudadano. Otra cosa es que esos requisitos permitan una *adaptación -nunca una supresión- a los casos e hipótesis de relaciones Administración-administrados y en concordancia con la intensidad de la sujeción.*”

La reciente Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común de 1992, de carácter básico, establece, al regular el principio de legalidad como uno de los principios de la

potestad sancionadora, que “las disposiciones de este título no son de aplicación al ejercicio por las Administraciones Públicas de su potestad disciplinaria respecto del personal a su servicio y de quienes están vinculados a ellas por una relación contractual.” (art. 127.3). Lo que *a sensu contrario* quiere decir que el resto de relaciones de sujeción especial no previstas en este precepto, sí estarían sometidas a este principio de legalidad, sin que además introduzca matiz alguno a su vigencia.

En nuestra comunidad autónoma la Ley de Servicios Sociales de 1982 no contempla ninguna regulación sobre el Derecho administrativo sancionador.

Por su parte, el Decreto 218/1990, de 30 de julio, sobre los Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad, en su artículo 1. d) declara que los servicios sociales residenciales para la tercera edad estarán sujetos a una actuación administrativa de control e inspección, y “su consiguiente sanción en los supuestos de infracción de la normativa vigente aplicable”.

El artículo 8.2 del decreto señala además que “el inicio de actividades por parte del Servicio Residencial sin la debida autorización conllevará la imposición de las correspondientes sanciones administrativas”.

El artículo 14.1 del decreto 218/1990 señala asimismo que la falta de autorización o el incumplimiento de los requisitos que se establecen en el decreto “dará lugar, a través del correspondiente procedimiento administrativo, a la imposición de sanciones administrativas de acuerdo con la legislación vigente”.

A pesar de todas estas previsiones, no existe, sin embargo, una regulación expresa de régimen sancionador en este ámbito administrativo, por lo que se hace ineludible regular el régimen de infracciones y sanciones, de acuerdo con una doble garantía de exigencia de predeterminación en la norma de las conductas ilícitas y de las correspondientes sanciones (principio de tipicidad), y que esta regulación se realice en una norma con rango de ley (principio de reserva de ley), pudiendo estos principios ser modulados, por tratarse de una relación de sujeción especial, sin que sean desvirtuados.

El legislador autonómico podría optar por establecer una norma específica sobre el régimen de infracciones y sanciones en materia de servicios sociales, tal y como ha sido regulado, de una manera concreta y muy depurada por las comunidades autónomas de Madrid y Navarra (Ley 28/1990, de 10 de octubre, Reguladora de las Actuaciones Inspectoras y de Control de los Centros y Servicios de Acción Social, y Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre, sobre el Régimen de Autorizaciones, Infracciones y Sanciones en Materia de Servicios Sociales).

Se puede optar, sin embargo, como han hecho la mayoría de las comunidades autónomas que han regulado esta materia⁶, por incluir un título de infracciones y sanciones en la correspondiente ley de Servicios Sociales. Esta

⁶Arts. 31 al 33 de la ley de Andalucía; arts. 45 y 46 de la ley de Aragón; arts. 23 y 25 de la ley de Cataluña; arts. 37 al 41 de la ley de Castilla-León; arts. 33 al 35 de la ley de Extremadura; art. 35 de la ley de La Rioja y art. 26 de la ley de Valencia.

solución, si bien puede ser más sistemática, convendría que se abordase con el rigor jurídico de las leyes de Navarra y Madrid.

Otra cuestión distinta a la estudiada es el régimen sancionador administrativo aplicable a los usuarios de los centros residenciales.

Se puede constatar que en la realidad se producen actuaciones sancionadoras, *de facto*, a los residentes (por ejemplo, en supuestos de embriaguez, se castiga al residente con la prohibición de salidas externas durante unos días), sin que exista un régimen sancionador reglado.

Estamos nuevamente en presencia de una relación de supremacía especial entre la administración prestadora del servicio y los administrados, usuarios del mismo.

Obviamente, al abogar por que se establezca un régimen sancionador no se pretende reivindicar un sistema de castigos a los usuarios, sino, bien al contrario, ante la constatación de que éstos se producen, dotarlo del máximo de garantías.

Es por ello por lo que debería establecerse una tabla de infracciones y sanciones que permita a los residentes conocer qué conductas no son admisibles y la sanción que se deriva de la comisión de estas conductas.

Esta tabla de infracciones y sanciones debería ir dirigida a preservar los derechos de los demás residentes, en aras de una mejor convivencia y, además, estaría íntimamente unida al cumplimiento de los deberes regulados que se exijan a los usuarios de estos centros asistenciales residenciales para la tercera edad.



CAPITULO V

**EL SISTEMA DE RESIDENCIAS
DE TERCERA EDAD EN
LA COMUNIDAD AUTONOMA
DEL PAIS VASCO**

La prestación de servicios residenciales para la tercera edad se configura como un sistema único en el que, junto con la iniciativa pública, confluye la que proviene del ámbito privado, donde cabe distinguir, a su vez, entre la que tiene lugar sin ánimo de lucro y aquella otra cuya finalidad es mercantil. Tanto unas como otras están incluidas en el ámbito del decreto 218/1990, de 30 de julio.

Dentro de la acción pública, no todas las residencias son de titularidad de la administración actuante, y ello porque, a pesar de que, como se ha señalado, el sistema público es único, su gestión puede ser compartida con instituciones privadas, normalmente mediante la técnica de la concertación. Las fundaciones benéficas, antes de naturaleza privada, pero sometidas al protectorado de una administración que vigila el cumplimiento de la voluntad del fundador, se sitúan dentro de la iniciativa privada sin ánimo de lucro.

Por lo que respecta a la titularidad pública de las residencias, el predominio de una u otra administración -diputaciones forales, ayuntamientos- en su mayoría a través de institutos forales, institutos municipales o fundaciones públicas, varía de un territorio a otro.

Todas las residencias, integradas o no en el sistema público, entran dentro del ámbito del decreto 218/1990, de 30 de julio. En esta norma se prevé el funcionamiento de un registro de residencias, instrumento que resulta fundamental para el funcionamiento eficaz del régimen de autorizaciones de las mismas, igualmente regulado por el decreto 218/1990.

Sean unos u otros los motivos, el registro de servicios residenciales no ha visto la luz a los tres años de la publicación del decreto 218/1990.

Siendo uno de los objetivos de estos registros, tanto los territoriales como el general, que todas las actividades incluidas en el decreto estén sometidas a autorización previa, su falta de materialización dificulta el control de aquellos servicios irregulares, como pueden ser, por ejemplo, aquellos que, ocultándose bajo una presunta actividad hotelera, son en realidad residencias de ancianos clandestinas que, si bien pueden cumplir las condiciones técnicas generales, sin embargo no cumplirían los requisitos técnicos específicos necesarios para esta actividad. Lógicamente, no se computan, por carecer de datos para ello, este tipo de actividades que, si bien materialmente podrían considerarse como residencias, formalmente no lo son.

En cualquier caso, la Institución del Ararteko, en su deseo de recoger en el informe una lista de todas las residencias de tercera edad de la Comunidad Autónoma del País Vasco, se ha encontrado con las dificultades inherentes a

la ausencia de un registro público de servicios residenciales. La lista que se recoge ha sido elaborada depurando unas y otras referencias, y los errores que pueda recoger, si así ocurre, pueden estar motivados por la falta de un registro de residencias de tercera edad, cuya inexistencia es una de las consecuencias de la falta de aplicación que en muchos aspectos ha tenido el decreto 218/1990, de 30 de julio.

A falta de una fuente, como es un registro administrativo, pudiera suceder que alguno de los servicios que se relacionan haya dejado de funcionar con posterioridad a la elaboración de esta visitas, o incluso que alguno incumpla algunos requisitos básicos. Evidentemente, si ése fuera el caso, la inclusión de estos servicios entre los que se relacionan en este informe no constituiría ninguna acreditación de naturaleza distinta de aquella que derive del cumplimiento de los requisitos reglamentarios.

RELACION DE SERVICIOS RESIDENCIALES DE TERCERA EDAD EN ALAVA

<u>NOMBRE</u>	<u>MUNICIPIO</u>	<u>TITULARIDAD</u>
Res. S. Antón de Armuru	Amurrio	púb.
Piso protegido de Amurrio	Amurrio	púb.
Res. Fundación Alday	Ayala	priv.
Piso protegido de Campezo	Campezo	púb.
Res. S. Roque	Llodio	priv.
Res. de Salvatierra	Salvatierra	púb.
Res. Samaniego	Samaniego	púb.
Piso protegido de Espejo	Valdegovia	púb.
Res. Hermanitas de los Pobres	Vitoria-Gasteiz	priv.
Clínica Alava	"	priv.
Res. Sta. M ^a de las Nieves	"	púb.
Res. Arana	"	púb.
Res. Casa Aurora	"	púb.
Res. Los Molinos	"	púb.
Res. San Prudencio	"	púb.
Res. Los Arquillos	"	púb.
Res. Txagorritxu	"	púb.
Res. Juan Pablo I	"	priv.
Res. Ntra. Sra. Las Mercedes	"	priv.
Res. Sacerdotal San Antonio	"	priv.
Pensión Res. El Carmen	"	priv.
Guardería de Ancianos	"	priv.
Res. Purísima Concepción	Zuia	priv.

RELACION DE SERVICIOS RESIDENCIALES DE TERCERA EDAD EN BIZKAIA

<u>NOMBRE</u>	<u>MUNICIPIO</u>	<u>TITULARIDAD</u>
Res. Gallarta	Ab. y Zierb.	púb.
Ntra. Sra. del Soçorro	Ab. y Zierb.	priv.
Res. Fundación Bolivar	Areatza	priv.
Res. León Trucios	Balmaseda	priv.
Res. Fundación Miranda	Barakaldo	priv.
Res. Barrikabarri	Barrika	priv.
Fundación Asilo Elorduy	"	priv.
Res. de Ancianos Basauri	Basauri	púb.
Caserío Agirretxu	Berango	priv.
Res. Sancti-Spiritus	Bermeo	púb.
Res. Reina de la Paz	Bilbao	priv.
Res. Siervas de Jesús	"	priv.
Res. Conde Aresti	"	priv.
Res. V. Emilia F. Urioste	"	priv.
Sta. y Real Casa de Misericordia	"	priv.
Inst. Beneficencia Sgdo. Corazón	"	priv.
Res. de Txurdinaga	"	púb.
Res. Mi Casa Herm. de los Pobres	"	priv.
Piso Res. Cruz Roja	"	priv.
Residencia Larrazabal	"	priv.
Centro Geriátrico Abando	"	priv.
Res. Venerables Sacerdotes	"	priv.
Casa Sacerdotal Ntra. Sra. Carmen	"	priv.
Clínica Anduiza	"	priv.
Clínica Mupag-Previsión	"	priv.
Hogar Los Rosales	"	priv.
Res. de Berastegi	"	priv.
Hogar Bizkaiko Andra Mari	"	priv.
Res. Campuzano	"	priv.
Res. La Milagrosa	"	priv.
Res. Geriátrica Labayru	"	priv.
Res. Ntra. Sra. Begoña	"	priv.
Res. Revilla	"	priv.
Res. Nicolás de Arretegi	Busturia	priv.
Res. Zelaiondo	"	priv.
Res. Ntra. Sra. Desamparadas	Carranza	priv.
Sto. Hosp. Casa Misericordia	Durango	púb.
Inst. Benéfico Aboitiz	Ea	priv.
Res. Elorrio	Elorrio	púb.
Res. Hogar S. José Erandio	Erandio	púb.

Res. Zurimendi	Galdames	priv.
Res. Bihotz Alai	Gamiz-Fika	priv.
Res. Calzada	Gernika	priv.
Res. S. José	"	priv.
Res. Sagrado Corazón de Jesús	Getxo	púb.
Res. San Esteban 1	"	priv.
Res. San Esteban 2	"	priv.
Mini Res. Sta. María	"	priv.
Res. Andra Mari	"	priv.
Res. Beato Domingo Iturrate	"	priv.
Sto. Hospital Gordexola	Gordexola	púb.
Res. Geriátrica Bizkaia	Leioa	priv.
Res. Asistida de Leioa	"	púb.
Clínica Dr. Luis Sánchez R.	"	priv.
Res. Uribarren Abaroa	Lekeitio	priv.
Res. San Roke	Markina	púb.
Res. Jesusen Bihotza Etxea	Mundaka	priv.
Res. Geure Etxea	"	priv.
Res. San José Etxe Alai	Mungia	púb.
Res. San José de Larrauri	"	priv.
Res. La Alegría	Muskiz	priv.
Res. Hospital Pobeña	"	priv.
Res. Municipal Ondarroa	Ondarroa	púb.
Res. Municipal Orduña	Orduña	púb.
Res. Municipal Otxandio	Otxandio	púb.
Hospital Asilo S. Juan Bautista	Portugaleta	priv.
Res. Ntra. Sra. Begoña	Santurtzi	púb.
Res. J. Ellacuría Larrauri	Sestao	púb.
Res. Bizi Berria	Sopuerta	priv.
Res. Avellaneda	"	priv.
Res. Ancianos de Zalla	Zalla	púb.
Res. Eusebio Aldecoa	Zeberio	púb.

RELACION DE SERVICIOS RESIDENCIALES DE TERCERA EDAD EN GIPUZKOA

<u>NOMBRE</u>	<u>MUNICIPIO</u>	<u>TITULARIDAD</u>
Res. A.S.J. Bautista	Andoain	púb.
Res. Urrats Gain	Aretxabaleta	púb.
Res. A. Iturbide	Arrasate	púb.
Piso protegido de Astéasu	Asteasu	púb.
Res. A. S. José	Azkoitia	púb.
Res. A. S. Martín	Azpeitia	priv.

Res. Arangoiti	Beasain	púb.
Res. Mizpirualde	Bergara	púb.
Res. Santiago	Billabona	púb.
Res. Ntra. Sra. La Paz	Donostia-SS	priv.
Res. Mi Casa Herm. de los Pobres	"	priv.
Res. Zorroaga	"	priv.
Res. S. José	"	priv.
Res. Alai Etxe	"	púb.
Res. S. Rafael	"	priv.
Pisos Protegidos Intxaurreondo	"	púb.
Res. Beriyo	"	púb.
Res. Sacerdotes Ancianos	"	priv.
Res. Julián Rezola	"	priv.
Colegio S. Rafael	"	priv.
Res. Hermano Gárate	"	priv.
Res. Ancianos de Eibar	Eibar	púb.
Piso protegido de Eibar	Eibar	púb.
Res. Fund. Púb. S. Andrés	Eibar	púb.
Res. S. Lázaro	Elgoibar	púb.
Res. Ntra. Sra. de las Mercedes	Eskoriatza	priv.
Res. Sta. M ^a Magdalena	Hernani	púb.
Res. S. Gabriel	Hondarribia	priv.
Res. Municipal de Irun	Irun	púb.
Res. Inmaculada	Irun	priv.
Pisos protegidos de Irun (2)	Irun	púb.
Piso protegido de Lasarte	Lasarte-Orio	púb.
Res. Sta. Cruz	Legazpia	priv.
Res. S. Miguel	Mutriku	púb.
Res. Petra Lekuona	Oiartzun	púb.
Res. S. Martín	Oñati	púb.
Res. S. José	Ordizia	púb.
Res. Municipal de Pasaia	Pasaia	púb.
Res. Municipal de Rentería	Rentería	púb.
Res. S. Juan y Magdalena	Segura	priv.
Ntra. Sra. de la Merced	Soraluze	priv.
Res. Yurreamendi	Tolosa	púb.
Res. de Tolosa	Tolosa	púb.
Mini Res. Ugarte-Usurbil	Usurbil	priv.
Res. Sta. Ana	Zarautz	púb.
Res. S. Juan	Zestoa	priv.
Res. S. Juan	Zumaia	púb.
Res. Faustino Orbegozo	Zumarraga	púb.

CAPITULO VI

**EVALUACION DE LAS RESIDENCIAS
DE TERCERA EDAD
SELECCIONADAS A LOS EFECTOS
DEL PRESENTE ESTUDIO**

6.1. APLICACION DE INDICADORES DE ESTRUCTURA Y PROCESO

6.1.1. Aplicación de indicadores de estructura y proceso a las residencias seleccionadas

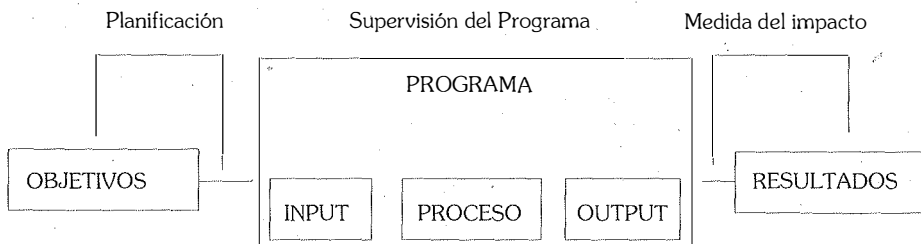
En este apartado se exponen los resultados de la aplicación de una lista exhaustiva de indicadores de calidad, clasificados en dos grandes bloques, estructura y proceso, tomando como base un modelo ampliamente utilizado en la industria para controlar la calidad de los sistemas de producción, que se está incorporando progresivamente a los servicios de salud y a los servicios sociales.

Según este modelo, en realidad las variables relacionadas con cualquier sistema productivo pueden ordenarse en tres grandes grupos: las correspondientes al *input* o estructura, al proceso y al *output* o producto. Sin embargo no se presentan en este apartado más que los dos primeros, dado que los resultados, difíciles de esquematizar, se incorporan al análisis general.

En el *input* se incluye el conjunto de recursos materiales, humanos y financieros que intervienen en el sistema. Se denomina proceso a la utilización práctica de los recursos en aras de la obtención de determinados productos o, si se quiere, a la transformación del *input* en *output*. Finalmente, el *output* es el resultado del sistema que organiza y utiliza las inversiones. Existe además un cuarto elemento, el *outcome* o impacto de los resultados; que aquí no es considerado.

Cada uno de estos elementos se puede valorar por separado, y las medidas para mejorar la calidad del sistema se pueden orientar, según los objetivos *-outcome-*, hacia nuevas inversiones en recursos *-input-* o hacia el procedimiento de utilización *-process-*.

COMPONENTES DE LA EVALUACION



No cabe duda de que una residencia de ancianos puede considerarse como un sistema de producción de servicios cuyo fin es mejorar la calidad de vida de los residentes. En este caso se consideran *input*, o estructura del servicio, las condiciones físicas del edificio, su ubicación, equipamiento, ratios de personal-residente, cualificación de los trabajadores y los diferentes procedimientos que sirven de soporte a la organización del sistema.

Tradicionalmente, los estándares y normas de acreditación se han descrito en términos de *input*. Los *input* son en su mayoría elementos tangibles que, según se ha dicho, resultan relativamente fáciles de valorar y, aunque es evidente que determinan muy directamente la calidad del servicio, no garantizan por sí solos la idoneidad de los resultados.

El proceso, es decir, la utilización práctica de los recursos, tanto materiales como intelectuales, se traduce en el conjunto de actividades, cuidados, procedimientos, actitudes, fórmulas de atención y programas que se desarrollan en una residencia.

La búsqueda y establecimiento de estándares y normas de acreditación a este segundo nivel resulta mucho más complicado que a nivel de *input*.

Por lo que se refiere al tercer nivel, debemos señalar que resulta complicado distinguir entre el producto del servicio y el impacto que produce en el usuario, ya que en definitiva una actitud *-output-* no es otra cosa que el efecto que produce en la persona *-outcome-*.

En consecuencia, consideramos como productos o resultados el nivel de satisfacción de los usuarios, su calidad de vida o el clima social -tanto desde el punto de vista de los residentes como del personal y de los observadores-, a pesar de que en un sentido estricto no sean sino la medida del impacto en los usuarios, es decir, la consecuencia de dichos productos o resultados.

Insistimos en que si el buen logro de cierto nivel de objetividad no es imposible en el caso de los indicadores de *input*, resulta más difícil a la hora de tratar de valorar procesos, y prácticamente imposible a la hora de valorar los resultados, ya que, según se ha señalado también, no dependen exclusivamente, a veces tampoco directamente, de la calidad de la atención, máxime si se mide a través del grado de satisfacción de los residentes.

Debido a la dificultad de presentar de forma esquemática las opiniones de todos los residentes y trabajadores entrevistados, sus comentarios se hallan incorporados en el texto del apartado correspondiente al análisis general y en los gráficos SCES (Clima social) del MEAP.

Como se ha señalado al tratar de los aspectos metodológicos, la base del listado de indicadores procede del *Homes are for Living in* -HAFLI¹-, método de evaluación cualitativo elaborado en el Reino Unido por el Social Services Inspectorate del National Health Service, que propone el análisis de la calidad de vida y de la calidad de la atención a través de seis valores básicos: satisfacción, dignidad, privacidad, independencia, libre elección y derechos de los usuarios.

¹Carrington, D., Clough, M. y col. *Homes are for living in*. Londres: HMSO, 1989.

Al citado método se le han añadido indicadores procedentes de otros procedimientos de evaluación y del vaciado de la literatura general existente en los fondos del Centro de Documentación y Estudios SIIS. Como ha sido señalado también, la mayor aportación se debe, de todas formas, al método francés *Evaluation de la qualité de vie dans les structures d'hébergement pour personnes âgées* de Dupont, Hervy y Lyon², al MEAP, que se aplica también de manera independiente, a las recomendaciones del documento *Coping with mental frailty* del Centre for Policy on Ageing³ y varios de los estándares del decreto 218/1990⁴.

Se propone la lectura de los resultados de la aplicación de los indicadores sin comentario añadido, por ser en sí misma suficientemente elocuente, si bien, en el apartado correspondiente, serán utilizados para enriquecer el análisis general y las conclusiones del estudio.

Cabe señalar por último que la visión que ofrecen la mayoría de los indicadores utilizados es subjetiva, por lo que, en numerosos casos, la interpretación del evaluador puede ser discutible. En efecto, confirmar la existencia o constatar la ausencia de pasamanos en las habitaciones, o de detectores de humo o de barreras arquitectónicas, sin cometer errores de interpretación graves, puede resultar más o menos sencillo, pero no puede decirse lo mismo en lo referente a otros indicadores, especialmente cuando tratan de aprehender aspectos menos materiales.

Así pues, las apreciaciones en torno a la corrección en el trato, o a las limitaciones de la libertad personal, e incluso a otros aspectos que dada su relatividad resultan igualmente difíciles de juzgar -olores, estado del mobiliario, comodidad de las instalaciones- pueden ser discutibles en muchos casos, pero responden siempre a un deseo de objetividad y han sido realizadas con entera libertad de criterios.

Por otra parte, no todos los indicadores tienen el mismo valor en todos los establecimientos, ni la presencia o ausencia de los elementos que determinan algunos de ellos constituyen en sí mismas una garantía de calidad, por lo que es preciso interpretarlos de una manera ponderada. En efecto, la ausencia de una sala de rehabilitación o la falta de personal de recepción no tiene la misma importancia en una residencia grande que en una pequeña, e incluso la existencia de servicio de megafonía puede perjudicar la calidad de vida -proporcionando un clima de vestíbulo de estación- si no es de buena calidad o no se utiliza adecuadamente. En su conjunto, y al margen de cuestiones de detalle, el listado de indicadores adjunto determina con suficiente claridad los puntos débiles, y los fuertes, de la estructura y el proceso de la atención de las residencias analizadas.

6.1.2. Situación de las residencias estudiadas a través de indicadores de estructura y proceso

²Dupont, A., Hervy, M.D., Lyon, N. *Evaluation de la qualité de vie dans les structures d'hébergement pour personnes âgées*. Paris: Fondation Nationale de Gérontologie, 1988.

³Hodkinson, J. *Home work: Booklet No. 7. Coping with mental frailty*. Londres: Centre for Policy on Ageing, 1988.

⁴Decreto 218/1990, de 30 de julio, sobre los Servicios Sociales Residenciales para la Tercera Edad. BOPV n° 175, de 31 de agosto de 1990.

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Aava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
Calidad de la Estructura (INPUT)													
Entorno Físico													
Ubicación													
1. Ubicado en zona no periférica								x	x	x	x	x	x
2. Edificio aislado del exterior	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
3. Terrenos anexos aislados del exter.	x	x		x	x	x		x	x		x	x	
4. Zona sin especial riesgo de delincuencia	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5. Zona no especialmente ruidosa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Zona sin mucha intensidad tráfico	x	x	x		x		x			x			
7. Recursos comunitarios básicos accesibles (< 400 m.)								x	x	x	x	x	x
8. Parada transp. público a < 400 m.	x	x	x	x		x		(1)	x	x	x	x	x
9. Alrededores iluminados	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x
10. Vista exterior atractiva desde las ventanas	x		x	x			x	x	x				x
Accesos													
11. Aparcamientos reservados para personas con minusvalías	x												
12. Aparcamiento visitantes y personal	x	x	x		x	x		x				x	
13. Acceso sin escaleras	x	x	x	x				x	x			x	x

(1) No hay transporte urbano, la villa es pequeña

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clinica Alava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
14. Rampa accesoria si la entrada principal tiene escalera	(2)	(2)	(2)	(2)		x		(2)	(2)			(2)	(2)
15. Apertura automática puerta entrada	x												
16. Area de recepción y recepciónista	x	x			x	x			x			x	x
17. Area de vestíbulo	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x
18. Reloj en el área de entrada		x							x	x	x	x	
Areas comunes													
19. La superficie total de las áreas de esparcimiento es mayor que la exigida por el Decreto	x	x	(3)	x	x	x		x	(3)		(3)	x	
20. El comedor tiene una superficie mayor que la exigida por el Decreto (2,5 m ² /residente)			(3)		x	x	x		(3)		(3)	x	
21. Los residentes pueden hacer uso de un teléfono en privado	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
22. Hay por lo menos un teléfono con controlador de intensidad													
23. La superficie es antideslizante en escaleras y rampas	x				x		x					x	x
24. Existen ayudas para la orientación en pasillos o plantas	x							x	x				
25. En la puerta de las habitaciones están escritos los nombres de los residentes	x							x	x			x	x

(2) La entrada principal carece de escalera

(3) La institución no ha proporcionado este dato

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Alava	Caserio Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
26. Cuenta como mínimo con una sala de estar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
27. En la sala de estar hay mesas para escribir			x				x		x	x		x	x
28. Existe material de lectura dispo.	x		x	x	x			x	x	x	x	x	x
29. Dispone de al menos una sala de estar tranquila			x		x	x			x	x		x	
30. Hay una biblioteca de la cual se pueden tomar libros prestados	x		x		x			x	x		x		x
31. Existe un tablón de anuncios	x		x		x			x	x			x	x
32. Hay una lista con los nombres y fotos del personal en lugar visible													x
33. Hay una lista con los nombres y fotos de los residentes													x
34. Cuenta con un sistema de megafonía	x	x	x	x	x	x		x	x			x	x
35. Existe un área de cocina donde el residente puede hacer un café y recibir invitados							x		x		x	x	
36. Hay alguna máquina de dulces o bebidas	x	x	x			x			x				x
37. Hay un lavadero para uso de los residentes		x	x										
38. El número y tipo de extintores es el que exige el Gobierno Vasco	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
39. Hay luces de emergencias en los pasillos	x	x		x	x	x	x	x	x			x	x

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Alava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
54. El edificio y los muebles están en buenas condiciones			x		x	x	x	x	x		x	x	x
55. La iluminación es suficiente en todas las áreas	x		x		x	x	x	x	x		x		x
Habitaciones													
56. La superficie de las habitaciones es mayor que la requerida por el Decreto (h.d. 20 m ²) (4)	x (5)	x (5)	x		x (5)	x		x	x (5)				x
57. Se permite poner cuadros en las paredes de la habitación		x	x		x	x	x	x		x			x
58. Hay suficiente luz para leer en las habitaciones	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
59. La calefacción es controlable desde las habitaciones	x		x					x	x		x	x	x
60. Las habitaciones disponen de teléfono								x					
61. Hay habitaciones adaptadas para personas que usan sillas de ruedas								x					x (6)
62. Hay pasamanos en las habitaciones													
63. Hay detectores de humo	x					x		x	x			x	x
64. Existen timbres en todas las habitaciones	x	x	(7)	x	x	x		x	x	x	x	x	x

(4) La superficie requerida por el Decreto es de 9-20 m² para habitaciones individuales y de 15-25 m² para las dobles

(5) Los estándares se cumplen para las habitaciones individuales y dobles pero también hay habitaciones múltiples

(6) En la zona de enfermería

(7) En Zorroaga algunas habitaciones sí disponen de timbre

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Alava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
65. Se puede apreciar alguna variación en el diseño y decoración de las habitaciones				x			x			x			x
66. Se aprecia cierta personalización en las habitaciones							x			x			x
67. Las habitaciones se pueden cerrar con llave			x		x						x	(10)	x
68. No puede observarse el interior estando la puerta cerrada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
69. En las habitaciones múltiples el mobiliario está dispuesto para reforzar la privacidad										x			(8)
70. Cada residente dispone, como mínimo, de los muebles establecidos en el Decreto del G.V. (9)			x				x	x		x			x
71. Todas las habitaciones tienen, por lo menos, una ventana			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
72. Los armarios y los cajones se pueden cerrar con llave			x		x	x		x	x		x	x	x
73. En todas las habitaciones hay antena de TV		x	x		x	(10)		x	x		x	x	x
74. Existen "luces de sueño" o puntos luminosos permanentemente encendidos	x	x		x		x	x	x	x			x	x
75. Hay espacios para recibir visitas								x				x	x

(8) Las habitaciones dobles están ocupadas por matrimonios

(9) Los muebles exigidos por el Decreto de Acreditación del Gobierno Vasco son: una cama de 0,90 cm., un armario, una mesilla de noche, un pequeño sillón y una mesa pequeña individual

(10) Sólo en algunos

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Alava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
Baños													
76. Todas las habitaciones cuentan con WC y ducha						x		x	x				x
77. Hay pasamanos o barras de seguridad en todos los baños			x	x		x	x	x			x	x	x
78. Hay barras de seguridad cerca del inodoro en todos los WC			x	x		x	x	x		x	x		x
79. Existe piso antideslizante en los baños	(10)	(10)					x						(10)
80. Hay timbres en los baños	x			(10)		x			x				
81. Los baños cuentan con espacio suficiente como para permitir el giro de una silla de ruedas	x	(10)	(10)	x			x	x	(10)	(10)	(10)	(10)	(10)
82. En la ducha/bañera hay un asiento	x	(10)		x			x	x	x	(10)			(10)
83. Existen duchas adaptadas para personas en silla de ruedas	x				x			x	x				x
84. Las puertas de los baños se pueden cerrar con pestillo (previsión de apertura exterior)					x		x	x		x			x
85. La puerta de los cuartos de baño permite el paso de silla de ruedas	x	x	(11)	x			x	x	(11)	x	x	(11)	x
Equipamiento y ayudas técnicas													
86. Existen baños geriátricos	x	x	x		x	x		x	x		x	x	x

(10) Sólo en algunos

(11) Sólo en el área de enfermería

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clinica Alava	Caserio Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
100. Se presta asistencia para realizar compras	x		x		x		x			x	x		
101. Se presta asistencia para salir al exterior							x						
102. Existe un servicio de transporte			x		x								
103. Se organizan actividades socio-recreativas	x		x		x			x	x			x	x
104. Se organizan excursiones o salidas al exterior	x		x		x	x		x	x			x	x
PERSONAL													
105. El ratio de personal/residente es superior al mínimo exigido por el Decreto (12)	x	x	x		x	x		x	x	x		x	x
106. Se realizan programas de orientación para los trabajadores nuevos													
107. Se realizan reuniones de personal por lo menos una vez a la semana	x								x				x
PROCEDIMIENTOS Y REGISTROS													
108. Existe un reglamento de régimen interior			x			x		x	x		x		x
109. Existe un folleto informativo sobre las características y servicios que ofrece el centro		x				x							x
110. Existen protocolos de actuación escritos para casos de emergencia						x							

(12) El ratio exigido por el Decreto es de 0,25 en "válidos" y 0,40 en "asistidos"

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Alava	Caserio Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
111. Existe ficha por cada residente	x	x	x	x	x	x		x	x			x	x
112. La ficha individual contiene una información asistencial													x
113. Hay un comité de empresa	x	x	x		x	x		x			x	x	x
114. Existe un registro de accidentes de los residentes y el personal			x		x			x					x
115. Existen disposiciones o procedimientos escritos acerca del manejo de medicamentos		x				x							x
116. Los residentes no deben solicitar permiso para salir al exterior	x		x		x		x	x	x	x	x	x	x
117. Los residentes no están obligados a decir a dónde van cuando salen al exterior	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
118. Está prevista la supervisión específica de aquellas personas para las que salir es un riesgo	x	x	x	x		x	x		x	x	x		x
119. Los residentes disponen de una llave de la residencia													
120. Existe un procedimiento escrito de quejas													
121. Existe un registro de quejas y de las medidas adoptadas													
122. Existe un libro de instrucciones para el personal													

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Alava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
123. Existen órganos o vías de participación de los residentes								x					x
124. Se realizan asambleas generales por lo menos una vez al año								x	x	x			x
125. Existe un periódico o boletín interno													
126. Existe un plano que muestra los recursos comunitarios													
CALIDAD DEL PROCESO													
Práctica asistencial													
127. Los residentes pueden elegir el sitio para sentarse en el comedor							x			x			
128. No se despierta a los residentes a una hora determinada			x			x	x	x	x	x			x
129. Los residentes deben acostarse a una hora fija			x		x		x	x	x	x	x		x
130. El horario de visitas es libre					x		x	x		x			x
131. Se permite bebidas alcohólicas en las habitaciones			x					x		x			
132. Se permite la tenencia de enseres propios en las habitaciones	x		x			x	x	x	x				x
133. Se permite cambiar de situación los muebles			x				x	x		x			x
134. Se puede tener un pájaro o un pez en la habitación							x	x					

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Alava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
135. Se permite preparar un plato frío o hacer un café en la habitación							x						x
136. Se permite el lavado de prendas pequeñas en la habitación	x		x		x		x						
137. Se permite tomar un vaso de vino en las comidas	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
138. Se permite tener cerrada la puerta de la habitación	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
139. Se permite cerrar con llave la puerta de la habitación			x										x
140. El personal llama a la puerta de las habitaciones y espera a que se les invite a entrar			x				x	x		x			x
141. La limpieza de las habitaciones se ajusta a la rutina de los residentes							x			x			
142. Por las noches los familiares pueden quedarse en la residencia en circunstancias especiales		x				x	x	x		x		x	x
143. Existe un baremo para asignar las habitaciones individuales	x		x (13)								x		(14)
144. El personal ayuda a aquellos que lo necesitan a levantarse y acostarse cuando lo desean							x			x			

(13) Existe una lista de espera según antigüedad, que se salta en casos excepcionales como conflictos de convivencia y muerte del cónyuge

(14) Todas las habitaciones son individuales excepto las de matrimonios

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clínica Alava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
145. El personal pasa tiempo con los residentes para conocer así sus deseos							x	x					
146. Los residentes pueden elegir por lo menos entre dos menús	x						x			x	x	x	x
147. Se sirven dietas especiales por razones de salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
148. Los horarios de desayuno, comida y cena no son rígidos							x			x			x
149. En los casos en que se maneja el dinero de los residentes se tramita la incapacidad jurídica									x				
150. Existe un sistema de trabajadores clave o similar													
151. Los residentes que necesitan ayuda pueden ir al retrete cuando lo desean				x			x	x		x	x		x
152. Existen planes individuales para tratar la incontinencia													
153. Se garantiza la privacidad de los residentes durante el baño				x		x	x	x	x	x	x		x
154. Se garantiza la privacidad de los residentes mientras se visten o se desvisten			x	x		x	x	x	x	x	x		x
155. La incontinencia se maneja de forma adecuada (15)				x			x	x	x	x	x		x

(15) No se observa en el personal una práctica abusiva del recurso de métodos y materiales -sábanas de celulosa, absorbentes, sondas, sillas con orinal, etc.- que supongan un detrimento para los residentes.

INDICADORES	Leioa	Centro J. Rezola	Zorroaga	S. Esteban	Sagrado Corazón	Clinica Alava	Caserío Agirretxu	Amurrio	Sta. M. ^a Magdalena	San Roque	San Juan Bautista	Misericordia	San Prudencio
156. Los residentes pueden recibir visitas en la habitación	x	x	x			x	x	x		x	x	x	x
157. Los residentes pueden invitar a comer a otras personas	x (16)												
158. Existe un plan de atención individualizado para conocer las experiencias vitales de los resi.													
159. Existe un programa de prevención y tratamiento para las personas con confusión mental													
160. Se ha tratado el tema del derecho a la intimidad para tener relaciones sexuales													(17)
161. El ratio de personas con demencia senil es menor de 1/5													
162. No hay síntomas de limitación de la libertad o de cierta desconsideración en el trato		x					x	x	x	x	x		x
163. No cabe sospecha de limitación de los derechos del usuario por razón de sexo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x

(16) En la cafetería

(17) No se plantea ese problema porque las habitaciones son individuales

6.2. APLICACION DEL METODO MEAP (Multiphasic Environment Assessment Procedure)

6.2.1. Aplicación del método MEAP a las residencias seleccionadas

A) Aplicación del método MEAP

Descripción del método

Este procedimiento de evaluación multidimensional está especialmente diseñado para su aplicación en residencias de ancianos. Se trata de un método cuantitativo, convierte las respuestas en valores numéricos que se representan en gráficos y, de esta forma, se puede observar fácilmente un perfil global de la residencia.

Se compone de cinco instrumentos o escalas que corresponden a cuatro dimensiones diferentes y una valoración general. A partir de cada instrumento se obtienen calificaciones de aspectos concretos de la residencia, que son los que se representarán en los gráficos.

Los cinco instrumentos de valoración con que cuenta el método son:

- PAF: Physical and Architectural Features Checklist
Características físicas y arquitectónicas
- POLIF: Policy and Program Information Form
Política organizativa
- RESIF: Resident and Staff Information Form
Características de los residentes y del personal
- SCES: Sheltered Care Environment Scale
Clima social
- RS: Rating Scale
Escala de valoración

A continuación se describen los cinco instrumentos con sus correspondientes subescalas.

Características físicas y arquitectónicas (PAF)

Mediante esta escala se trata de valorar los recursos físicos y arquitectónicos de las residencias, mirando más a su disponibilidad que a su utilización. Aunque generalmente la distinción entre los aspectos físicos y arquitectónicos (PAF) y las características de organización y funcionamiento (valoradas en POLIF) es clara, hay ocasiones en las que los recursos físicos son el resultado de aquellas decisiones que se tomen sobre la organización del centro. Por ejemplo, un plano de la residencia expuesto en un lugar visible, una lista con los nombres del personal, son recursos físicos (concretamente, ayudas de orientación), pero su existencia depende de una decisión tomada por la direc-

ción del centro. Por lo general, este tipo de items se incluye en este instrumento (PAF) integrado por las nueve subescalas siguientes:

1. Accesibilidad de la comunidad

Mide el grado en que la comunidad vecina y sus servicios son adecuados y accesibles a la residencia (p.e.: ¿Hay un supermercado a una distancia que se puede recorrer andando? ¿Hay una parada de transporte público cerca de la residencia?).

La accesibilidad de los recursos comunitarios refleja un aspecto de la potencial integración de la residencia en la comunidad, y la relativa facilidad con que los residentes pueden utilizar por sí mismos los servicios comunitarios que precisen.

2. Confort físico

Valora la comodidad, el atractivo, y otras características físicas de la residencia (p.e.: ¿Existe un teléfono para uso de los residentes? ¿Los residentes pueden controlar la calefacción desde sus habitaciones?).

3. Ayudas socio-recreativas

Examina los aspectos que estimulan la conducta social y las actividades recreativas (p.e.: ¿Hay alguna sala cerca de la entrada donde se puede estar charlando? ¿Hay una mesa de billar? ¿Hay material de lectura en las mesas o estanterías?).

4. Ayudas protésicas

Valora el grado de accesibilidad del edificio, las medidas que se adoptan para eliminar barreras arquitectónicas y las ayudas que existen para favorecer la independencia física y la movilidad de los residentes (p.e.: ¿Se puede entrar al edificio sin tener que subir escaleras? ¿Hay pasamanos en los pasillos?).

5. Ayudas de orientación

Examina en qué medida proporciona la institución ayudas visuales que faciliten la orientación a los residentes (p.e.: ¿Están las plantas o pasillos clasificados por colores o números? ¿Hay algún plano expuesto en un lugar visible sobre los diferentes servicios que proporciona la institución?).

6. Características de seguridad

Evalúa el grado en el que la institución proporciona medidas de vigilancia y de prevención de accidentes (p.e.: ¿Hay alguien que se encargue de controlar habitualmente el acceso al edificio? ¿Hay timbres de llamada de ayuda en los cuartos de baño?).

7. Salas de personal

Evalúa la existencia de zonas, tanto de descanso como de trabajo, destinadas al personal (p.e.: ¿Están las oficinas separadas de otras actividades próximas? ¿Hay una sala de estar para el personal?).

Se incluye esta dimensión porque se cree que unas instalaciones adecuadas para el personal pueden mejorar el ánimo de los trabajadores y de esta forma contribuir a la calidad de la atención.

8. Disponibilidad de espacio

Mide el número y dimensiones de las áreas comunes en relación con el número de residentes (p.e.: ¿Cuántas salas de actividades especiales hay? ¿Cuál es la superficie total de éstas?).

Las técnicas de recogida de información para la aplicación de este instrumento son la observación y medición directas, la consulta de planos y documentos, y entrevistas con el director y otros miembros del personal.

Política organizativa (POLIF)

Por medio de este instrumento se valoran los aspectos relativos a la organización y funcionamiento de la residencia, tales como la exigencia en lo relacionado con el nivel funcional y el comportamiento de los residentes, la participación de los residentes, la intimidad y, por último, la disponibilidad de distintos servicios y actividades que ofrece la institución. La utilización de estos servicios y actividades se considera como una medida de las características de los residentes y, por tanto, se valorará en la sección denominada Características de Residentes y Personal (RESIF).

El instrumento consta de nueve subescalas, de las cuales las dos primeras valoran el comportamiento que se requiere de los residentes.

1. Requerimiento funcional

Evalúa el nivel mínimo de funcionamiento en las actividades de la vida diaria que se espera del anciano que vive en la residencia (p.e.: ¿Se tolera la incontinencia? ¿Se realizan controles diarios para asegurarse de que ningún residente ha desaparecido?).

2. Tolerancia a la desviación

Mide el grado en que se permiten comportamientos agresivos, desafiantes, destructivos o excéntricos (p.e.: ¿Se permite que los residentes se nieguen a bañarse? ¿Se permite rechazar las medicinas prescritas?).

3. Libertad de elección

Refleja el grado en el que las normas de la institución proporcionan a los residentes la posibilidad de elegir su propio comportamiento en la vida diaria. (p.e.: ¿Se permite a los residentes beber vino o cerveza en las comidas? ¿Tienen que estar los residentes a una hora determinada por la noche?).

4. Participación de los residentes

Valora el grado en el que las estructuras formales de la institución permiten a los residentes participar en la dirección de la misma, y la medida en que aquéllas influyen en la organización (p.e.: ¿Existe un órgano de representación de residentes? ¿Participan en la elección de nuevas actividades?).

5. Transparencia organizativa

Valora la existencia de mecanismos institucionales formales que contribuyan a la difusión de normas de comportamiento y la comunicación de ideas (p.e.: ¿Existe un folleto informativo para los residentes? ¿Hay reuniones periódicas de personal?).

6. Intimidad

Mide el grado de intimidad que se permite a los residentes.(p.e.: ¿Cuántas habitaciones individuales hay? ¿Se permite a los residentes que tengan sus habitaciones cerradas con llave?).

7. Disponibilidad de servicios de salud

Valora la cantidad de servicios de salud proporcionados por la residencia (p.e.: ¿Se presta servicio de rehabilitación? ¿Hay consulta médica dentro de la residencia?).

8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria

Mide el grado en el que la institución proporciona servicios para ayudar a los residentes en la realización de tareas de la vida diaria (p.e.: ¿Se proporciona asistencia para hacer compras? ¿Se presta asistencia en el aseo personal?).

9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas

Se refiere al tipo de actividades que se organizan dentro de la residencia y su frecuencia (p.e.: ¿Hay charlas o conferencias? ¿Hay cine? ¿Con qué frecuencia?).

Las técnicas de recogida de información para la aplicación de este instrumento son entrevistas con el director, con el personal y observación directa.

Características de los residentes y del personal (RESIF)

Este instrumento recoge aquellos aspectos de las residencias que más directamente dependen de las características de sus residentes y empleados. Cuando varias personas se unen en un grupo social, por ejemplo, en una residencia de ancianos, traen consigo sus propios valores, normas y aptitudes. Los grupos, por otra parte, no se forman de manera espontánea sino más bien impuesta, en función de los procedimientos de admisión, resultando así unas determinadas combinaciones de características individuales. El conjunto de las características individuales, es decir, el entorno suprapersonal, define en parte la subcultura que se desarrolla en el grupo, y ésta, a su vez, puede influir en la conducta de cada uno de sus miembros.

En este cuestionario se recogen dimensiones relativas a las características del personal y a las características de los residentes: capacidad funcional, nivel de actividad, integración en la comunidad.

Asimismo, se valora la utilización de servicios y actividades proporcionados por la residencia.

El instrumento RESIF comprende nueve dimensiones:

1. Características del personal

Refleja los recursos individuales con que cuenta el personal en términos de experiencia, formación y diversidad de las características personales (p.e.: ¿Qué porcentaje del personal pertenece a determinadas categorías de edad? ¿Cuál es la cualificación del personal?).

2. Habilidades funcionales de los residentes

Examina el nivel de independencia de los residentes en la ejecución de actividades diarias, así como el grado de discapacidad en el funcionamiento general (p.e.: ¿Qué porcentaje de residentes pueden comer, bañarse, andar, etc., sin ayuda?).

3. Nivel de actividad de los residentes

Valora el grado en que los residentes realizan determinadas actividades por iniciativa propia. (p.e.: ¿Qué porcentaje de residentes leen el periódico, juegan a las cartas, salen a dar un paseo, etc., en una semana normal?).

4. Integración de los residentes en la comunidad

Evalúa el grado de participación de los residentes en actividades que tienen lugar fuera de la residencia (p.e.: ¿Cuántos residentes visitan a sus amigos y familiares, y con qué frecuencia? ¿Cuántos residentes salen de excursión, de compras, etc., y con qué frecuencia?).

5. Utilización de los servicios de salud

Refleja el grado en que los residentes hacen uso de los servicios sanitarios existentes en la propia residencia (p.e.: ¿Cuántos residentes acuden a consulta médica en una semana normal? ¿Cuántos residentes utilizan el servicio de rehabilitación en una semana normal?).

6. Utilización de servicios de la vida diaria

Refleja el grado en que los residentes utilizan los servicios de asistencia para actividades de la vida diaria (p.e.: ¿Qué porcentaje de residentes reciben ayuda para su aseo personal en una semana normal? ¿Cuántos residentes utilizan el servicio de lavandería?).

Las actividades de la vida diaria se pueden valorar a través de tres dimensiones: las necesidades de los residentes (habilidades funcionales), el grado en que la residencia proporciona asistencia (disponibilidad de asistencia en las actividades de la vida diaria) y el grado en que esta asistencia es utilizada (utilización de asistencia en la vida diaria).

7. Utilización de actividades socio-recreativas

Refleja el grado de participación en actividades que tienen lugar dentro de la residencia. (p.e.: ¿Cuántos residentes participan en las fiestas que se organizan en la residencia? ¿Cuántos residentes forman parte del grupo de gimnasia?).

8. Recursos sociales de los residentes

Valora la situación de los residentes con respecto a diferentes variables demográficas que facilitan la competencia social (p.e.: ¿Cuántos residentes están casados? ¿Cuántos han alcanzado un nivel de educación alto?).

9. Heterogeneidad de los residentes

Mide la diversidad de las características personales de los residentes (p.e.: ¿Cuántos de los residentes son hombres? ¿Cuál es la diversidad de las profesiones de los residentes?).

Las técnicas de recogida de información para la aplicación de este instrumento son las entrevistas con miembros del personal (director, asistente social, médico, administrador), y las consultas de archivos sobre datos de residentes y personal).

Clima social (SCES)

Se parte de la base de que los ambientes, los entornos sociales, tienen "personalidad", exactamente igual que los individuos. De la misma forma que hay gente más propensa a prestar apoyo, hay entornos más cohesivos o más protectores. Hay gente que enfatiza la importancia de la claridad y el orden, de la misma forma que ciertos entornos sociales dan prioridad a esos mismos valores.

El instrumento SCES trata de medir el ambiente, el clima social de una residencia, preguntando al personal y a los residentes acerca de su comportamiento y de su actitud hacia el centro.

Mientras que los anteriores instrumentos, PAF, POLIF y RESIF se basan en información objetiva, y en la escala de valoración RS se recoge la impresión de observadores externos, la SCES recoge la percepción del personal y de los residentes. Esta percepción constituye una interesante perspectiva de análisis, en cuanto que las personas que trabajan o viven en un entorno pueden proporcionar una información precisa y útil acerca del mismo.

La escala está compuesta por 63 preguntas, si/no, y valora siete dimensiones del ambiente social en las residencias, pudiéndose agrupar en tres aspectos generales:

Relaciones interpersonales

1. Cohesión

Mide el grado de interacción, de colaboración y apoyo que existe entre los miembros del personal y los residentes, así como el grado de relación y de ayuda entre estos últimos (p.e.: ¿Reciben los residentes mucha atención individual? ¿Se entablan conversaciones interesantes?).

2. Conflicto

Mide el grado en el que los residentes expresan su enfado, o se critican unos a otros o a la residencia (p.e.: ¿Se quejan mucho los residentes? ¿Se critican mucho unos residentes a otros?).

Desarrollo personal

3. Independencia

Valora en qué medida se anima a los residentes a desenvolverse por sí mismos y a tomar decisiones propias (p.e.: ¿Se enseña a los residentes a resolver sus problemas cotidianos? ¿Se encargan los residentes de algunas actividades?).

4. Expresividad

Mide el grado en el que se anima a los residentes a expresarse y a tratar abiertamente sus problemas y sentimientos (p.e.: ¿Se tratan abiertamente los problemas personales? ¿Hablan mucho los residentes sobre sus temores?).

Mantenimiento y cambio de sistema

5. Organización

Valora la importancia que tiene el orden y la organización en la institución, el grado en el que los residentes conocen la rutina diaria de la residencia, así como la claridad de las normas y del reglamento (p.e.: ¿Se planifican cuidadosamente las actividades para los residentes? ¿Saben los residentes qué les ocurriría si no cumplieran alguna norma? ¿Está bien organizada la residencia?).

6. Influencia de los residentes

Evalúa el nivel de influencia de los residentes sobre las normas y el funcionamiento de la Residencia, así como la rigidez del personal en cuanto al cumplimiento de las normas (p.e.: ¿Participan los residentes en la elaboración de las normas? ¿El personal es estricto con las normas?).

7. Confort físico

Mide el grado en el que el medio físico proporciona comodidad, intimidad, agrado y bienestar físico. (p.e.: ¿Pueden los residentes mantener su privacidad siempre que lo deseen? ¿Alguna vez hace frío o hay corrientes?).

La técnica de recogida de información para este instrumento se realiza mediante entrevista personal a través de un cuestionario de 63 items de respuestas sí/no.

Escala de valoración (RS)

Por medio de este instrumento se recogen las valoraciones que los observadores externos realizan sobre la residencia. Incluye cuatro dimensiones generales: atractivo físico, diversidad ambiental, funcionamiento de los residentes y funcionamiento del personal. La primera dimensión recoge las valoraciones sobre el edificio y el recinto exterior, así como el nivel de ruido, olores, iluminación, orden, limpieza y estado de la residencia. Mide el grado de atractivo físico que los observadores aprecian en la residencia. Por diversidad ambiental se entiende la variedad y estimulación que proporciona el medio físico, e incluye valoraciones sobre las áreas de ventanas, la vista desde las mismas y la variación y diferenciación de los distintos espacios habitables, así como la personalización de las habitaciones de los residentes.

La dimensión de funcionamiento de los residentes resume las valoraciones sobre la apariencia, el nivel de actividad y el grado de interacción entre los residentes, mientras que el funcionamiento del personal refleja el tipo de interacción entre el personal y los residentes y la organización de la residencia. Seguidamente se describen estas cuatro dimensiones.

1. Atractivo físico

Considera las valoraciones sobre limpieza, estado e impresión estética de la residencia (p.e.: ¿Es atractiva la zona en la que está implantada la residencia? ¿Cuál es el nivel de iluminación de las distintas zonas, salones, comedores, habitaciones y corredores?).

2. Diversidad ambiental

Refleja la variedad y estimulación que proporciona el medio físico (p.e.: ¿Cuál es el grado de personalización de las habitaciones de los residentes? ¿Es atractiva la vista desde las ventanas?).

3. Funcionamiento de los residentes

Evalúa la apariencia, el nivel de actividad y de interacción entre los residentes (p.e.: ¿Cuál es la apariencia de los residentes en lo relativo al aseo? ¿Cuál es el nivel de interacción de los residentes?).

4. Funcionamiento del personal

Refleja la calidad de interacción entre el personal y los residentes, la organización de la residencia y las relaciones entre el personal. (p.e.: ¿Mantiene el personal contacto físico con los residentes? ¿Cuál es el grado de disponibilidad del personal hacia los residentes?).

La recogida de información en este instrumento consiste en la observación directa de los distintos aspectos de la residencia, para su valoración posterior en una escala de 4 puntos. La puntuación la realizan dos observadores de manera independiente y en el gráfico se utiliza la media de las dos puntuaciones

B) Características técnicas del MEAP

La validez y fiabilidad del MEAP está garantizada a través de diferentes procedimientos técnicos:

- Fiabilidad inter-observadores: la información se recoge de manera independiente y simultáneamente a través de dos observadores.
- Prueba test-retest con un intervalo de 9-12 meses.
- Análisis de la consistencia interna de las escalas (de Cronbach).

Las referidas pruebas se realizaron en una muestra de 244 residencias, entre las que se incluyeron apartamentos asistidos, residencias asistidas y centros para válidos. A partir de dicha muestra los autores elaboraron una tabla de valores promedio para cada subescala y para cada uno de los tres tipos de servicios residenciales, de manera que dichos valores pueden adoptarse como puntuación estándar.

De las trece residencias evaluadas en este estudio, se ha tomado como referencia la tabla normativa de residencias para ancianos autónomos en nueve casos: Residencia S. Prudencio, Residencia S. Roque, Residencia Sta. M^a Magdalena, Sta. y Real Casa de Misericordia, Residencia de Amurrio,

Residencia Zorroaga, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Caserío Agirretxu. Las cuatro restantes se han valorado como residencias asistidas, tres de ellas tienen esta denominación: Residencia Asistida de Leioa, Clínica Alava y Centro Julián Rezola, y la cuarta, el Geriátrico S. Esteban, se ha considerado en esta categoría porque la dimensión relativa a la capacidad funcional de los residentes (RESIF punto 2), se aproxima más al promedio americano si tomamos como referencia las residencias asistidas ($T=34$), que si lo hacemos con las residencias para válidos ($T=7$).

En consecuencia, a través del MEAP las residencias pueden valorarse de dos maneras:

- en porcentajes relativos al número de items que se consideran adecuados. Por ejemplo, si la subescala "Accesibilidad de la comunidad" está compuesta por 16 items, de los cuales 8 son adecuados, la puntuación será de 50%;
- en forma de puntuación estándar (T), convirtiendo los porcentajes en valores estándar según la tabla normativa.

La puntuación por porcentajes permite comparar distintas residencias entre sí y valorar los diferentes aspectos de una misma residencia. Permite señalar, en consecuencia, en qué aspectos una residencia está bien y en cuáles mal.

Por medio de la puntuación estándar (T), además de comparar unas residencias con otras, se pueden valorar los distintos aspectos con respecto a la muestra considerada como referencia.

Los resultados se presentan de dos maneras: la primera consiste en una serie de seis cuadros correspondientes a los cinco instrumentos que componen el MEAP -uno de ellos, el SCES (Clima social), se utiliza independientemente para los residentes y para el personal-. En estos cuadros se muestran las puntuaciones T obtenidas para cada uno de los indicadores, de manera que fácilmente se pueden observar las calificaciones individuales y compararlas con el conjunto de la muestra.

A continuación se presenta una valoración individual de las 13 residencias. A partir de los datos obtenidos con el MEAP, se han elaborado seis gráficos que corresponden a los instrumentos citados anteriormente. Cada gráfico contiene dos perfiles: uno de ellos está construido con los valores cuantitativos expresados en porcentaje, es decir, en proporción de items adecuados, y el otro representa a los valores estándar (T) correspondientes según la tabla normativa.

Los gráficos permiten apreciar los aspectos positivos y negativos de cada residencia y su situación con respecto a los datos normativos, describiendo en cada caso las características del centro, actitudes, normas que han dado lugar a tales puntuaciones. Asimismo, se presentan los datos básicos y una descripción general de cada residencia.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y ARQUITECTÓNICAS

PAF	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
1. Accesibilidad de la comunidad	San Roque 71 S. Juan Bautista 66 San Prudencio 66 Sta M ^a Magdalena 71 Misericordia 63,5	Centro J. Rezola 53 Amurrio 48 S. Esteban 43 Clínica Alava 56 Zorroaga 48	Caserío Agirretxu 34 Leioa 38 Sagrado Corazón 36
2. Confort físico		S. Juan Bautista 41,5 Centro J. Rezola 43 Caserío Agirretxu 58 Leioa 46 San Prudencio 58 Sagrado Corazón 53 Zorroaga 50 Amurrio 49	San Roque 37 San Esteban 25 Sta. M ^a Magdalena 37 Clínica Alava 30 Misericordia 38
3. Ayudas socio-recreativas		Caserío Agirretxu 43 Leioa 42 San Prudencio 40 Sagrado Corazón 52 Zorroaga 51	San Roque 36 San Juan Bautista 37 Centro J. Rezola 29 Amurrio 36 San Esteban 29 Sta. M ^a Magdalena 33 Clínica Alava 26 Misericordia 35,5
4. Ayudas protésicas		San Juan Bautista 42 Caserío Agirretxu 49 Amurrio 50 Leioa 46 San Prudencio 52 Sta. M ^a Magdalena 51 Sagrado Corazón 41 Zorroaga 50 Misericordia 40,5	San Roque 37 Centro J. Rezola 7 San Esteban 16 Clínica Alava 7
5. Ayudas de orientación		Amurrio 42 Leioa 45 San Prudencio 52	San Roque 33 San Juan Bautista 27 Centro J. rezola 26 Caserío Agirretxu 33 San Esteban 15 Sta. M ^a Magdalena 27 Sagrado Corazón 37,5 Clínica Alava 15 Zorroaga 33 Misericordia 33,5
6. Características de seguridad	San Prudencio 62	San Juan Bautista 41 Centro J. Rezola 48 Caserío Agirretxu 47 Leioa 55,5 Sta. M ^a Magdalena 53 Zorroaga 41 Misericordia 50 Amurrio 53	San Roque 37 San Esteban 33 Sagrado Corazón 39,5 Clínica Alava 29

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS Y ARQUITECTÓNICAS

PAF	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
7. Salas de personal	Leioa 63 San Prudencio 61 Zorroaga 57 Misericordia 61	Centro J. Rezola 57 Caserio Agirretxu 41 Sta M ^a Magdalena 53 Sagrado Corazón 44 Clínica Alava 52	San Roque 35 San Juan Bautista 35 Amurrio 38 San Esteban 20
8. Disponibilidad del espacio	Clínica Alava 62	San Roque 47 San Juan Bautista 50 Centro J.Rezola 48,1 Caserio Agirretxu 42 Amurrio 53 San Esteban 40 Leioa 56 San Prudencio 43 Sta. M ^a Magdalena 45 Sagrado Corazón 50 Zorroaga 52,5	

POLITICA ORGANIZATIVA

POLIF	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
1. Expectativas de funcionamiento		Centro J. Rezola 43 San Esteban 43 Leioa 43 Clínica Alava 43	San Roque 33 San Juan Bautista 33 Caserío Agirretxu 33 Amurrio 33 San Prudencio 33 Sta. M ^a Magdalena 33 Sagrado Corazón 33 Zorroaga 33 Misericordia 33
2. Tolerancia a la desviación		San roque 44 Centro J. Rezola 48 Amurrio 49 Leioa 46 San prudencio 47 Sta. M ^a Magdalena 46 Zorroaga 44	San Juan Bautista 36 Caserío Agirretxu 36 San Esteban 30 Sagrado Corazón 36 Clínica Alava 34 Misericordia 33
3. Elección	Caserío Agirretxu 71	San Roque 47 Amurrio 54 San Prudencio 45 Sta. M ^a Magdalena 45 Sagrado Corazón 40 Clínica Alava 49 Zorroaga 54	San Juan Bautista 32 Centro J. Rezola 39 San Esteban 34 Leioa 33 Misericordia 36,5
4. Participación en la organización		Caserío Agirretxu 57 Amurrio 42 San Prudencio 45 Sta M ^a Magdalena 40	San Roque 35 San Juan Bautista 35 Centro J. Rezola 30 San Esteban 30 Leioa 30 Sagrado Corazón 35 Clínica Alava 30 Zorroaga 34 Misericordia 34,5
5. Claridad en la organización		Amurrio 42	San Roque 29 San Juan Bautista 38 Centro J. Rezola 7 Caserío Agirretxu 29 San Esteban 7 Leioa 7 San Prudencio 37 Sta. M ^a Magdalena 33 Sagrado Corazón 29 Clínica Alava 7 Zorroaga 29 Misericordia 29

POLITICA ORGANIZATIVA

POLIF	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
6. Privacidad	San Prudencio 60	Caserio Agirretxu 45 Amurrio 53 Zorroaga 45	San Juan Bautista 37 Centro J. Rezola 32 San Esteban 32 Leioa 24 Sta. M ^a Magdalena 37 Sagrado Corazón 37 Clínica Alava 39 Misericordia 37 San Roque 37
7. Disponibilidad de servicios de salud	San Prudencio 65 Zorroaga 65	San Juan Bautista 55 Centro J. Rezola 58 Caserio Agirretxu 44 Amurrio 44 San Esteban 40 Leioa 58 Sta. M ^a Magdalena 55 Sagrado Corazón 55 Misericordia 60 Clínica Alava 40	San Roque 39
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria		San Roque 41 San Juan Bautista 46, 5 Centro J. Rezola 48 Caserio Agirretxu 52 Amurrio 52 San Prudencio 52 Sta. M ^a Magdalena 50 Zorroaga 56 Sagrado Corazón 56 Misericordia 41,5	San Esteban 17 Leioa 33 Clínica Alava 26
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas		Amurrio 52 San Prudencio 46 Sagrado Corazón 49,5 Zorroaga 46	San Roque 19 San Juan Bautista 20 Centro J. Rezola 31 Caserio Agirretxu 18 San Esteban 9 Leioa 35 Sta. M ^a Magdalena 36 Clínica Alava 17 Misericordia 22,5

CARACTERISTICAS DE LOS RESIDENTES Y DEL PERSONAL

RESIF	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
1. Características del personal		San Roque 43 Amurrio 44 San Prudencio 51 Sta M ^a Magdalena 44 Clínica Alava 40 Zorroaga 52 Misericordia 50	San Esteban 19 Leioa 28 Sagrado Corazón 36 Centro J. Rezola 19 San Juan Bautista 37
2. Capacidad funcional de los residentes		San Roque 42 San Juan Bautista 43,5 Centro J. Rezola 43,5 Leioa 45 San Prudencio 41	Caserío Agirretxu 19 Amurrio 30 San Esteban 34 Sta. M ^a Magdalena 39 sagrado Corazón 30 Clínica Alava 34 Zorroaga 39 Misericordia 30
3. Nivel de actividad de los residentes		San Juan Bautista 42 Leioa 42,5	San Roque 33 Centro J. Rezola 35,5 Caserío Agirretxu 36 Amurrio 37 San Esteban 35 San Prudencio 23 Sta. M ^a Magdalena 30 Sagrado Corazón 33 Clínica Alava 37 Zorroaga 30 Misericordia 21
4. Integración de los residentes en la comunidad		San Roque 50 San Juan Bautista 41 Centro J. Rezola 44 Amurrio 40 Leioa 47,5 Clínica Alava 44 Zorroaga 41 Misericordia 45	Caserío Agirretxu 33 San Esteban 39 San Prudencio 36,5 Sta. M ^a Magdalena 39,5 Sagrado Corazón 38
5. Utilización de los servicios de salud	San Roque 69 Leioa 73	San Juan Bautista 46 Caserío Agirretxu 48 Amurrio 54 San Prudencio 46 Sta. M ^a Magdalena 42 Sagrado Corazón 46 Clínica Alava 40 Zorroaga 40 Misericordia 41,5	Centro J. Rezola 23 San Esteban 28

CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES Y DEL PERSONAL

RESIF	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria	Caserío Agirretxu 69 San Esteban 72	San Roque 56 San Juan Bautista 45 Centro J. Rezola 57 Amurrio 56,5 San Prudencio 55 Sta. M ^a Magdalena 50 Sagrado Corazón 41 Clínica Alava 59 Zorroaga 48 Misericordia 49,5	Leioa 35
7. Utilización de las actividades socio-recreativas	San Roque 61 Caserío Agirretxu 68	San Juan Bautista 56 Amurrio 49 San Esteban 57 Sta. M ^a Magdalena 51 Sagrado Corazón 43 Clínica Alava 57	Centro J. Rezola 30 Leioa 37 San Prudencio 35 Zorroaga 35 Misericordia 39

CLIMA SOCIAL

SCES - Residentes	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
1. Cohesión	Caserío Agirretxu 69	San Juan Bautista 52 Amurrio 42	San Roque 24,5 Centro J. Rezola 17 San Esteban 15 Leioa 21 San Prudencio 30 Sta. M ^a Magdalena 38 Sagrado Corazón 30 Clínica Alava 23 Zorroaga 23 Misericordia 19
2. Conflicto	San Roque 70 Sta M ^a Magdalena 87 Sagrado Corazón 73 Zorroaga 68 Misericordia 69	San Juan Bautista 56 Centro J. Rezola 56,5 Caserío Agirretxu 53 Amurrio 58 San Esteban 50 Leioa 60 San Prudencio 60 Clínica Alava 56	
3. Independencia		San Roque 55 Amurrio 51 Leioa 44 San Prudencio 46 Sta. M ^a Magdalena 41 Sagrado Corazón 51	San Juan Bautista 38 Centro J. Rezola 33,5 Caserío Agirretxu 31 San Esteban 30 Clínica Alava 35 Zorroaga 29 Misericordia 33
4. Expresividad	San Roque 71 Centro J. Rezola 68 Caserío Agirretxu 98 Amurrio 73 Leioa 61 San Prudencio 77 Sta. M ^a Magdalena 70 Sagrado Corazón 79 Zorroaga 63	San Juan Bautista 53 San Esteban 41 Clínica Alava 52	Misericordia 35
5. Organización	Caserío Agirretxu 66 San Esteban 69 Sta. M ^a Magdalena 73 Clínica Alava 69	San Roque 47 San Juan Bautista 60 Centro J. Rezola 57 Amurrio 50 Leioa 41 San Prudencio 56 Sagrado Corazón 59 Zorroaga 47 Misericordia 47	

CLIMA SOCIAL

SCES - Residentes	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
6. Influencia de los residentes	Caserío Agirretxu 74	San Roque 58 San Juan Bautista 43 San Esteban 42 Zorroaga 42 Misericordia 44	Centro J. Rezola 32 Amurrio 32 Leioa 36 San Prudencio 27 Sta. M ^a Magdalena 35 Sagrado Corazón 35 Clínica Alava 28
7. Confort físico	Caserío Agirretxu 64	San Juan Bautista 50 Centro J. Rezola 41,5 Amurrio 50 San Prudencio 46 Sta. M ^a Magdalena 56 Misericordia 41	San Roque 2 San Esteban 14 Leioa 10 Sagrado Corazón 32,5 Clínica Alava 32 Zorroaga 29

CLIMA SOCIAL

SCES - Personal	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
1. Cohesión		San Juan Bautista 41 Caserío Agirretxu 52	San Roque 22 Centro J. Rezola 14 Amurrio 18 San Esteban 13 Leioa 7,5 San Prudencio 21 Sta. M ^a Magdalena 13 Sagrado Corazón 29,5 Clínica Alava 18 Zorroaga 21 Misericordia 19
2. Conflicto	Zorroaga 61,5	Amurrio 55 Caserío Agirretxu 42 Clínica Alava 53 Sta. M ^a Magdalena 58 Leioa 51 San Roque 54 Centro J. Rezola 49 Misericordia 58,5 San Prudencio 55 San Esteban 57 San Juan Bautista 48 Sagrado Corazón 58	
3. Independencia	Caserío Agirretxu 65	San Roque 42,5 San Juan Bautista 41 Amurrio 41,5 San Prudencio 42 Sagrado Corazón 41 Clínica Alava 41 Zorroaga 43	Centro J. Rezola 26 San Esteban 23 Leioa 36 Sta. M ^a Magdalena 38 Misericordia 27
4. Expresividad	Caserío Agirretxu 69	San Roque 58 Centro J. Rezola 48,5 Amurrio 60 San Prudencio 50 Sta. M ^a Magdalena 51 Sagrado Corazón 49 Clínica Alava 52 Zorroaga 53	San Juan Bautista 33 San Esteban 32 Leioa 39 Misericordia 35
5. Organización	Caserío Agirretxu 61	San Roque 41 San Juan Bautista 57 Centro J. Rezola 56 Amurrio 43 San Esteban 59 San Prudencio 43 Sagrado Corazón 44 Sta. M ^a Magdalena 57 Clínica Alava 46	Leioa 38 Zorroaga 30 Misericordia 29,5

CLIMA SOCIAL

SCES - Personal	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
6. Influencia de los residentes	Caserío Agirretxu 61 San Esteban 73	San Roque 43 San Prudencio 41 Zorroaga 38,5 Misericordia 42	San Juan Bautista 37 Centro J. Rezola 18 Amurrio 34 Leioa 22 Sta. M ^a Magdalena 33 Sagrado Corazón 32 Clínica Alava 30
7. Confort físico	Caserío Agirretxu 62	San Juan Bautista 47 Sari Esteban 57 Sta M ^a Magdalena 50	San Roque 12 Centro J. Rezola 25 Amurrio 24 Leioa 13 San Prudencio 33 Sagrado Corazón 30 Clínica Alava 26 Zorroaga 17 Misericordia 25

OBSERVACION POLITICA

RS	Puntuación Alta (T > 60)	Puntuación Media (T 40-60)	Puntuación Baja (T < 40)
1. Entorno físico		San Juan Bautista 42 Caserío Agirretxu 52 Amurrio 48 San Esteban 46,5 San Prudencio 46 Sta. M ^a Magdalena 45 Sagrado Corazón 48 Zorroaga 46,5 Misericordia 60	San Roque 33 Centro J. Rezola 27 Leioa 37 Clínica Alava 35
2. Diversidad ambiental		San Roque 50, 5 Caserío Agirretxu 59 Amurrio 47 Leioa 41 San Prudencio 54,5 Zorroaga 47,5 Misericordia 42,5	San Juan Bautista 28,5 San Esteban 31 Sta. M ^a Magdalena 39 Sagrado Corazón 34 Clínica Alava 32 Centro J. Rezola 36,5
3. Funcionamiento de los residentes		San Roque 41 San Juan Bautista 40 Caserío Agirretxu 54 Amurrio 46 Leioa 44 San Prudencio 44,5 Sta. M ^a Magdalena 45 Sagrado Corazón 40 Zorroaga 41	Centro J. Rezola 33 San Esteban 35 Clínica Alava 38 Misericordia 39,5
4. Funcionamiento del personal	Caserío Agirretxu 70 Amurrio 62	San Roque 52 San Juan Bautista 58 San Esteban 53 San Prudencio 43	Centro J. rezola 35 Leioa 19 Sta. M ^a Magdalena 29 Sagrado Corazón 36,5 Clínica Alava 25 Zorroaga 33 Misericordia 23,5

6.2.2. Situación de las residencias estudiadas a través del método MEAP

GERIATRICO SAN ESTEBAN

Dirección: Avda. de los Chopos (Getxo)

Titularidad: Privada

Nº residentes: 52

Superficie interior por residente: 22,6 m²

Nº habitaciones: Individuales: 1

Dobles: 4

Múltiples (tres, cuatro o cinco camas): 17

Nº baños completos: 5

Nº aseos: 4

Nº baños geriátricos: 0

Ratio de personal por residente: 0,37 (no incluye personal de limpieza)

Plantilla: Personal de atención directa: 16

Personal auxiliar: 4

El Geriátrico S. Esteban está situado en un barrio residencial de la ciudad, relativamente alejado del centro urbano y de los recursos comunitarios, como cines, tiendas u hogar del jubilado.

El recinto residencial, incluida su área externa ajardinada, queda discretamente aislado del exterior. Por delante del edificio pasa una carretera de intenso tráfico.

Se accede a la entrada principal a través de unas escaleras; existen otras dos entradas alternativas sin escaleras, que habitualmente permanecen cerradas con llave. Únicamente uno de los residentes, que acostumbra a salir todos los días y anda con muletas, tiene permiso para utilizar una de estas puertas. Hay que decir que de las 52 personas residentes en el momento del estudio, solamente tres salen al exterior y, como norma de seguridad de la casa, deben decir a dónde van.

La residencia consta de 3 plantas, con un total de 22 habitaciones, una individual, cuatro dobles y diecisiete de tres, cuatro o cinco personas. Hay tres salones con butacas y mesas bajas, una pequeña sala con dos sillones y una mesa y un comedor pequeño, menor que el exigido por el decreto 218/1990; no hay espacio para todos los residentes, comen en dos turnos y a los más dependientes, debido a su estado mental -algunos permanecen sujetos a una butaca la mayor parte del día- se les da la comida en la salas de estar o en un espacio junto al comedor.

La superficie interior total por residente es menor que la requerida por el decreto 218/1990.

La plantilla del personal está compuesta por auxiliares, cocineras, una persona que se encarga del mantenimiento y dos médicos que son a su vez los

directores. La limpieza del centro, el mantenimiento del jardín y el servicio administrativo están cubiertos por empresas externas.

El ratio de personal/residente -0,37- no alcanza el mínimo exigido por el decreto 218/1990 -0,4-, pero hay que tener en cuenta que las tareas de limpieza están encomendadas a una empresa.

1. PAF

El perfil relativo a las características físicas y arquitectónicas queda en su totalidad por debajo de la media normal.

Como se ha señalado anteriormente, la accesibilidad de la comunidad es baja (punto 1); el edificio dispone de las comodidades básicas, como butacas, calefacción, área externa con bancos y jardín, pero carece de otras, como por ejemplo, disponibilidad de un teléfono que los residentes puedan utilizar en privado -existe uno en una sala de estar y otro en el despacho de dirección-, acceso personal al control de la calefacción en las habitaciones, existencia de máquinas de dulces o bebidas no alcohólicas, etc.

Las únicas instalaciones socio-recreativas que existen son el área exterior, las salas de estar -en uno de ellas hay un piano- y las TV.

Las ayudas técnicas y orientativas, y las medidas de seguridad son escasas. No hay superficies antideslizantes, timbres en los baños, aparatos para detectar humo, pictogramas, etc., aunque es preciso señalar que en todo momento el personal está pendiente de los residentes.

No hay ninguna sala de estar para los trabajadores, únicamente existen despachos para los dos médicos y directores. Los auxiliares utilizan un pequeño espacio junto a las escaleras para tomar un café.

La disponibilidad de espacio es baja, tanto si se toma como referencia el decreto 218/1990, como si se refiere a la tabla normativa (punto 8).

2. POLIF

En este gráfico, se puede apreciar que las puntuaciones más altas corresponden a la disponibilidad de servicios de salud y de asistencia en la vida diaria, pero tratándose de una residencia asistida, la valoración estándar no llega a la media normal: no hay servicio de rehabilitación, ni terapia ocupacional, ni psicoterapia. En lo referente al nivel de asistencia en la vida diaria, están cubiertas las necesidades básicas: lavado de la ropa, limpieza, comedor y cuidados personales.

Los aspectos que conciernen a la organización, a las normas, están en manos de la dirección, la participación de los residentes es nula.

Hay horarios fijos para comer, bañarse, acostarse y levantarse de la cama; no se puede tomar alcohol ni fumar en la casa; no se puede tener

comida en la habitación ni cambiar la disposición de los muebles o instalar enseres personales; en las salas de estar hay música de fondo permanentemente. Durante el día los residentes no pueden acostarse ni estar en las habitaciones. La razón aducida para justificar este régimen consistía en que de esa forma se consigue que los ancianos duerman mejor por la noche.

La privacidad es baja, existe solamente una habitación individual, y los residentes no disponen de llaves de sus habitaciones.

No se realizan reuniones de personal ni asambleas generales, y tampoco se dispone de manuales de instrucciones, hojas de información, etc.

Las únicas actividades socio-recreativas que existen son la misa semanal y una fiesta mensual.

3. RESIF

La puntuación de la dimensión 1 es baja porque la variedad de profesionales es escasa, únicamente hay auxiliares de clínica, todas mujeres, y dos médicos.

La capacidad funcional de los residentes es muy baja, la gran mayoría - más del 90% - necesitan ayuda para sus cuidados personales y actividades de la vida diaria, y un 80% sufren problemas de confusión mental.

El nivel de actividad es bajo, se limita a ver la TV y salir al área exterior si hace buen tiempo. Como se ha señalado anteriormente, la integración en la comunidad es casi nula, únicamente tres personas salen a dar un paseo fuera del recinto residencial.

Todos los residentes toman algún tipo de medicamento de forma controlada por los médicos; la atención sanitaria es continua, aunque en consulta se atiende aproximadamente a tres personas al día y raramente se dan casos de urgencia. Es de destacar, considerando el grado de discapacidad de la población residente, que el índice de escaras es mínimo.

En este gráfico se puede observar que el nivel de participación en actividades socio-recreativas existentes alcanza una puntuación media, pero hay que tener en cuenta que la oferta es reducida.

4. SCES

Estos gráficos reflejan el resultado de entrevistas realizadas a dos residentes y cuatro auxiliares de clínica. No pudieron realizarse más entrevistas debido a que el director consideró que se restaba tiempo de atención a los residentes.

Tampoco fue posible hablar con más residentes debido a que, entre quienes tenían capacidad de conversar, no se encontraron más voluntarios.

Se puede apreciar que tanto unos como otros opinan que la cohesión o la interacción social es baja, así como la independencia o iniciativa propia de los residentes.

En opinión del personal, el nivel de conflicto, de discusiones y quejas está por encima de la media, en cambio los residentes no lo perciben tan alto, queda, pues, por debajo de la media.

La expresividad de los residentes o la capacidad de expresar sus problemas, sentimientos, quejas, tiene una puntuación porcentaje algo más alta en opinión del personal, pero corresponde a una puntuación estándar inferior; esto se debe a que normalmente el personal es más optimista al valorar este aspecto.

En cuanto a la organización, planificación y funcionamiento del centro, tanto los residentes como los trabajadores entrevistados afirman estar satisfechos, aunque todos reconocen que se les exige disciplina.

Los trabajadores entrevistados creen que los residentes ejercen más influencia en la dirección de lo que ellos mismos estiman. Esto se ve reflejado en el punto 6.

Por último, los residentes entrevistados son más críticos que las auxiliares con respecto al entorno físico, sobre todo por la falta de espacio y de privacidad.

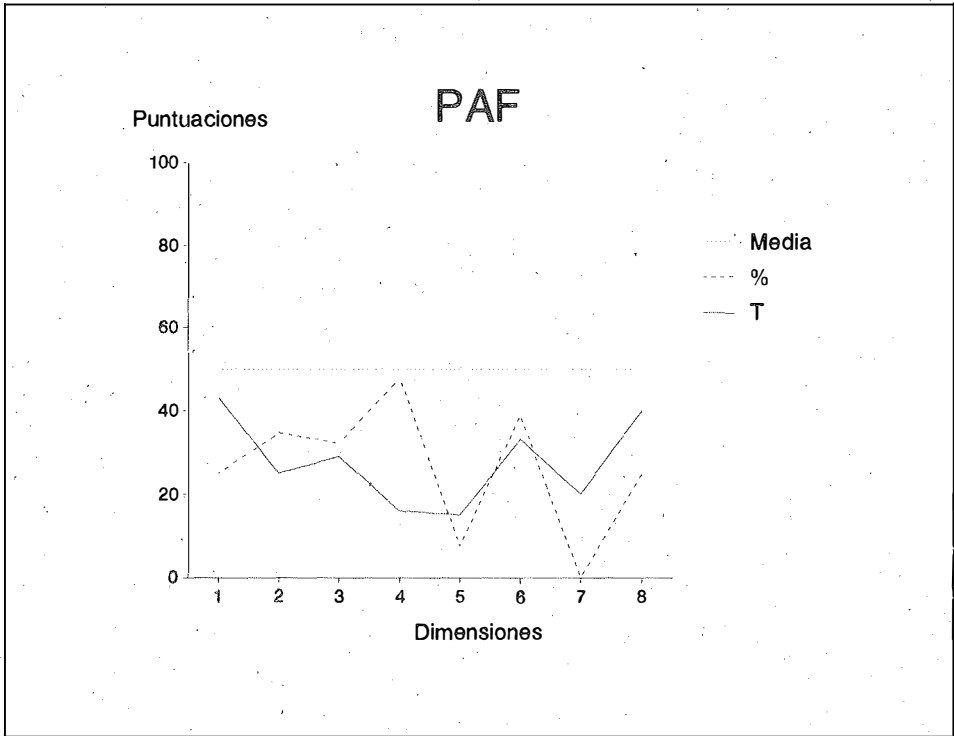
5. RS

En opinión de los observadores, el entorno físico se sitúa próximo a la media si se valora su atractivo, terrenos anexos, limpieza, iluminación, ruido. El aspecto más negativo es el ruido que a veces existe en el interior, debido a los gritos y sonidos involuntarios de los que padecen demencia avanzada.

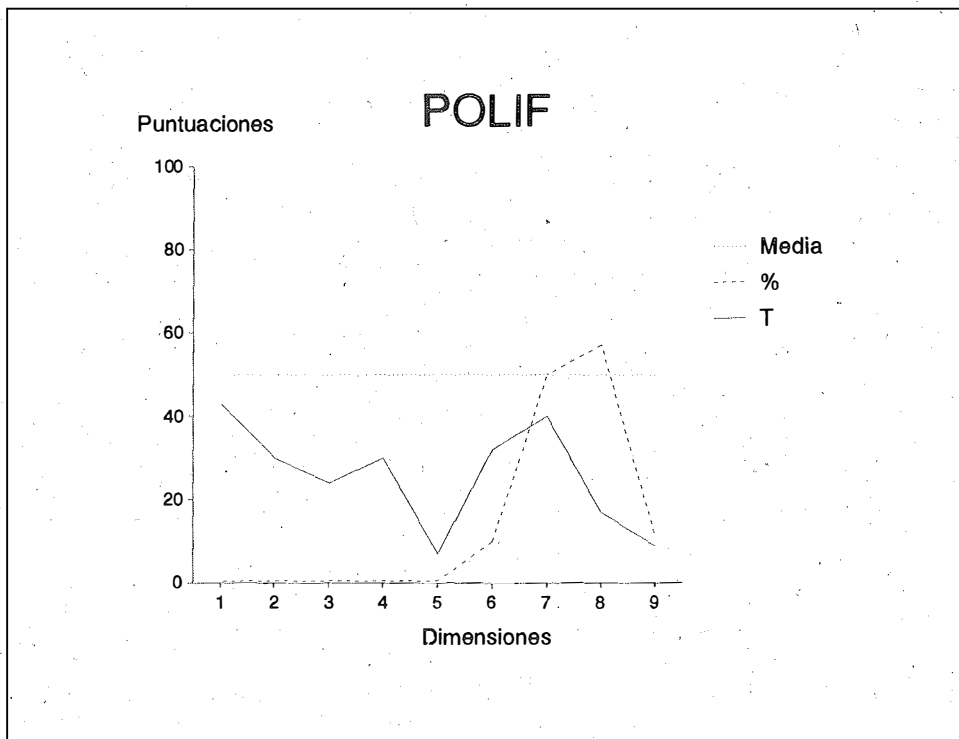
La diversidad ambiental es baja, las habitaciones tienen pocos muebles, son frías y no están personalizadas.

Los residentes tienen un aspecto limpio y aseado, pero permanecen inactivos, sentados en las butacas de las salas de estar; la interacción social es escasa.

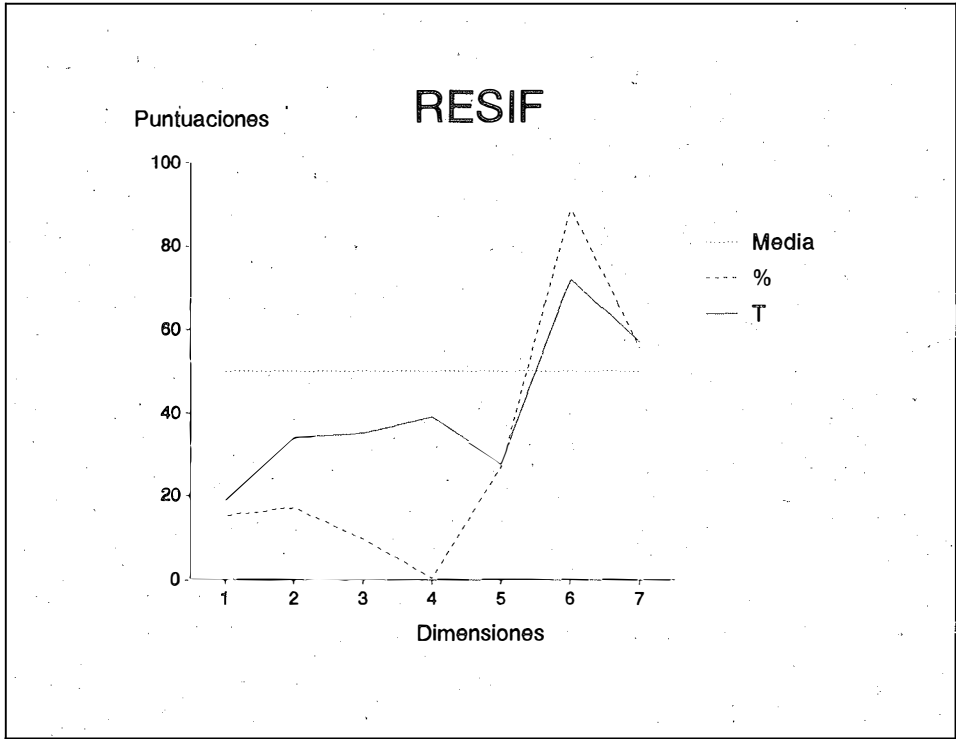
El funcionamiento del personal alcanza una puntuación algo superior a la media; las auxiliares de clínica están constantemente disponibles y se observan numerosos contactos físicos, por ejemplo, para dar paseos agarrados del brazo, etc.



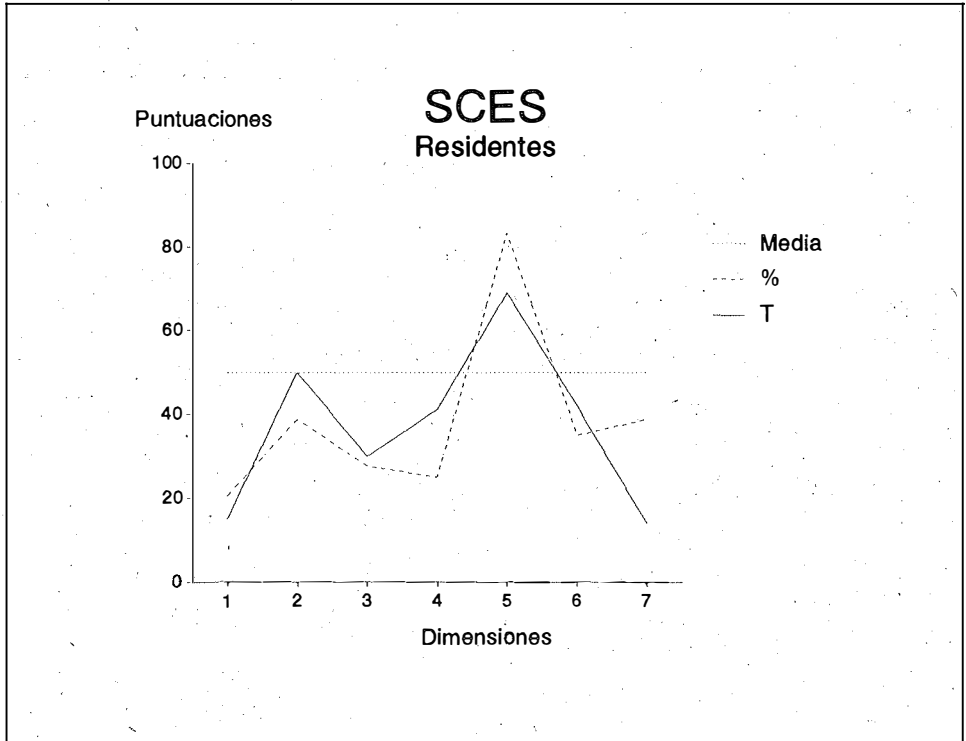
1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio



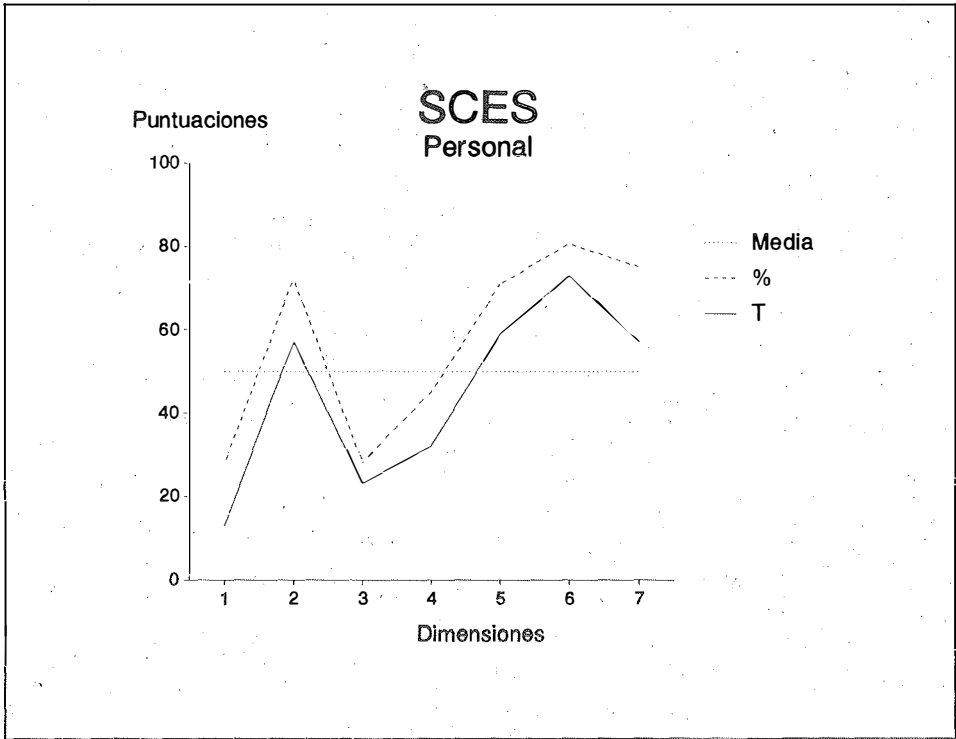
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



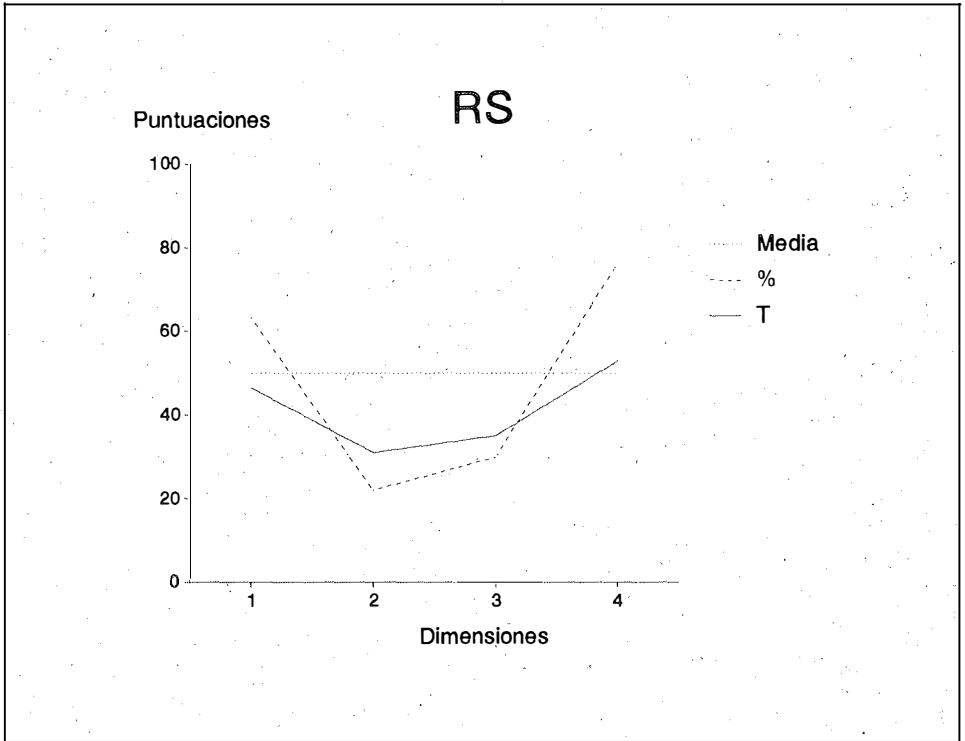
1. Características del personal.
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

RESIDENCIA SAN PRUDENCIO

Dirección: C/ Francia, nº 35 (Vitoria-Gasteiz)

Titularidad: Pública (Municipal)

Nº residentes: 255

Superficie interior por residente: 44,5 m²

Nº habitaciones: Individuales: 235

Dobles: 10

Nº baños completos: 27

Nº aseos: 274

Nº duchas: 13

Nº baños geriátricos: 8

Ratio de personal por residente: 0,31

Plantilla: Personal de atención directa: 48

Personal auxiliar: 33

La Residencia S. Prudencio está situada en la calle Francia, en Vitoria-Gasteiz. Es un servicio municipal que acoge a 255 personas mayores. El edificio está constituido por 5 plantas y la enfermería, recientemente renovada, que acoge a las personas más dependientes tanto por causa física como psíquica. Esta separación obedece a una mayor comodidad en la distribución de tareas del personal, pero no es bien aceptada por los residentes. Como ocurre en otras residencias de estas características, los residentes del área de la enfermería se sienten discriminados, raramente salen de su planta, considerándola, en expresión de uno de ellos, como la "antesala de la muerte".

El edificio cuenta con 235 habitaciones individuales y 10 dobles ocupadas por matrimonios. La superficie total por residente es mayor que la exigida en el decreto 218/1990. Dispone de 2 salones, 3 salas de actividades y 5 comedores, uno en cada planta.

La plantilla del personal está compuesta por auxiliares de clínica, enfermeras, médico, terapeuta ocupacional, asistente social, personal de limpieza, cocina y personal administrativo.

El ratio personal/residente es mayor que el exigido en el decreto 218/1990.

1. PAF

El perfil relativo al entorno físico queda casi en su totalidad por encima de la media. Está cerca de los recursos comunitarios básicos, el edificio es atractivo y ofrece comodidades, dispone de ayudas técnicas, orientativas y medidas de seguridad básicas: barras de seguridad, pasamanos, superficies antideslizantes, dispositivos de detección de humo, etc.

Existen salas de estar para el personal, despachos para el director, asistente social, área de secretaría, salón de reuniones.

La disponibilidad de espacio, es decir, la variedad de salas y la superficie por residente es próxima a la media, quizás faltan salas pequeñas que permitan la intimidad de pequeños grupos.

Si bien la dimensión relativa a las instalaciones socio-recreativas supera la media en puntuación porcentaje, no resulta muy alta para este tipo de residencias si se traslada a datos normativos.

2. POLIF

En los aspectos referentes a política organizativa, medios de participación de los residentes, canales de comunicación, posibilidad de elegir su ritmo de vida y horarios, esta residencia queda por debajo de la media.

En el momento del estudio no existía junta de gobierno ni comités de residentes, pero hay que decir que sí se realizaban asambleas, generales y por plantas con cierta frecuencia. Asimismo, se celebraban reuniones del personal asistencial con el fin de tratar temas relacionados con la atención a los residentes.

La privacidad es alta porque la mayoría de las habitaciones son individuales -las dobles están ocupadas por matrimonios- y los residentes disponen de sus propias llaves.

El punto 7 refleja que la disponibilidad de servicios de salud es alta, existe un servicio médico, de enfermería, terapia ocupacional, rehabilitación. Es alta asimismo la asistencia en la vida diaria (punto 8), como es lo normal en este tipo de residencias.

Se dispone de actividades socio-recreativas, como trabajos manuales, grupos de canto, películas, misas, fiestas, conferencias, etc., organizadas de forma periódica, y se dan también otras experiencias comunes con escuelas de niños.

3. RESIF

La capacidad funcional media de todos los residentes es de 45%. Dado que se trata de una residencia mixta y que no se exige un determinado nivel funcional para ingresar, el grado de autonomía es muy diverso. El ratio de personas con cierto grado de confusión mental es de 1/3.

En este gráfico se puede destacar la pasividad de los residentes en lo que respecta a las actividades espontáneas o por cuenta propia, tanto dentro de la residencia (punto 3) como fuera de ella (punto 4). Asimismo, la pasividad es notable a nivel de actividades organizadas por el personal de la residencia (punto 7), a pesar de que existe una oferta considerable (punto 9 de POLIF).

4. SCES

En estos dos gráficos se observa que hay algunas diferencias entre la opinión que los residentes y el personal tienen sobre el clima social, resultando más optimistas los primeros en aspectos como la expresión de sus problemas, sentimientos, quejas y la organización en general, si bien consideran que su influencia es baja. Podría decirse, en consecuencia, que se sienten conformes en su no participación.

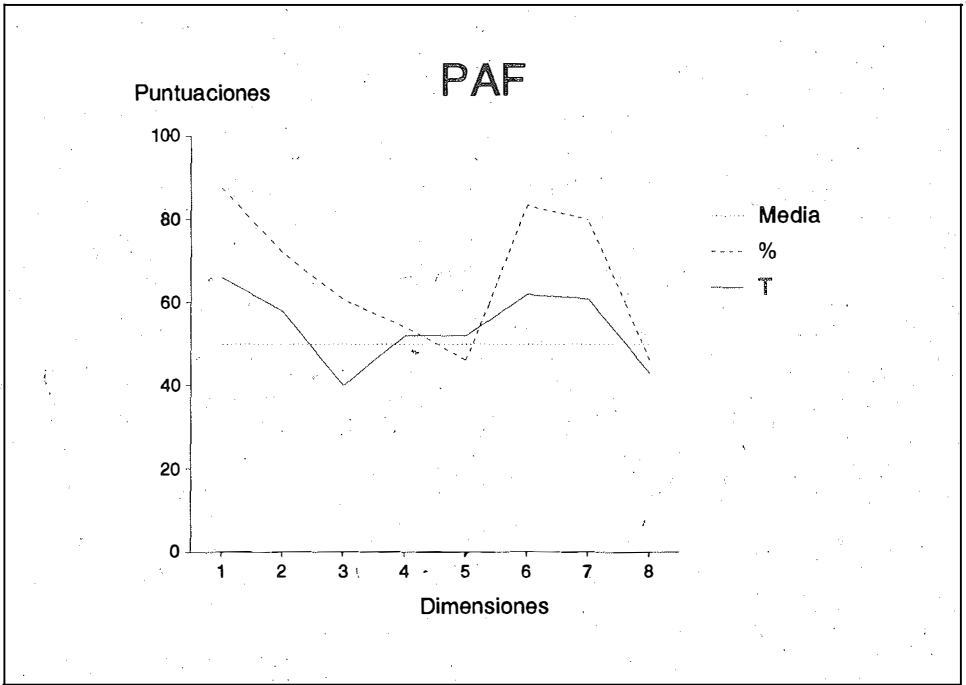
El personal es más crítico con la organización, y opina que los residentes tienen más poder del que ellos mismos sienten, pero sin llegar a la media normal tomada como referencia.

Todos perciben un cierto nivel de conflicto, discusiones, críticas, intolerancia, como consecuencia de la convivencia cotidiana.

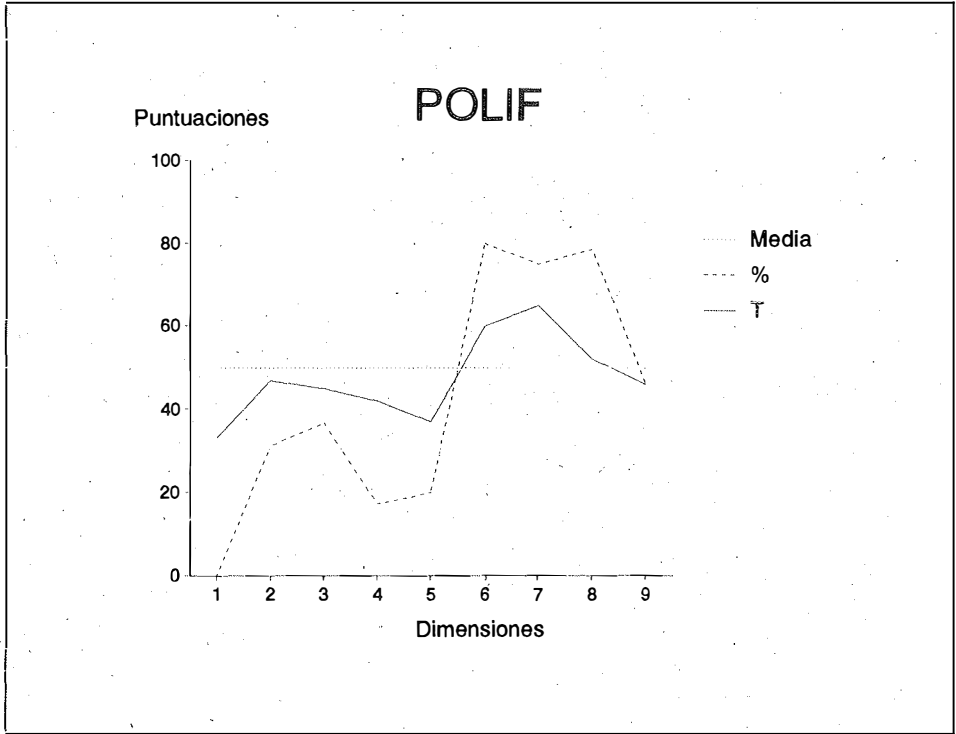
La opinión que tienen ambos grupos sobre el confort físico (punto 7) resulta positiva en puntuación porcentaje, pero no alcanza la media si se expresa en datos normativos. A pesar de que el edificio está en buenas condiciones, no se considera confortable ni hogareño.

5. RS

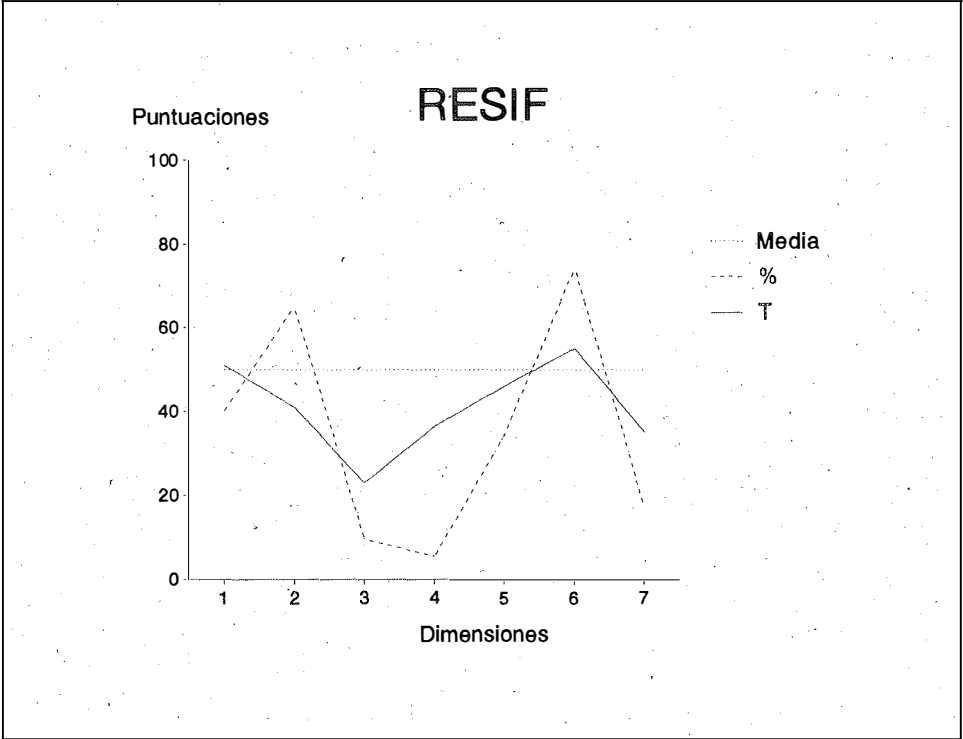
Todas las dimensiones se sitúan próximas a la media. Destaca ligeramente la diversidad ambiental. Como las habitaciones son individuales se puede apreciar cierta personalización (punto 2).



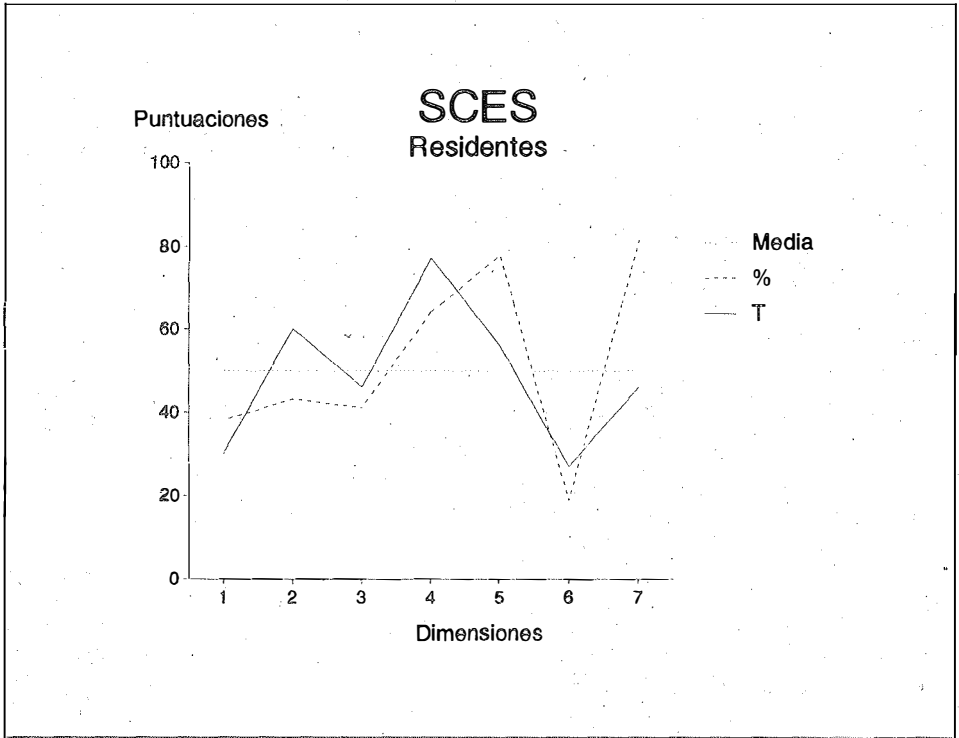
1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio



1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas

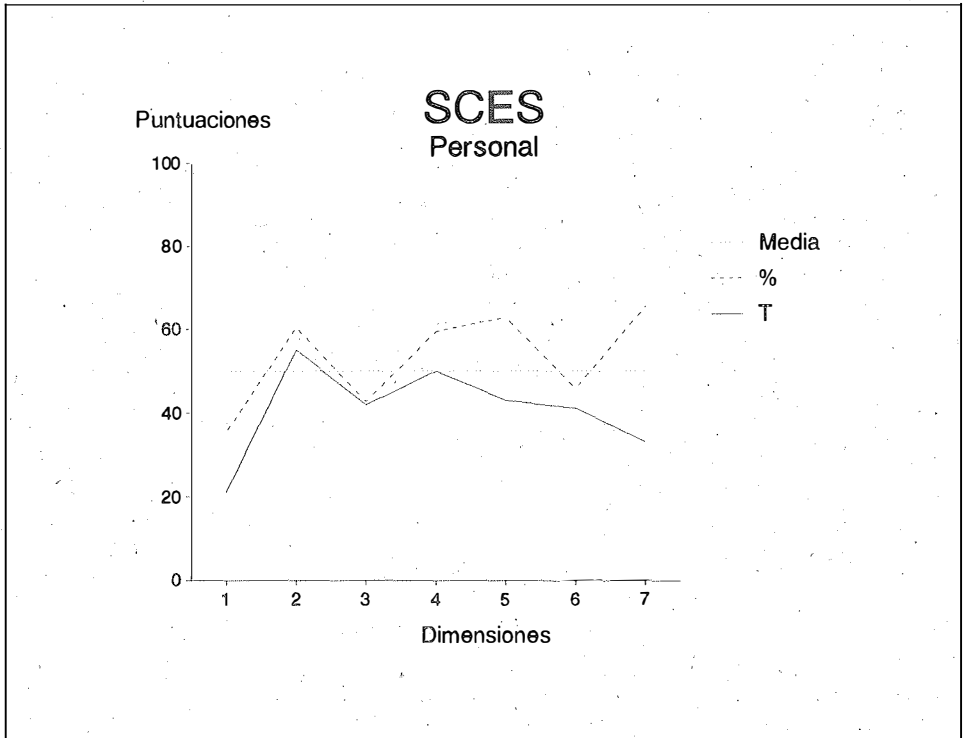


1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales

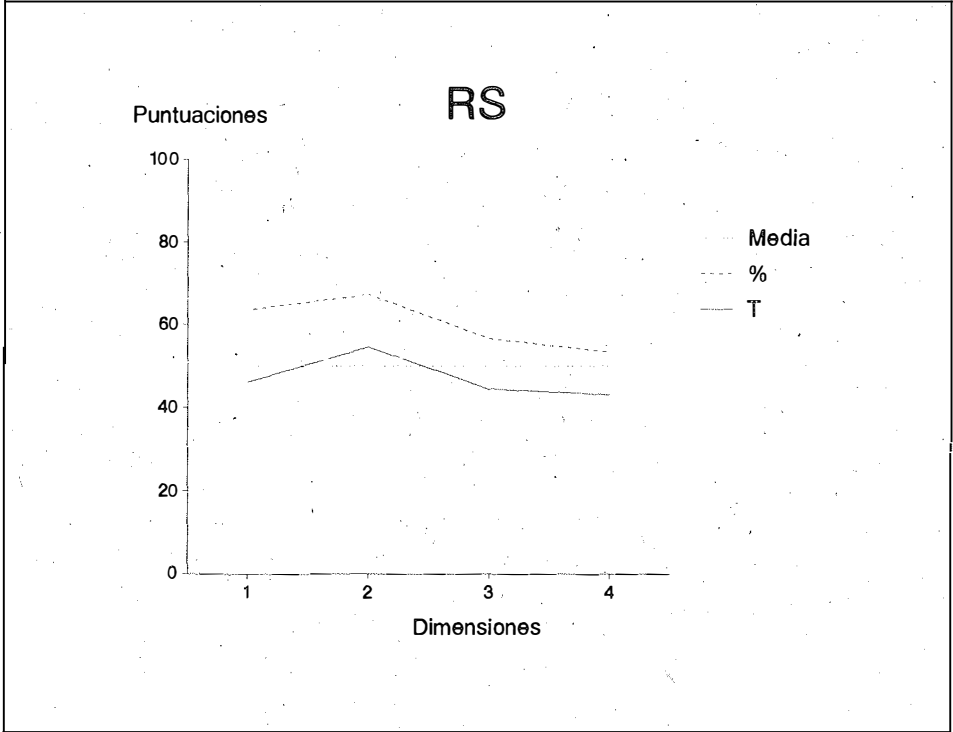


1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

RESIDENCIA S. PRUDENCIO



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



- 1. Entorno físico
- 2. Diversidad ambiental
- 3. Funcionamiento de los residentes
- 4. Funcionamiento del personal

SANTO HOSPITAL GLORIOSO SAN JUAN BAUTISTA

Dirección: C/ General Castaños, 75 (Portugalete)

Titularidad⁵: Privada (60 plazas subvencionadas y 25 habitaciones individuales privadas)

Nº residentes: 85

Superficie interior por residente: 17,85 m²

Nº habitaciones: Individuales: 30

Dobles: 1

Triples: 1

Múltiples (de 4, 20 y 22 camas): 4

Nº total de baños: 39

Ratio de personal por residente: 0,30

Plantilla: Personal de atención directa: 14

Personal auxiliar: 39

Esta residencia está situada en el centro urbano de la ciudad, pero discretamente aislada del exterior. Dispone de un área externa con jardines, paseos y bancos. El acceso desde la calle hasta el edificio se realiza a través de una pendiente bastante pronunciada. En la entrada principal hay un tramo de escaleras sin rampa alternativa. Existen otras entradas, pero en todas es preciso subir o bajar escaleras.

El edificio consta de tres plantas, la tercera está reservada para 25 habitaciones individuales de mujeres, y son de titularidad privada. En las otras dos, los residentes están separados por sexos.

En total existen 36 habitaciones, 30 individuales (25 del sector privado), una doble, una de tres, dos de cuatro y dos dormitorios corridos, de 20 y 22 camas. Hay además tres comedores, uno por planta. En el momento del estudio residen 85 personas.

La superficie total es mayor que la requerida por el decreto 218/1990.

La plantilla del personal está constituida por 16 trabajadores contratados (auxiliares de clínica, limpiadoras, cocineras, planchadora, lavandera, una de suplencia) y 10 religiosas que habitan en la casa. Además, dos médicos pasan consulta de forma voluntaria todos los días, y alrededor de 15 personas acuden en la temporada de verano para ayudar en las tareas necesarias y entretejer a los residentes. El ratio personal/residente es mayor que el requerido por el decreto 218/1990.

La capacidad funcional media de los residentes está próxima al promedio normativo. El ratio de residentes con cierto grado de confusión es de 1/3.

⁵La titularidad jurídica es privada, aunque de hecho, excluyendo las 25 habitaciones privadas, funciona como una residencia municipal pública.

1. PAF

En el perfil relativo al entorno físico de esta residencia, apreciamos, como punto positivo, su ubicación en el centro de la ciudad y su proximidad a los recursos comunitarios. La disponibilidad de espacio, es decir, la superficie por residente y la variedad de salas, alcanza la puntuación media normal.

Las demás dimensiones quedan por debajo de la media, lo que refleja una carencia de instalaciones socio-recreativas, áreas de juego, ayudas técnicas, medidas para facilitar la orientación -pictogramas, carteles, etc.- y la movilidad autónoma -superficies antideslizantes, timbres en los baños, pasamanos, etc.-, así como medidas que afectan a la seguridad -detectores de humo, puertas cortafuegos, etc.-, ausencia de salas de reunión para el personal de atención directa, y otras disposiciones que aumenten la comodidad y las opciones de los residentes: pequeñas cocinas, lavaderos, máquinas de dulces o bebidas no alcohólicas, etc.

2. POLIF

En este gráfico todas las dimensiones están por debajo de la media, salvo la atención sanitaria (punto 7), cubierta por dos médicos voluntarios que pasan consulta todos los días en la propia residencia y atienden los casos de urgencia.

La organización y gestión está en manos de la junta directiva; los residentes no tienen ninguna representación; no se realizan asambleas ni reuniones de personal.

Las posibilidades de elección de horarios, disposición de las habitaciones, etc., son escasas y la tolerancia ante conductas desviadas como riñas, abuso del alcohol, etc., es baja.

La privacidad es menor que la media; existen 30 habitaciones individuales pero hay también dormitorios corridos de 22 camas, que aunque están separadas por biombos, dificultan el respeto a la intimidad de cada persona.

La asistencia en la vida diaria se sitúa cerca de la media, como en otras residencias de este tipo.

El punto 9, correspondiente a la disponibilidad de actividades socio-recreativas, refleja un nivel bajo, únicamente se ofrecen misas diariamente. Alguna vez se organizan fiestas, festivales, conferencias, etc.

3. RESIF

La participación en actividades se sitúa por encima de la media, pero hay que tener en cuenta que dicha valoración está condicionada por la amplitud de la oferta de actividades, y como se ha visto en el POLIF, punto 9, en este

caso únicamente se ofrece la misa, mientras que las fiestas, conferencias, etc., ocupan un lugar muy aislado a lo largo del año. Puede decirse, en consecuencia, que los residentes participan intensamente en lo poco que se les ofrece.

Los puntos 3 y 4 reflejan la pasividad de los residentes, tanto dentro como fuera de la residencia. Más de la mitad no salen nunca del recinto residencial, y su actividad principal es ver la TV y estar con sus compañeros.

La utilización de servicios sanitarios, así como la asistencia en las necesidades de la vida diaria es próxima a la media.

4. SCES

Si se comparan los perfiles de opinión sobre el clima social de los residentes y del personal, se observan algunas diferencias:

- los residentes aprecian un mayor nivel de conflicto que el personal, es decir, más discusiones, quejas y críticas.
- la expresividad de los residentes o capacidad de manifestar quejas, problemas, sentimientos, es valorada de forma más positiva por los mismos; el personal por su parte, considera que son más cerrados.
- los residentes son más optimistas, o tal vez más conformistas a la hora de valorar la interacción, las relaciones entre residentes y personal.

Tanto unos como otros valoran la independencia de los residentes para iniciar actividades por debajo de la media, así como la influencia, la participación de éstos en la organización y dirección de la residencia.

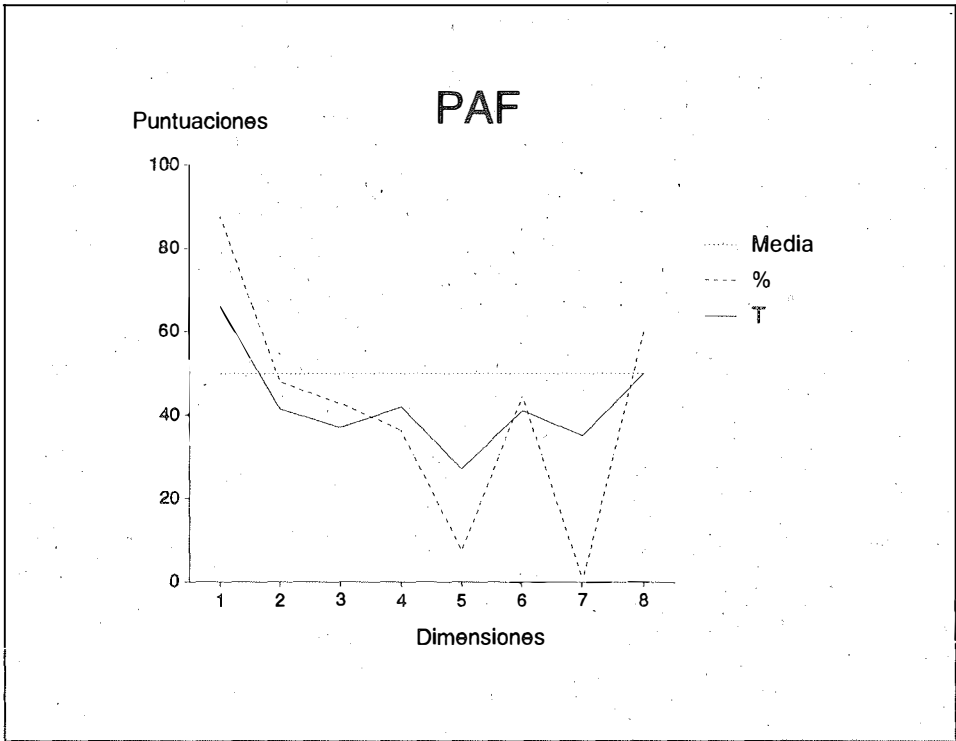
Ambos grupos coinciden asimismo en la valoración del edificio, comodidades, calor, iluminación, decoración, otorgándole una puntuación alta en porcentaje, pero media, si se toma como referencia la tabla normativa.

5. RS

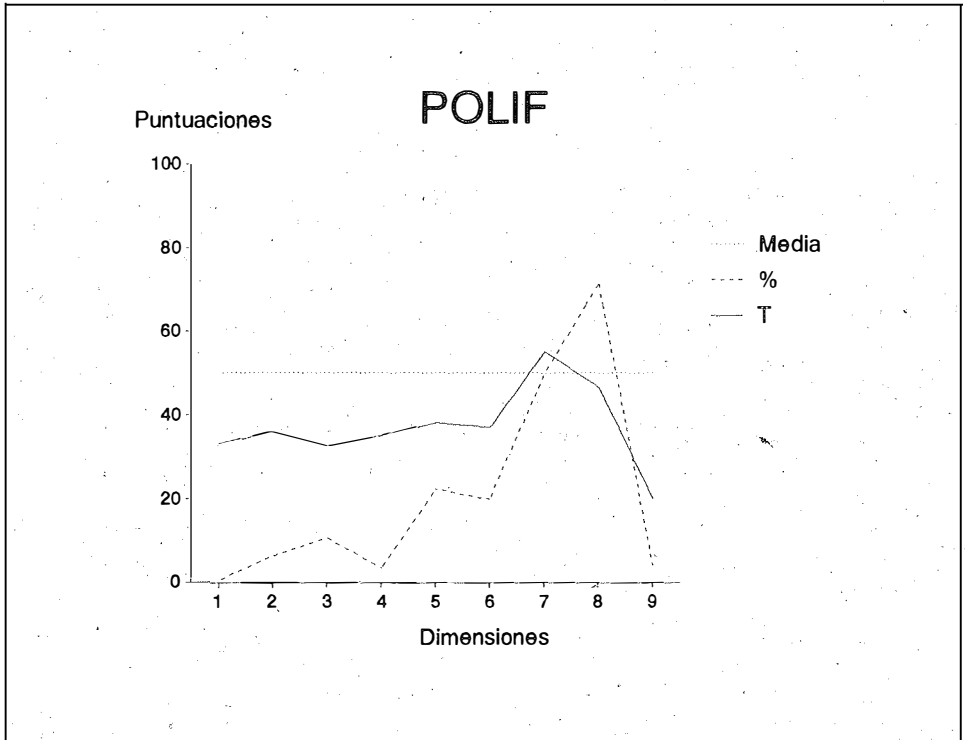
Los observadores externos valoran el entorno físico del edificio cerca de la media. La ubicación es céntrica, dispone de un área exterior atractiva, en el interior no se aprecian ruidos ni olores, destaca la limpieza general, pero algunas zonas están poco iluminadas. Por otra parte, los accesos desde el exterior no son buenos y existen también escaleras en el interior, de uso inevitable a pesar de la existencia de ascensor.

La diversidad ambiental es baja, el ambiente es institucional, poco personalizado.

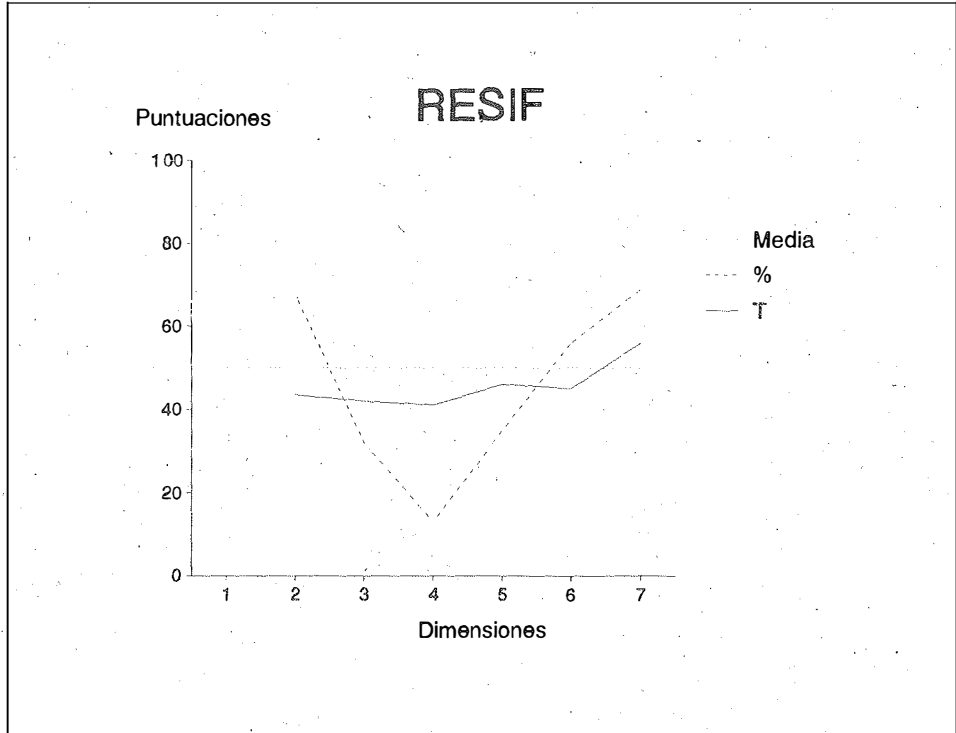
El punto 3 refleja la pasividad de los residentes, la falta de interacción entre ellos. Sin embargo, como indica el punto 4, se aprecia una disponibilidad del personal hacia los residentes y una actitud calurosa, quizás rayana en el paternalismo.



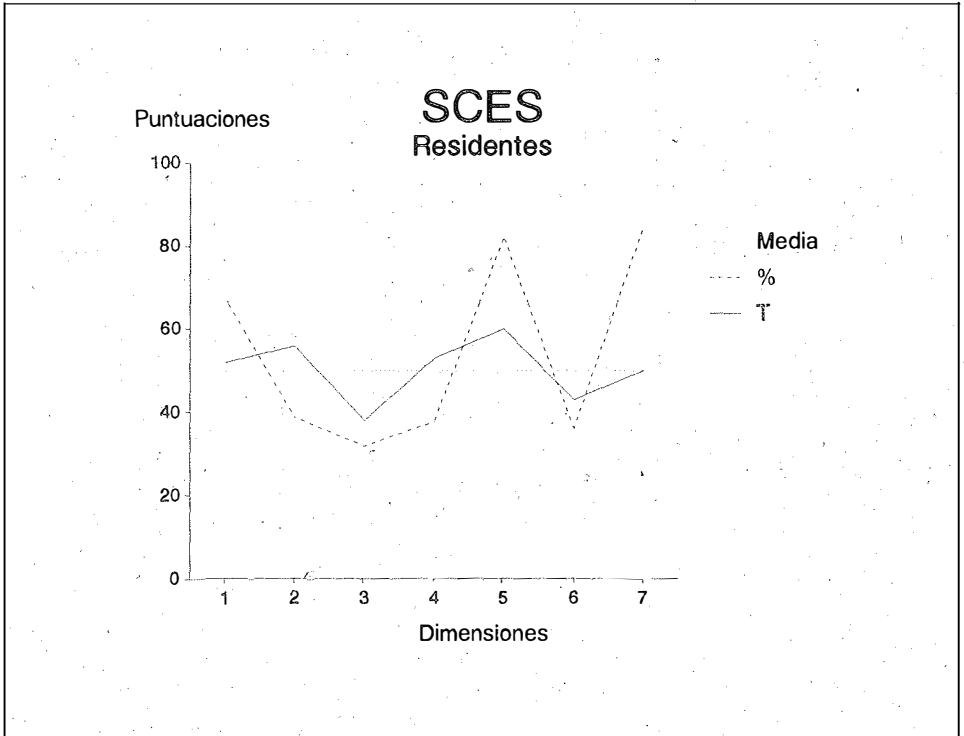
1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio



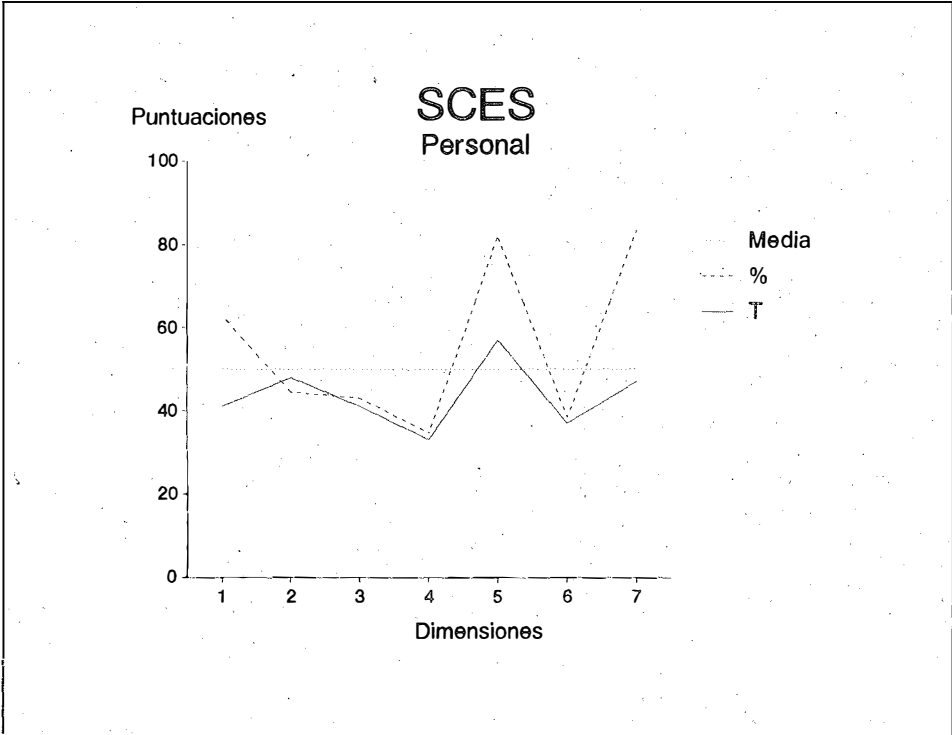
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



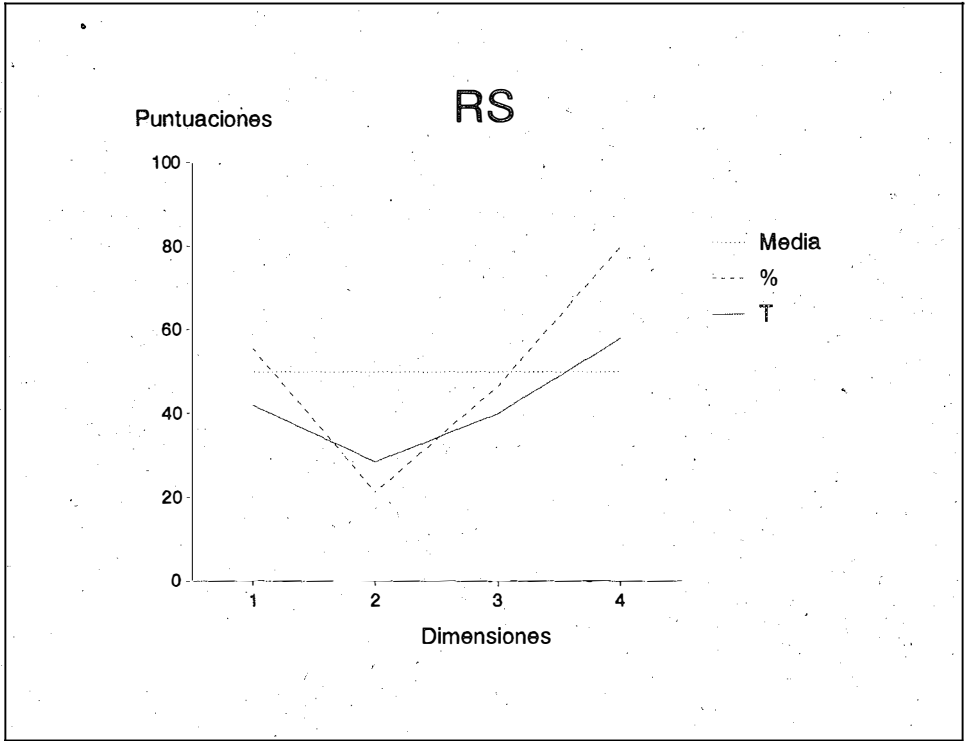
1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

CLINICA ALAVA

Dirección: Salvatierrabide, nº 9 (Vitoria-Gasteiz)

Titularidad: Privada (acceso a través de Diputación, Seguridad Social o directo)

Nº residentes: 119

Superficie interior por residente: 42 m²

Nº habitaciones: Individuales: 1

Dobles: 62

Nº baños completos: 63

Nº baños geriátricos: 1

Ratio de personal por residente: 0,6

Plantilla: Personal de atención directa: 50

Personal auxiliar: 26

Se trata de un centro mixto de 125 plazas -80 de ellas corresponden a la residencia asistida y 40 al hospital especial de nivel de complejidad IV A-, situado en un barrio residencial periférico de la ciudad, junto a una carretera con mucho tráfico.

El edificio y sus terrenos anexos están delimitados por una valla que los aísla completamente del exterior. En el área externa del recinto residencial hay una zona ajardinada, existen algunos bancos en los que poder sentarse y en verano se instalan mesas, sillas y sombrillas.

En la entrada principal del edificio hay unas escaleras que dan directamente al pasillo de la primera planta. Una rampa alternativa conduce a un ascensor que hay que atravesar para llegar a la entrada principal.

El edificio está constituido por tres plantas. En la planta baja está el salón, sala de rehabilitación, comedor, etc. En la primera están alojados los residentes más dependientes, los cuales comen en sus habitaciones. Las personas que viven en la segunda planta, que en su mayoría no necesitan ayuda para desplazarse, bajan al comedor común.

El número de residentes en el momento del estudio es de 119, alojados en 62 habitaciones dobles, cuya superficie es mayor que la requerida por el decreto 218/1990.

El área total por residente es asimismo superior a la que exige dicho decreto 218/1990.

La plantilla del personal está compuesta por auxiliares de clínica, enfermeras, médicos y personal auxiliar (cocineros, limpiadores, lavaderos, personal de mantenimiento). No hay asistente social ni ningún otro profesional que se haga cargo de la animación socio-recreativa. El ratio personal/residente es superior al requerido por el decreto 218/1990 para residencias asistidas.

Un 70% de los residentes sufre cierto grado de confusión mental, cifra superior al ratio recomendado por el Centre of Policy on Ageing (1/5) para evitar problemas de convivencia.

1. PAF

En el perfil correspondiente a las características físicas y arquitectónicas se observa que la disponibilidad de espacio supera la norma existente, pero hay una falta de recursos en lo que respecta a ayudas técnicas, orientativas, medidas de seguridad y material recreativo. Las sillas de ruedas no entran en los baños de las habitaciones, no hay superficies antideslizantes ni timbre en los baños. No hay ningún teléfono con controlador de intensidad para personas con problemas de audición. Carece asimismo de pictogramas orientativos, tabloneros de anuncios, y los nombres de los residentes no están escritos en la puerta de sus dormitorios.

La ubicación de este centro en un barrio residencial periférico permite el acceso a ciertos recursos sociales, como tiendas, bares, hospital, pero no está completamente integrado en la comunidad.

2. POLIF

Como puede observarse en el gráfico correspondiente, la participación de los residentes es escasa, no hay junta de gobierno y existen pocos medios de comunicación, de difusión e intercambio de ideas, como asambleas, reuniones, boletín, etc. (puntos 4 y 5).

Se aprecia asimismo que las actividades socio-recreativas son escasas, únicamente hay un grupo que hace gimnasia y otro de trabajos manuales. La asistencia en la vida diaria, tratándose de una residencia asistida, queda por debajo de la media. La carencia más evidente consiste en la falta de asistencia para ir de compras.

La tolerancia ante comportamientos que no se ajustan a las normas, como provocar discusiones y riñas, rechazar el baño, etc., es baja (punto 2).

Como se ha indicado anteriormente, todas las habitaciones son dobles y normalmente las puertas permanecen abiertas, la privacidad, por tanto, es baja (punto 6).

No existe servicio de rehabilitación ni terapia ocupacional ni psicoterapia, por lo que la dimensión relativa a los servicios de salud no alcanza la media en puntuación estándar.

3. RESIF

La dimensión que valora las características del personal es más baja que la norma, debido a la falta de trabajadores sociales, psicólogo, terapeuta ocupacional, monitor de tiempo libre o personal voluntario.

La capacidad funcional de los residentes, su nivel de autonomía, es escaso, el 80% necesita ayuda para comer, vestirse, asearse, levantarse de la cama y acostarse, etc.

Se puede observar un bajo nivel de actividad espontánea de los residentes, tanto dentro de la residencia como fuera (un 80% de éstos no sale nunca). Sin embargo, aunque la disponibilidad de actividades organizadas es baja (POLIF punto 9), ya que se limita a fiestas y espectáculos de vez en cuando, la participación es algo mayor que la norma (punto 7).

Si bien la disponibilidad de ayuda para las actividades de la vida diaria es baja (POLIF punto 8), el nivel de utilización es alto y se refiere a cuidados personales, limpieza de la habitación, de la ropa, y servicio de comedor fundamentalmente.

4. SCES

En este gráfico se puede observar la opinión de los residentes y del personal sobre el clima social.

Tanto unos como otros perciben un bajo grado de relación y ayuda, siendo más negativa la opinión del personal (punto 1). El nivel de conflicto que se aprecia es similar a la media normal (punto 2).

De la misma forma, el personal y los residentes, y especialmente éstos, consideran que la autosuficiencia y la iniciativa propia de los residentes es baja.

La expresividad de enfado y crítica que aprecian los residentes y el personal alcanza, en datos normativos, una puntuación media.

La organización de la residencia está mejor vista por los residentes que por el personal; sin embargo, en opinión de todos, la influencia de los residentes en la organización es escasa.

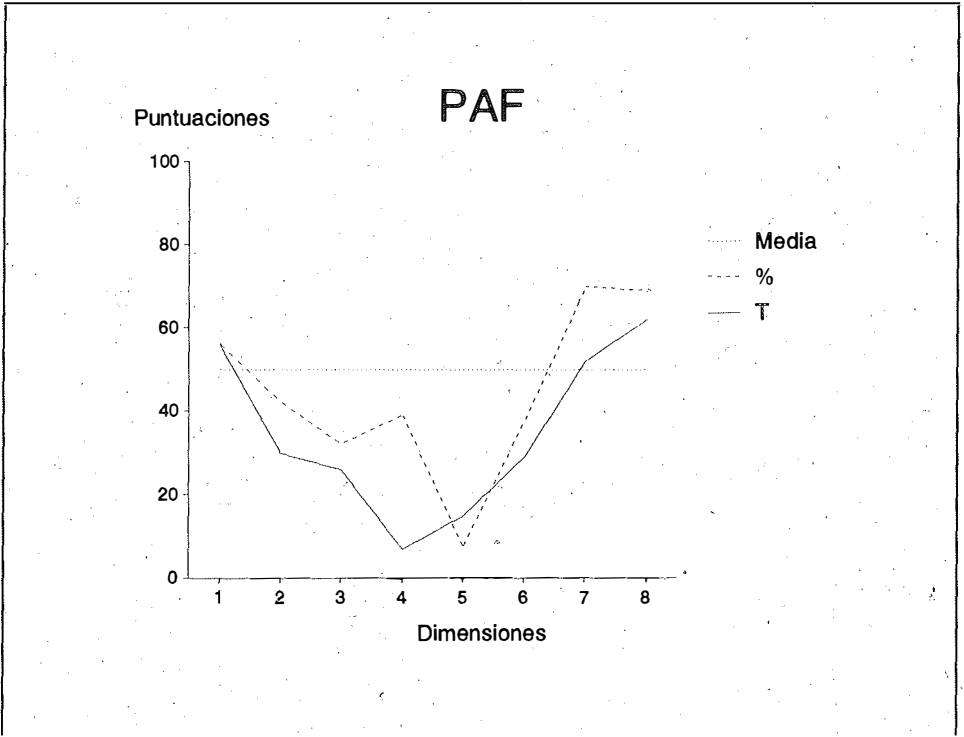
Por último, el confort físico que perciben los residentes y el personal es bajo, especialmente en opinión del personal.

5. RS

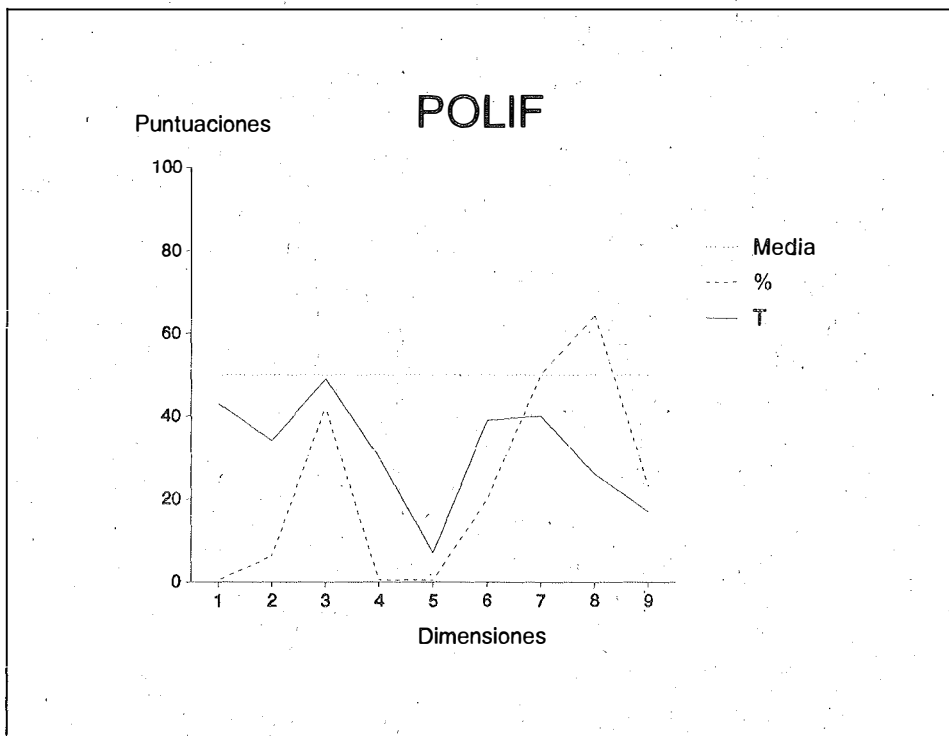
En este gráfico se aprecia que, en opinión de los evaluadores, el confort físico y agrado de la residencia -nivel de iluminación, olores, ruidos- es bajo con respecto a la norma.

Asimismo, es baja la diversidad ambiental, la residencia tiene aspecto de hospital, la despersonalización es evidente.

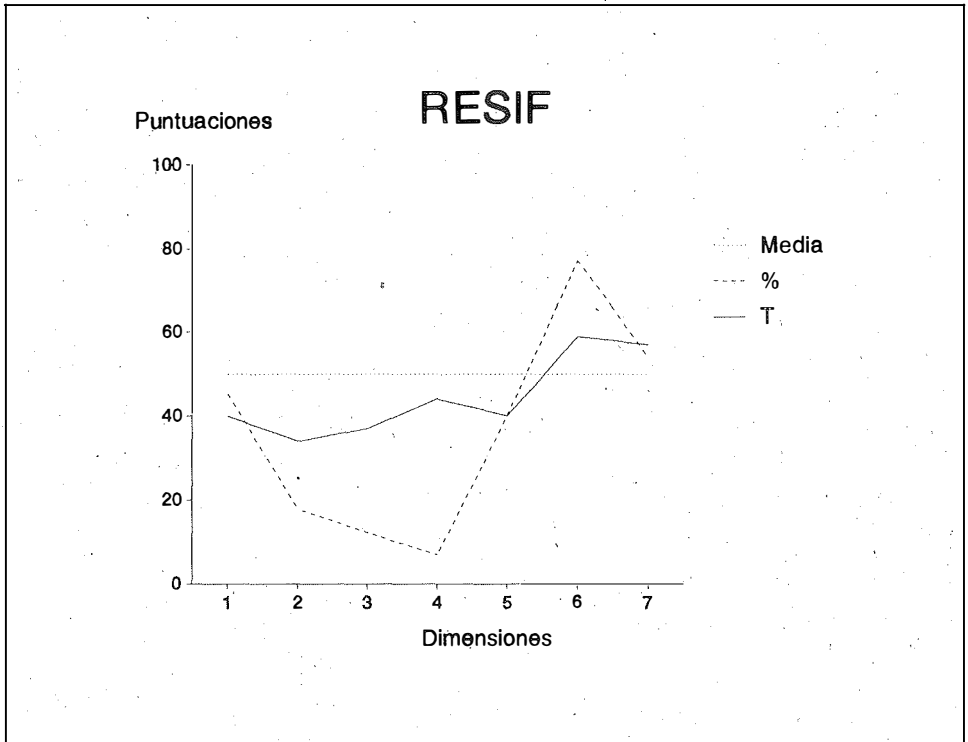
Se aprecia un bajo nivel de actividad por parte de los residentes, determinado por su dependencia y la escasa disponibilidad del personal. El grado de interacción entre unos y otros es pobre y a veces resulta poco delicado.



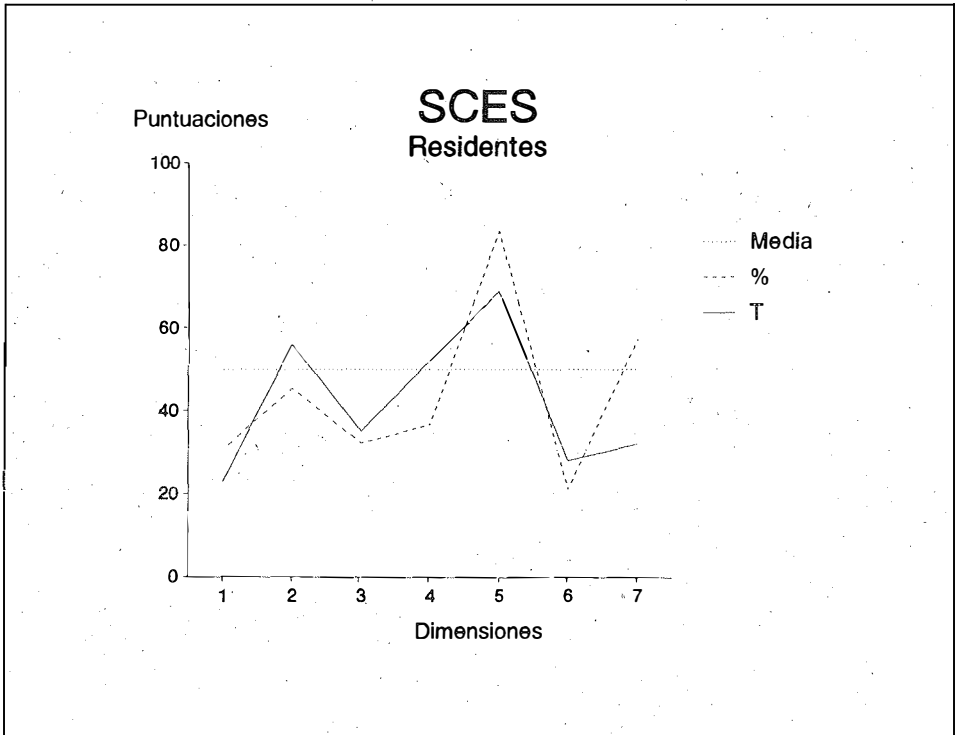
1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio



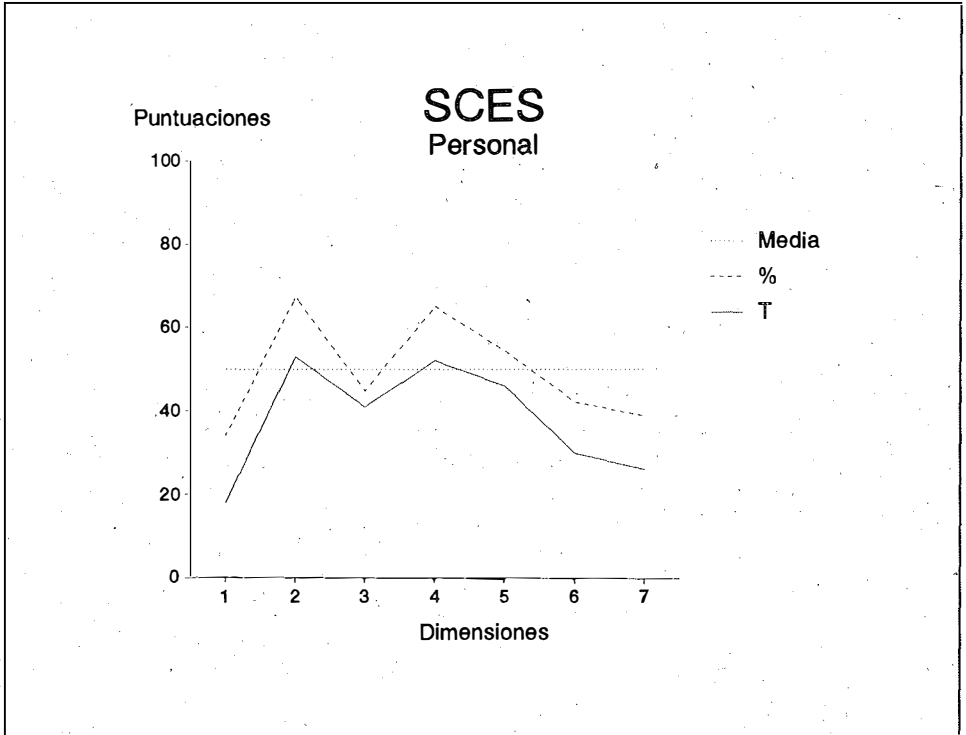
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



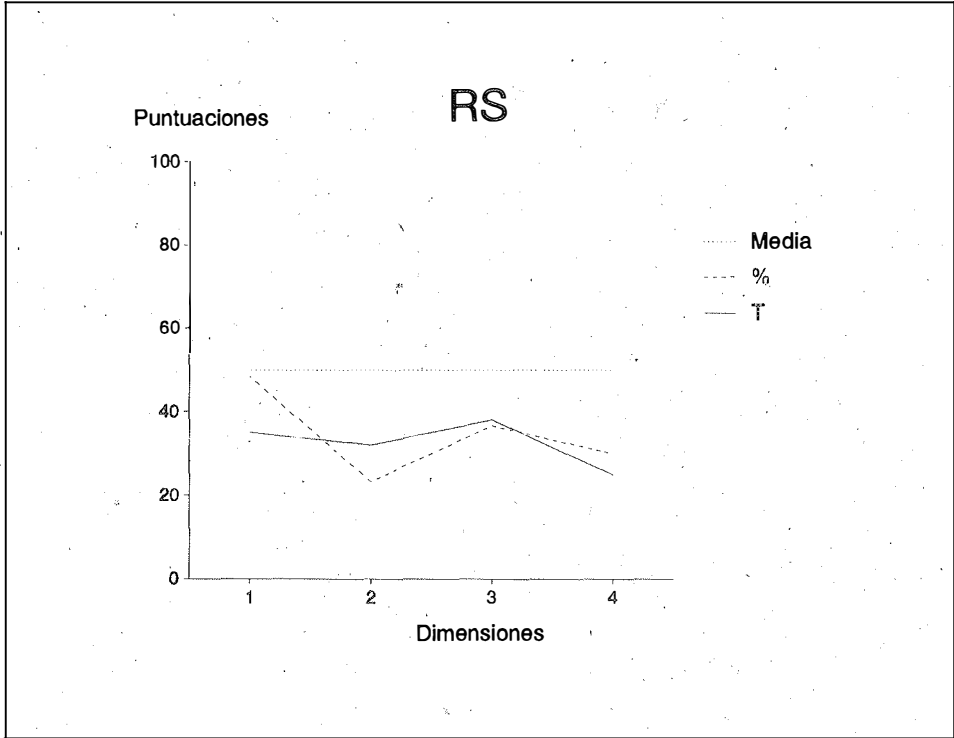
1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales



- 1. Cohesión
- 2. Conflicto
- 3. Independencia
- 4. Expresividad
- 5. Organización
- 6. Influencia de los residentes
- 7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

RESIDENCIA ZORROAGA

Dirección: Alto de Zorroaga, s/n (Donostia-San Sebastián)

Titularidad: Privada

Nº residentes: 320

Superficie interior por residente: 48,98 m²

Nº habitaciones: Individuales: 70

Dobles: 104

Triples: 14

Nº baños: 151

Nº baños geriátricos: 1

Ratio de personal por residente: 0,25

Plantilla: Personal de atención directa: 34,5

Personal auxiliar: 57,15

Es una residencia de "válidos" situada en el alto de Zorroaga, en Donostia-San Sebastián, relativamente alejada del centro de la ciudad. Dispone de un autobús para uso de los residentes.

Está constituida por dos edificios que acogen a un total de 320 residentes. En uno de ellos viven 52 personas completamente autónomas y en el otro, el resto. Este último tiene tres plantas, la primera corresponde a la enfermería, ocupada, en dos secciones diferentes, por 36 mujeres y 38 hombres con cierto grado de dependencia; todos ellos permanecen habitualmente en su planta, la cual se mantiene cerrada con llave para evitar la salida de los que padecen confusión.

Existen en total 188 habitaciones, 70 individuales, 104 dobles y 14 triples. La superficie total por residente es mayor que la requerida por el decreto 218/1990.

El ratio personal/residente es de 0,25, justamente el mínimo exigido por el decreto 218/1990 para residencias de "válidos". La plantilla se compone de auxiliares, enfermeras, médico, asistente social, animador sociocultural, psicólogo, podólogo, monitor de tiempo libre y personal auxiliar.

1. PAF

En este gráfico se puede destacar la escasez de ayudas destinadas a orientar a los residentes: pictogramas, carteles, tableros de anuncios y de medidas de seguridad, como superficies antideslizantes en las escaleras y baños, timbres en los baños y sistemas de detección de humo.

La disponibilidad de espacio está por encima de la media, tanto para los residentes como para el personal, que cuenta con despachos, salas de estar y de reuniones. Los demás aspectos se sitúan próximos a la media normal.

2. POLIF

Destacan como puntos positivos la disponibilidad de servicios de salud, ya que cuenta con servicio médico, de enfermería, terapia ocupacional y rehabilitación, éste último poco dotado en equipamiento.

Como puntos negativos cabe destacar que las posibilidades de participación de los residentes son escasas: no hay junta de gobierno, únicamente a un residente que lo solicitó se le permite participar en las reuniones de la junta directiva. Tampoco se realizan reuniones de personal ni existen otros canales de comunicación.

La actitud ante problemas de comportamiento, como el abuso del alcohol, es de cierta intolerancia. A veces, como medida de castigo, se impiden las salidas de los residentes.

El resto de las dimensiones se sitúan en torno a la media. Las actividades recreativas que existen son: trabajos manuales, juegos de cartas, bingo, grupos de conversación, misa, gimnasia (de forma periódica) y otras, como conferencias, meriendas y fiestas ocasionalmente.

3. RESIF

Se aprecia una vez más en este gráfico la pasividad de los residentes, tanto dentro (punto 3) como fuera de la residencia (punto 4), y la escasa participación en las actividades organizadas (punto 7), a pesar de que existen varias opciones (POLIF punto 9). La utilización de servicios de salud es menor que la media; pocos residentes realizan rehabilitación y terapia ocupacional.

4. SCES

Comparando los perfiles de opinión del personal y de los residentes, se pueden apreciar diferencias en cuanto a la independencia de estos últimos para emprender actividades (punto 3), aspecto que es valorado de forma más negativa por los residentes. Sin embargo, su expresividad, es decir, la tendencia a la comunicación de problemas y sentimientos, la valoran más positivamente.

El personal es más crítico en cuanto a la organización y al confort, y ninguno de los dos colectivos manifiesta mucha confianza en la influencia que los residentes tienen en la organización.

Tanto los trabajadores como los residentes perciben un bajo nivel de cohesión, de relaciones sociales y apoyo mutuo.

Por último, en el punto 2 se puede apreciar que la valoración del nivel de conflicto -discusiones, quejas, críticas- es más alta en opinión del personal, sin embargo, en puntuación estándar es algo inferior a la de los residentes, y esto

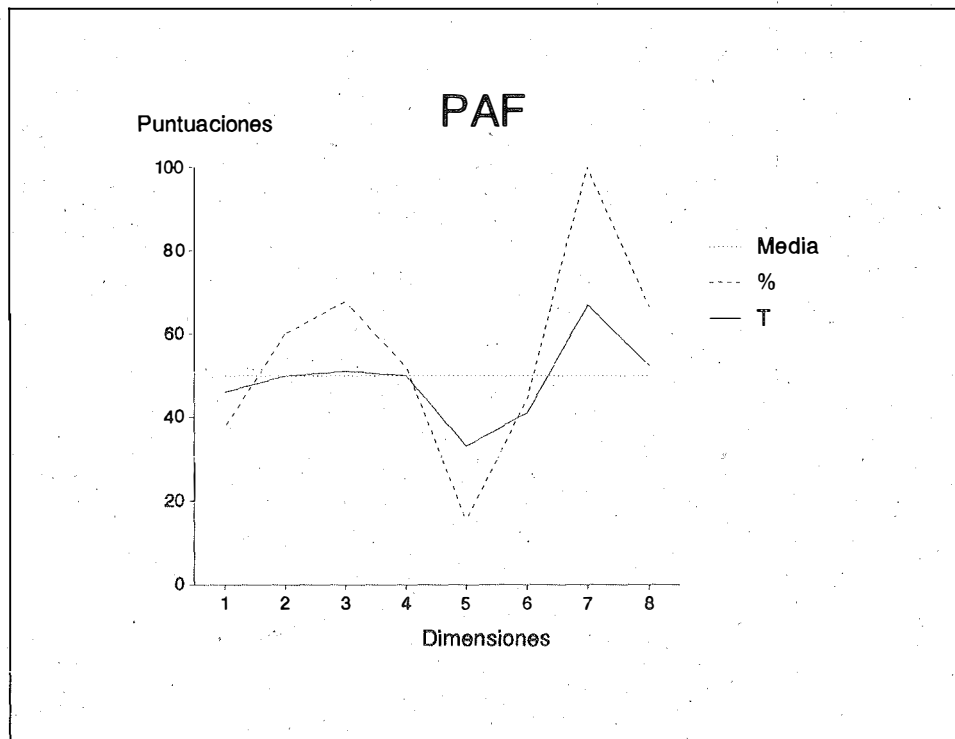
se debe a que normalmente los trabajadores perciben un ambiente más conflictivo.

5. RS

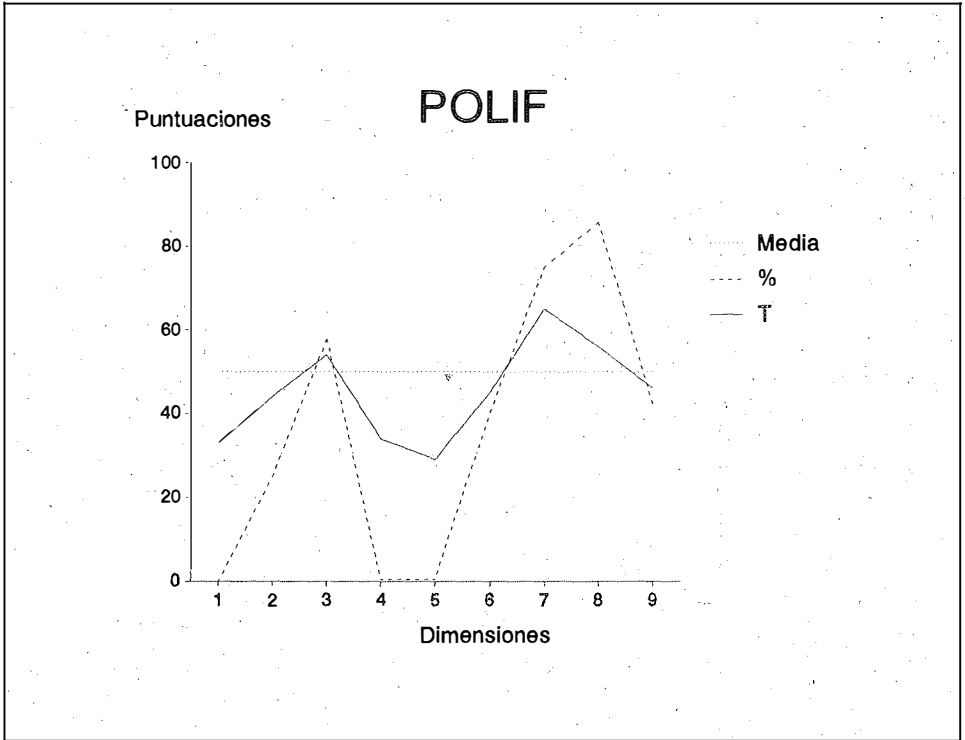
Los puntos 1 y 2, que reflejan la opinión de los observadores en cuanto al atractivo, se sitúan próximos a la media normal: la casa está en buenas condiciones, no hay problemas de ruidos, malos olores, falta de luz, y los terrenos anexos son atractivos. El aspecto y la disposición de sus dependencias es irremediablemente institucional, dada su gran capacidad. Las habitaciones son prácticamente iguales y se observan pocos detalles personales.

El funcionamiento de los residentes y de los trabajadores, la disponibilidad de estos últimos, la interacción social, están valorados por debajo de la media; los residentes se muestran, en general, pasivos, y la relación con el personal se limita a los contactos profesionales.

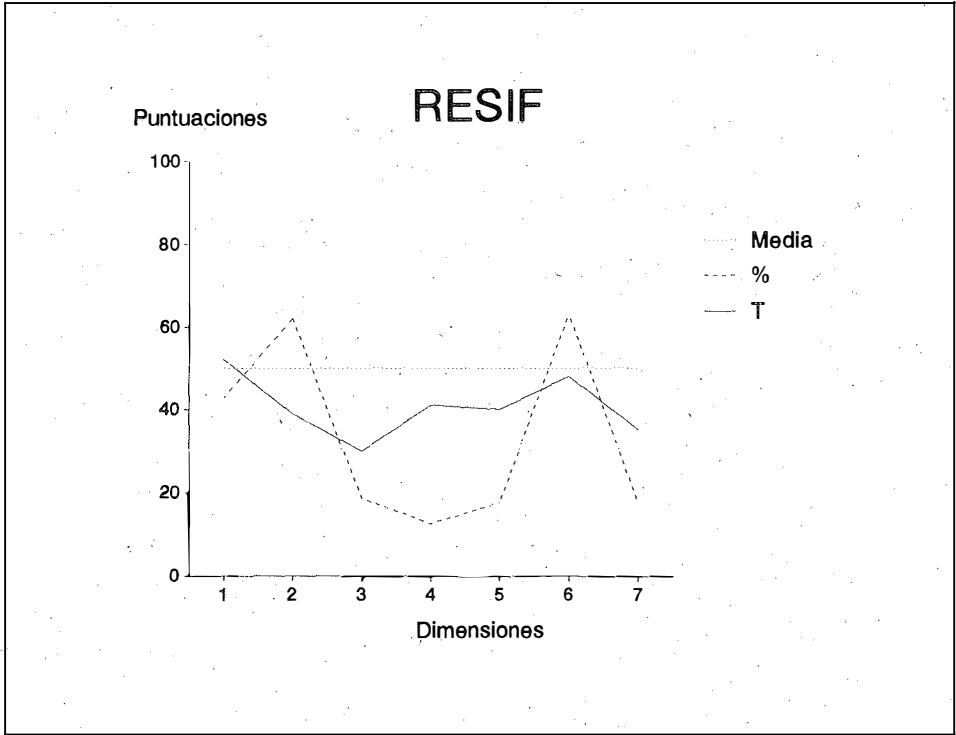
RESIDENCIA ZORROAGA



1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio

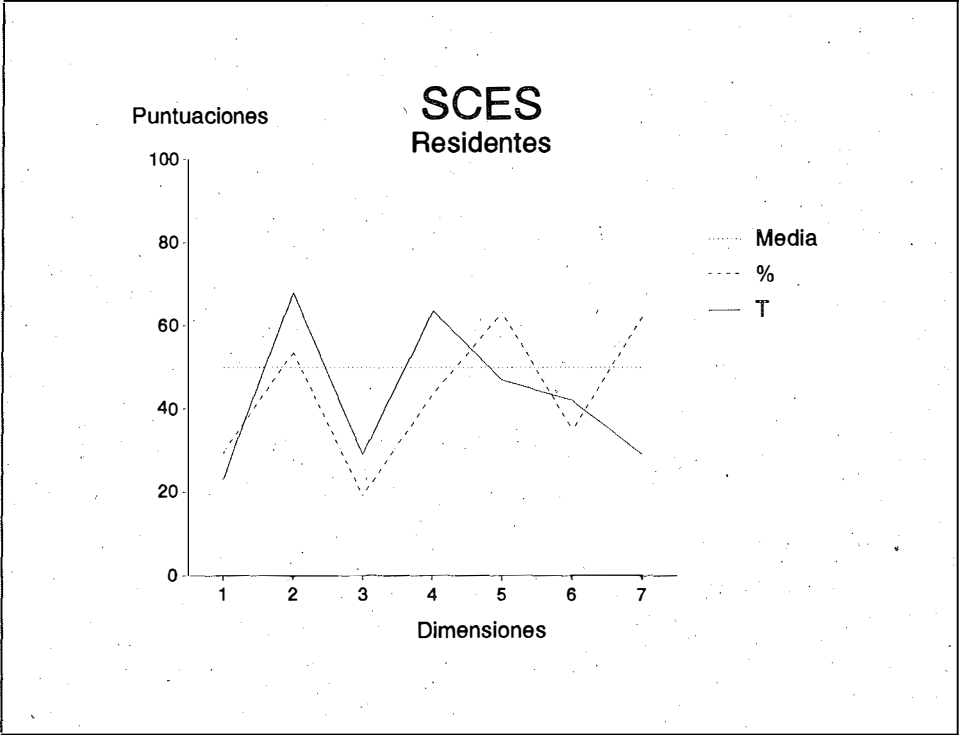


1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas

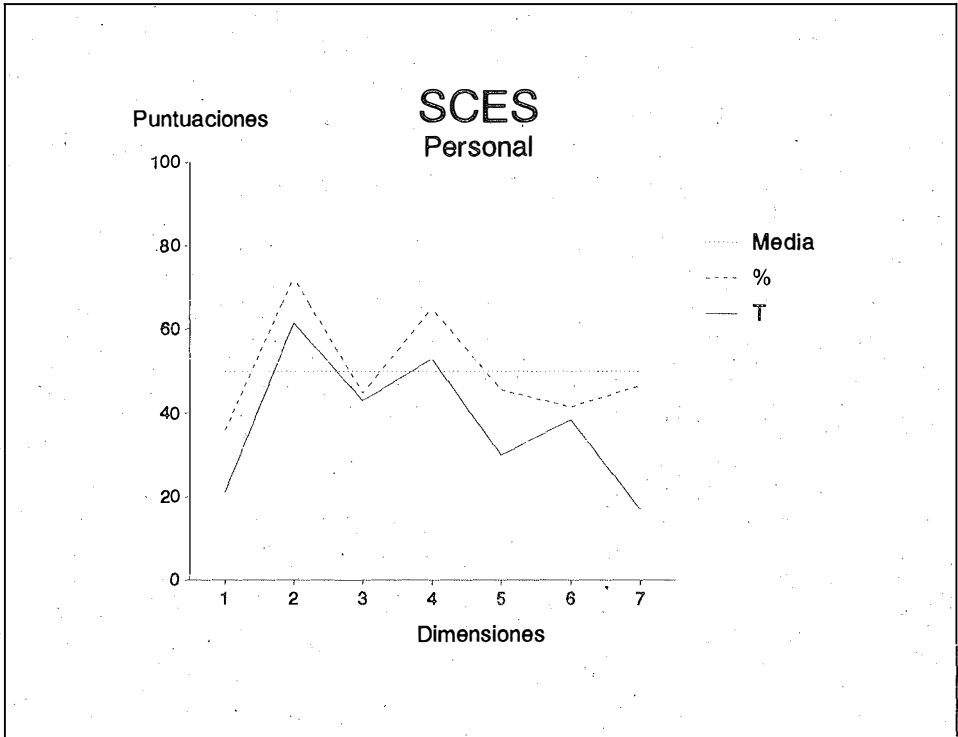


1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales

RESIDENCIA ZORROAGA

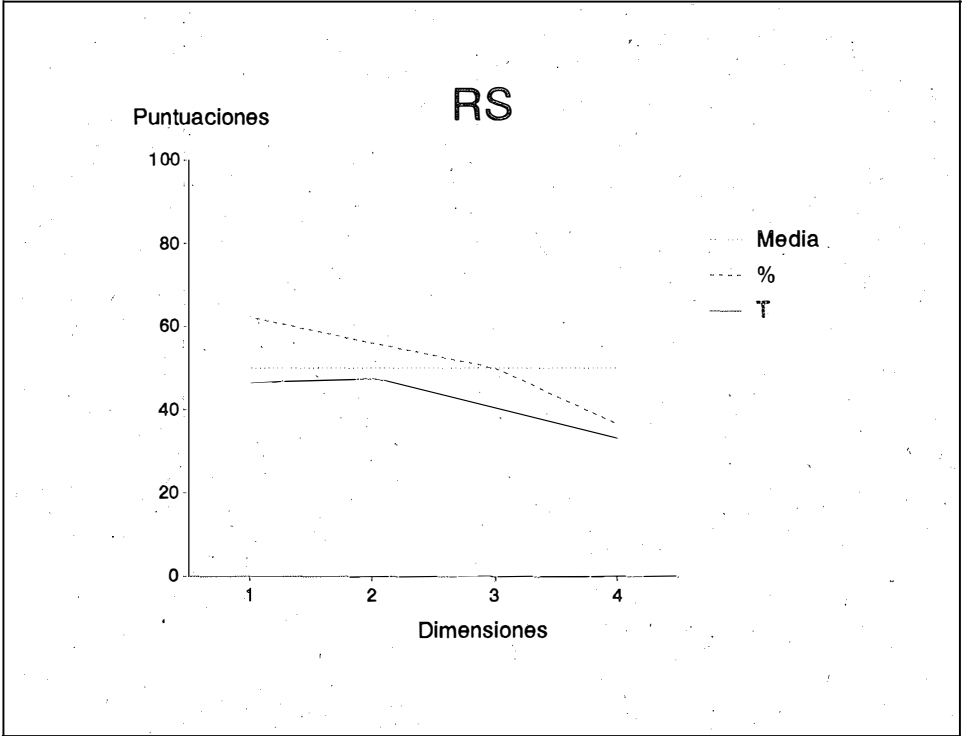


1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

RESIDENCIA ZORROAGA



- 1. Entorno físico
- 2. Diversidad ambiental
- 3. Funcionamiento de los residentes
- 4. Funcionamiento del personal

RESIDENCIA DE AMURRIO

Dirección: Landaburu, 2 (Amurrio)

Titularidad: Pública (Diputación Foral de Alava)

Nº residentes: 39

Superficie interior por residente: 34,42 m²

Nº habitaciones: Individuales: 16

Dobles: 12

Nº baños completos: 28

Nº baños geriátricos: 2

Ratio de personal por residente: 0,57

Plantilla: Personal de atención directa: 13,5

Personal auxiliar: 3 + limpieza exterior (6 personas)

La Residencia de Amurrio está situada en un barrio de la villa, próximo al centro urbano. El edificio linda con una carretera de mucho tráfico. Consta de tres plantas que comprenden un total de 28 habitaciones, 16 individuales y 12 dobles. El número de residentes es de 39, y su grado de autonomía varía desde la dependencia total hasta la completa autonomía. El ratio de personas con cierto grado de confusión mental es elevado, una por cada dos personas lúcidas.

El número de trabajadores por residente es mayor que el exigido por el decreto 218/1990 y la plantilla se compone de auxiliares de clínica, personal de cocina y una ATS, la cual asume además funciones de directora. No existe ningún profesional que se ocupe de la animación socio-cultural.

1. PAF

En el gráfico se refleja que la residencia alcanza la media normal en aspectos como el acceso a los recursos comunitarios básicos y las medidas dirigidas a facilitar la movilidad de las personas discapacitadas (punto 4), como barras de seguridad, pasamanos, baños y habitaciones adaptadas para personas en silla de ruedas; lo mismo puede decirse sobre el aspecto de la disponibilidad de espacio por persona.

El punto 2, relativo al confort físico, no alcanza la media, debido en gran parte a que no existe un área externa, jardín, césped, con mobiliario dispuesto para utilizarse en esa zona, y se dispone solamente de dos terrazas.

No hay instalaciones recreativas, sólo se dispone de salón, con mesas para jugar a cartas o realizar actividades similares, leer, escribir o ver la TV. Hay otras salas sin TV para uso de los residentes.

La dimensión "ayudas de orientación" no alcanza la media, faltarían más tabloncitos de anuncios informativos, listas con los nombres y fotos de los residentes y del personal, así como un área de recepción, pero tratándose de una

residencia pequeña, estas medidas quizás no son tan necesarias. Sí se pudieron observar algunos carteles dirigidos a una persona con cierto grado de confusión, indicando el camino de su habitación.

Existen medidas de seguridad, pero no llegan a la media normal tomada como referencia; no hay timbres en los baños ni superficies antideslizantes en las escaleras y baños.

No existen salas para el personal, sólo la directora dispone de un despacho.

2. POLIF

El perfil relativo a la política organizativa se sitúa en torno a la media normal en este tipo de residencias.

La actitud del personal ante problemas de conducta no se puede decir que es rígido ni laxo, se toleran ciertos comportamientos, otros no (punto 2). Las normas en general no son muy estrictas (punto 3): no se prohíbe mover los muebles, colocar ciertos enseres personales en la habitación; no hay una hora para acostarse ni horario de visitas.

A nivel de organización y gestión, existe un organismo de participación que es la junta de gobierno (punto 4). Se realizan reuniones de personal con cierta periodicidad; no existen otros canales de comunicación, como periódicos internos, libros de instrucciones, sesiones de formación, etc.

La privacidad (punto 6) se respeta hasta cierto punto; más de la mitad de las habitaciones y los baños son individuales, pero los residentes no disponen de las llaves de sus habitaciones.

Los servicios de salud que existen en la residencia se limitan a los cuidados de enfermería y control de medicamentos. La atención médica general y especializada es la de la red comunitaria (punto 7).

Se dispone de servicio de lavandería, comedor, limpieza, peluquería, etc., como ocurre en otras residencias de este tipo (punto 8).

Las actividades socio-recreativas son variadas: ejercicio físico (tai-chi), grupos de conversación, películas, juegos de cartas, fiestas, celebraciones religiosas, trabajos manuales que después venden en el mercado del pueblo, y excursiones de todo el día o mañaneras.

3. RESIF

En este gráfico se puede destacar la escasa iniciativa de los residentes para emprender actividades, tanto dentro (punto 3) como fuera de la residencia (punto 4), a pesar de que el acceso a los recursos comunitarios no es difícil (PAF punto 1). Sin embargo, la participación en las actividades organizadas

por la residencia es mayor (punto 7); recordemos que la oferta es relativamente amplia (POLIF punto 9).

La utilización de los servicios de salud existentes (enfermería y control de medicamentos) es más alta que la media, y también el uso de los servicios para la vida diaria (puntos 5 y 6).

El punto 1 que refleja las características del personal en cuanto a edad, sexo, variedad de profesionales, intervención de voluntarios, es bajo en porcentaje, pero se acerca a la media si se convierte en puntuación normativa.

La variedad en las características de los residentes -edad, sexo, nivel de estudios, profesión- obtiene una puntuación media (punto 8), sin embargo, su capacidad funcional -proporción de residentes con autonomía para vestirse, comer, moverse, expresarse, etc.-, que en porcentaje llega casi a la media, resulta más baja en puntuación normativa para este tipo de residencias.

4. SCES

Observados estos dos gráficos, se aprecia que el personal es más crítico que los residentes en casi todos los aspectos relacionados con el clima social: perciben una menor cohesión o interacción social, menor independencia e iniciativa de los residentes. La satisfacción con la organización (planificación de actividades, transparencia, comunicación), aunque en puntuación porcentaje está por encima de la media, no la alcanza en datos normativos; lo normal según la tabla de referencia es que la satisfacción sea mayor. El personal tiene, asimismo, una opinión más negativa que los residentes sobre el confort general: la iluminación, ruidos, olores, decoración, etc. Puede decirse, en consecuencia, que es muy crítico.

Todos afirman que la influencia de los residentes en la organización y su participación en la toma de decisiones es escasa, sin embargo, su capacidad para expresar preocupaciones, problemas, quejas, es relativamente alta, por lo que, quizás ocurra que no siguen los cauces adecuados para ser eficaces.

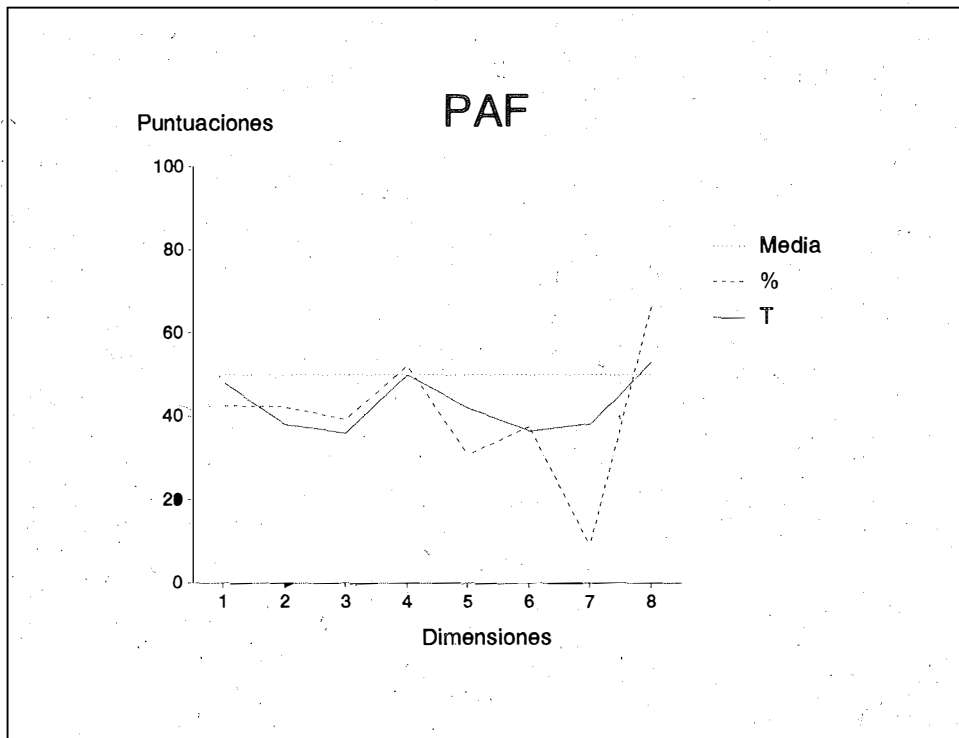
El nivel de conflicto, discusiones y críticas entre los residentes está por encima de la media, pero podría deberse a su alta expresividad.

5. RS

La puntuación asignada por observación directa es alta en porcentaje, próxima a la media en puntuación normativa, destacando el funcionamiento, la disponibilidad y actitud de los residentes hacia el personal.

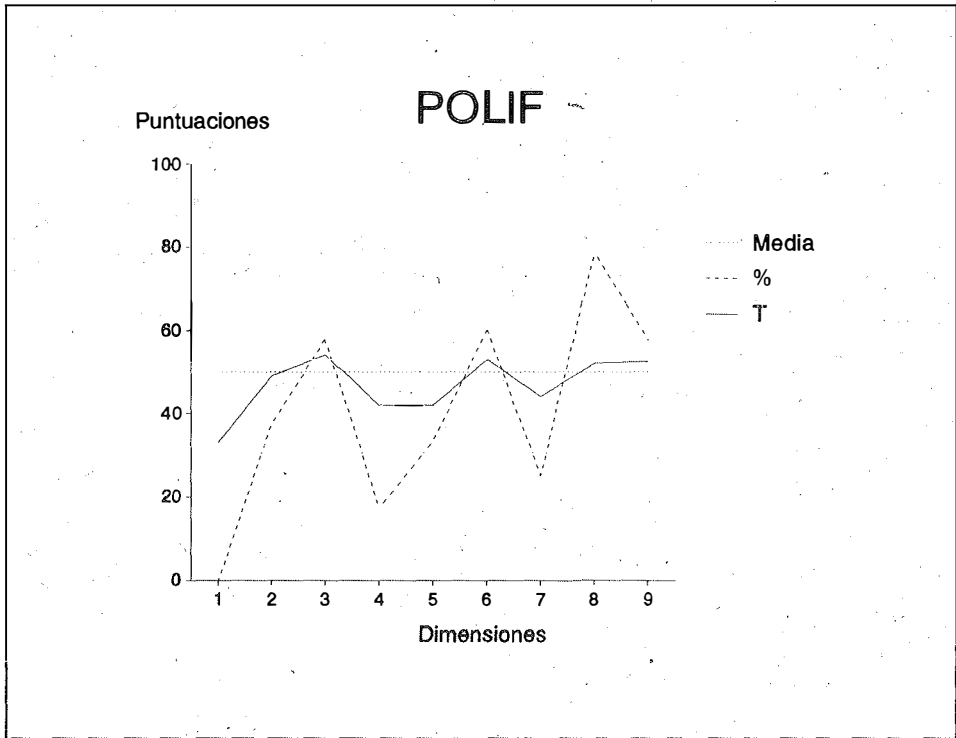
El entorno físico, a pesar de que no tiene área externa, es agradable en general; el centro tiene muchas ventanas y dispone de dos terrazas desde donde se ve la calle. El aspecto de los residentes es limpio y aseado; se observa cierta interacción y nivel de actividad, aunque la mayoría permanecen pasivos.

RESIDENCIA DE AMURRIO



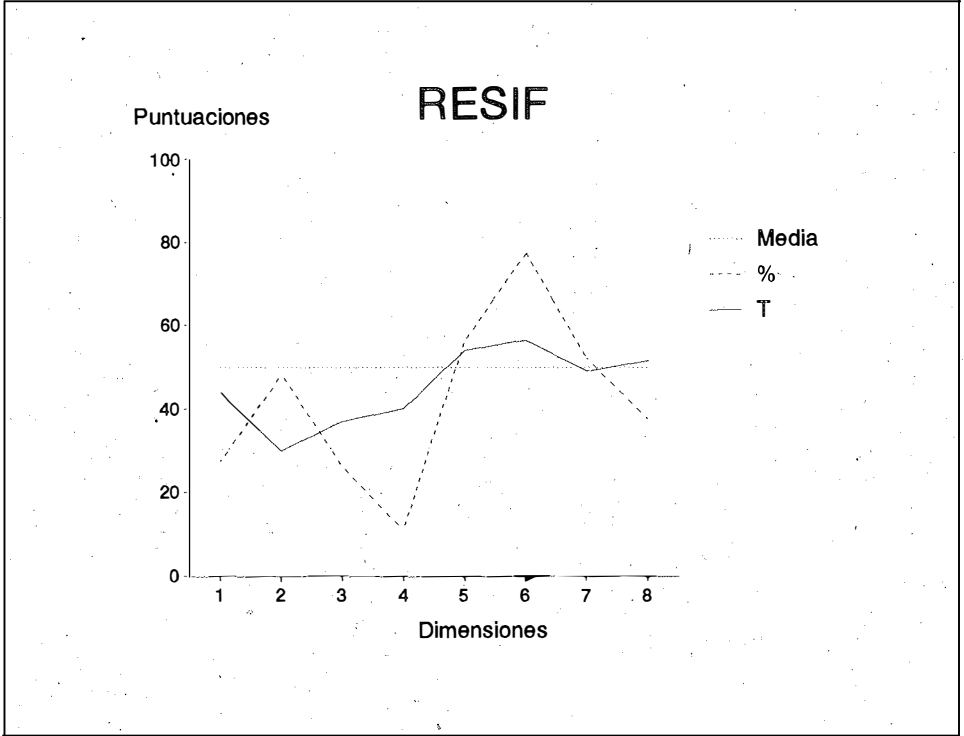
1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio

RESIDENCIA DE AMURRIO



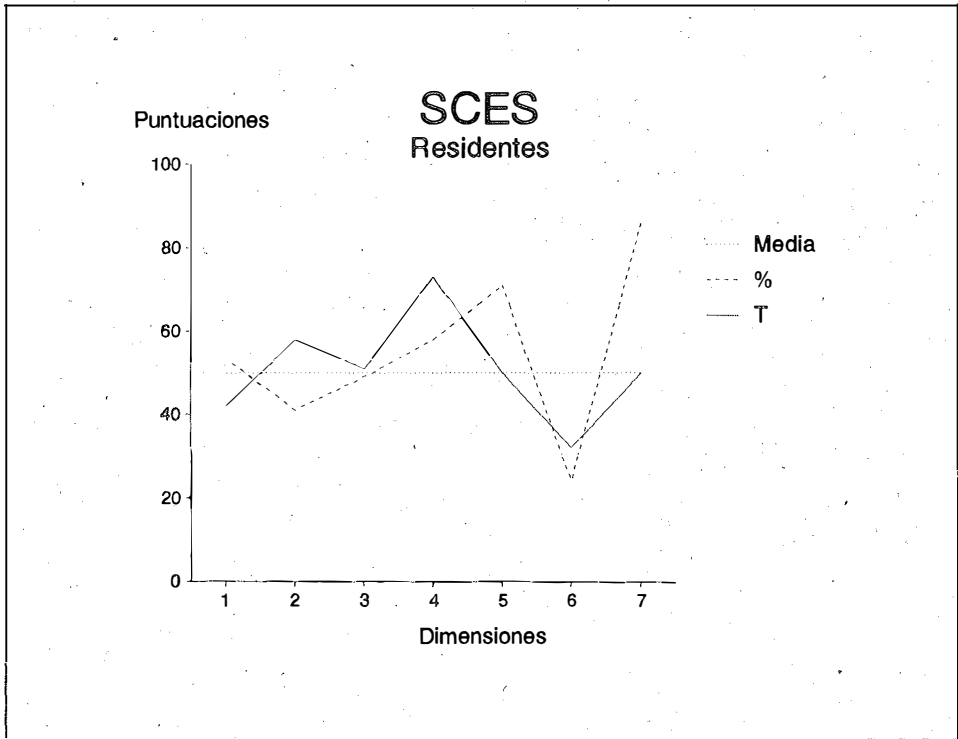
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas

RESIDENCIA DE AMURRIO



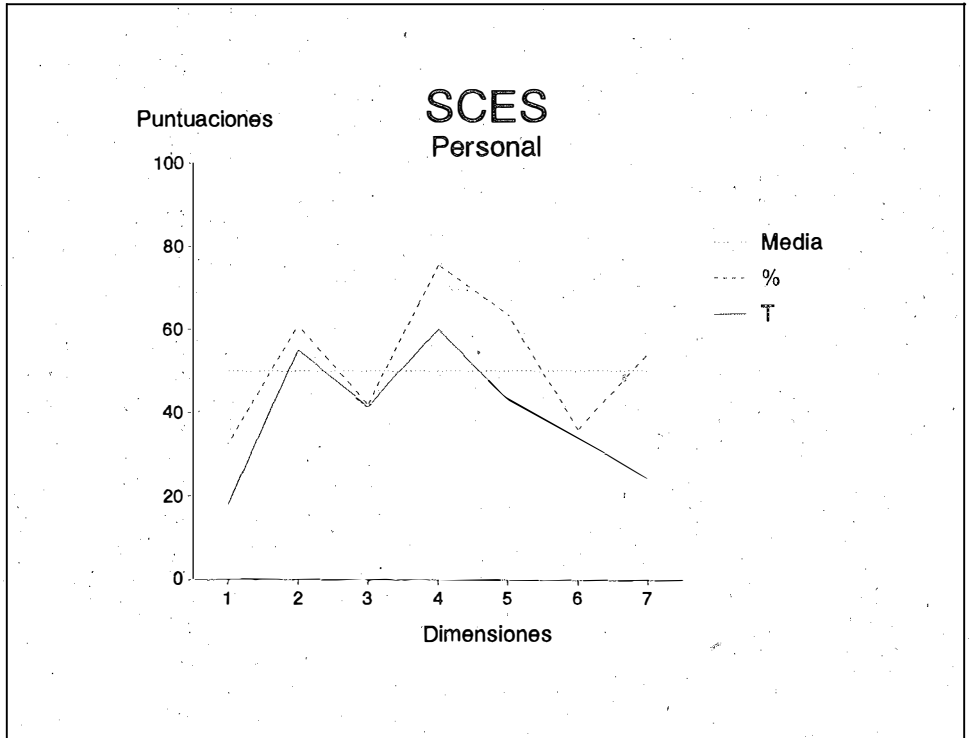
1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales

RESIDENCIA DE AMURRIO



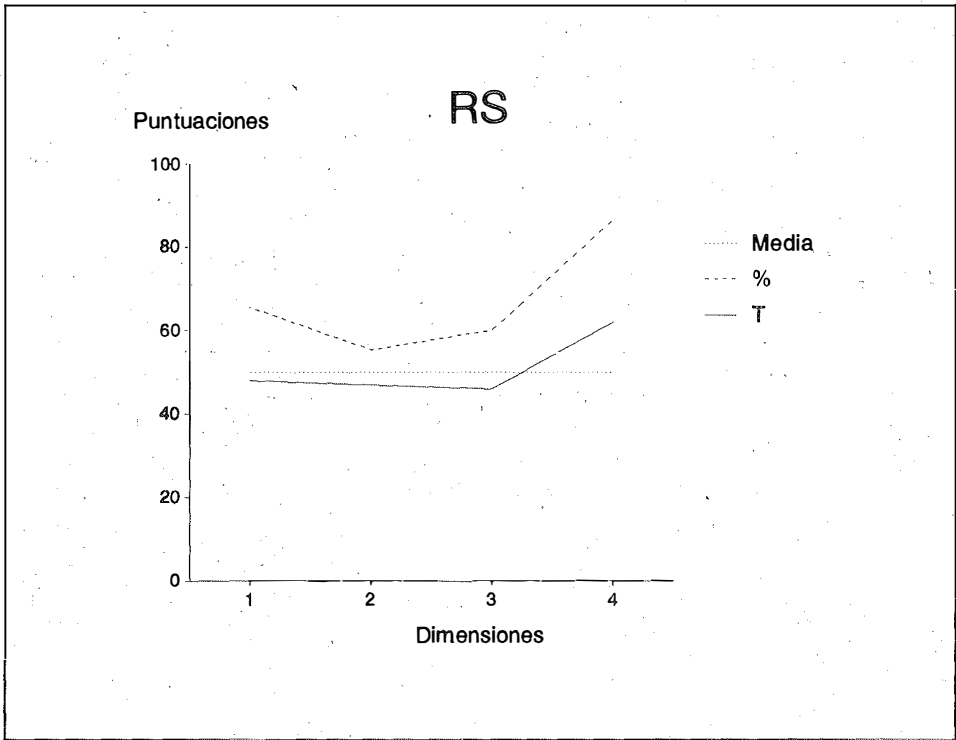
1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

RESIDENCIA DE AMURRIO



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

RESIDENCIA DE AMURRIO



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

RESIDENCIA ASISTIDA DE LEIOA

Dirección: Barrio Santimami, 20 (Leioa)
Titularidad: Pública (Diputación de Bizkaia)
Nº residentes: 300
Superficie interior por residente: 51,15 m²
Nº habitaciones: Individuales: 30
Dobles: 15
Múltiples (cuatro camas): 60
Nº baños completos: 105.
Nº aseos: 20
Nº baños geriátricos: 16
Nº duchas geriátricas: 16
Ratio de personal por residente: 0,76
Plantilla: Personal de atención directa: 138
Personal auxiliar: 92

La Residencia Asistida de Leioa está situada en la periferia de la villa, aislada de la comunidad y de sus recursos. Es un gran edificio de cuatro plantas con un total de 105 habitaciones, 30 individuales, 15 dobles y 60 de cuatro camas separadas dos a dos por una mampara.

Dispone de un salón general y una sala de estar en cada planta. Asimismo, hay un comedor general en la planta baja y una zona del pasillo habilitada como comedor en cada una de las cuatro plantas. Existen además una sala de actividades y dos de rehabilitación.

La superficie total por residente es mayor que la exigida por el decreto 218/1990, no así la del comedor. La superficie de las habitaciones individuales y dobles es mayor que la requerida por el decreto 218/1990, si bien, por otra parte, el mencionado decreto no recomienda instalar habitaciones de más de dos personas.

La plantilla del personal es variada, hay auxiliares, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, ATS, médicos, etc., hasta un total de 230 trabajadores.

El ratio personal/residente es mayor que el requerido por el decreto 218/1990 para residencias asistidas, y más del 60% del personal es de atención directa, como lo recomienda este mismo decreto 218/1990.

1. PAF

El perfil correspondiente al entorno físico de la residencia refleja una baja accesibilidad de la comunidad, y ello se debe a la ubicación aislada del centro. El confort físico no llega a la media, si se valora en puntuación estándar para residencias asistidas; por ejemplo, no hay espejos en todos los baños y habita-

ciones, no existe una lavandería para uso de los residentes ni un área para cocinar, y el control de la calefacción está centralizado.

Las instalaciones socio-recreativas que existen son las salas de estar con mesas; sillas, sillones para poder leer, jugar a cartas, etc., una cafetería y un área externa con bancos. No hay instalaciones destinadas a juegos, ni en el interior ni en el exterior.

Las medidas para facilitar la movilidad (punto 4) alcanzan una puntuación alta en porcentaje, pero que no llega a la media en datos normativos, ya que no se debe olvidar que se trata de una residencia asistida. En las habitaciones, especialmente en las de cuatro camas, no hay espacio suficiente para manejarse con sillas de ruedas, grúas u otras ayudas técnicas. No existe ningún teléfono con controlador de intensidad para personas con problemas de audición.

El punto 5, relativo a la existencia de medidas destinadas a orientar a los residentes, está próximo a la media normal en este tipo de residencias.

Existen medidas de seguridad que superan la media normal, faltarían timbres y superficies antideslizantes en todos los cuartos de baño.

La disponibilidad de espacio supera la media, tanto para los residentes como para el personal.

2. POLIF

A nivel de política organizativa, el perfil de esta residencia es bajo: únicamente la disponibilidad de servicios de salud -médicos, enfermeras, rehabilitación, terapia ocupacional- y la tolerancia ante problemas de comportamiento se sitúan por encima de la media.

Los residentes deben asumir horarios fijos para comer, bañarse, acostarse -aquellos que necesitan ayuda-; no pueden tener comida ni bebidas alcohólicas en sus habitaciones, ni pueden preparar un plato frío o un café. Sí está permitido tomar un vaso de vino en las comidas. Este factor, la elección, se sitúa en una puntuación baja.

Los aspectos que se relacionan con la participación de los residentes en la organización, planificación de actividades, elaboración de normas (punto 4) y medidas para facilitar la comunicación -reuniones de personal, manuales, hojas de instrucciones, boletines- son nulos; sin embargo, la puntuación estándar no es cero porque resulta una situación habitual en las residencias de este tipo.

No hay privacidad, sólo un 10% de los residentes ocupan habitaciones individuales, y no disponen de las llaves de sus dormitorios.

La asistencia en la vida diaria, que en porcentaje supera la media, no la alcanza en puntuación estándar, pues no está prevista la ayuda para hacer compras, no hay servicio de transporte ni asesoría legal ni financiera.

Se realizan algunas actividades como gimnasia, grupos de conversación, juegos de cartas, misas semanalmente y otras, como fiestas, conferencias, gru-

pos de canto (con menor frecuencia), sin embargo esta dimensión no alcanza la media en puntuación estándar.

3. RESIF

El punto 1, relativo a las características del personal, es bajo; la variedad de profesionales es amplia pero, por otra parte, no hay programas de formación para los nuevos trabajadores ni sesiones de formación continuada y no participan voluntarios.

La capacidad funcional de los residentes es baja, un 80% necesita ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y para sus cuidados personales.

El nivel de actividad por iniciativa propia es bajo, tanto en el interior como en el exterior de la residencia, únicamente un 10% de los residentes sale alguna vez del recinto residencial.

La participación en las actividades del centro es, asimismo, escasa a pesar de que existen varias opciones (ver POLIF punto 9). La gimnasia, los juegos de cartas y las fiestas son las actividades más frecuentadas, con una participación del 60%.

La utilización de los servicios de salud es alta, sobre todo el servicio médico, de enfermería y de control de medicamentos.

Por último, los residentes utilizan con una frecuencia inferior a la media en este tipo de residencias los servicios de ayuda para la vida diaria. Algunos -limpieza, lavandería, comedor, etc.- son utilizados por todos los residentes, sin embargo, otros, como la peluquería y el consejo religioso, son menos frecuentados.

4. SCES

En los gráficos correspondientes a la opinión que tiene el personal y los residentes sobre el clima social vemos que hay diferencias, especialmente en el punto 4. En puntuación porcentaje, el personal aprecia una mayor apertura de los residentes para expresar sus problemas y sentimientos, sin embargo, en puntuación estándar, ocurre lo contrario, y esto se debe a que normalmente los residentes son más optimistas valorando la expresividad.

Tanto en opinión de los residentes como de los trabajadores entrevistados, el apoyo mutuo, la cohesión (punto 1) son bajos, y el nivel de conflicto, de discusiones, críticas, etc., alcanza o supera la media, lo que no debe extrañar, dada la capacidad de albergue de la residencia (300 plazas).

Todos opinan, asimismo, que la independencia de los residentes, su iniciativa o impulso para emprender actividades está por debajo de la media en este tipo de centros; los residentes se muestran pasivos.

El personal se muestra algo más crítico con la organización, la planificación y el funcionamiento de la residencia, y todos aprecian un bajo nivel de influencia y de participación de los residentes.

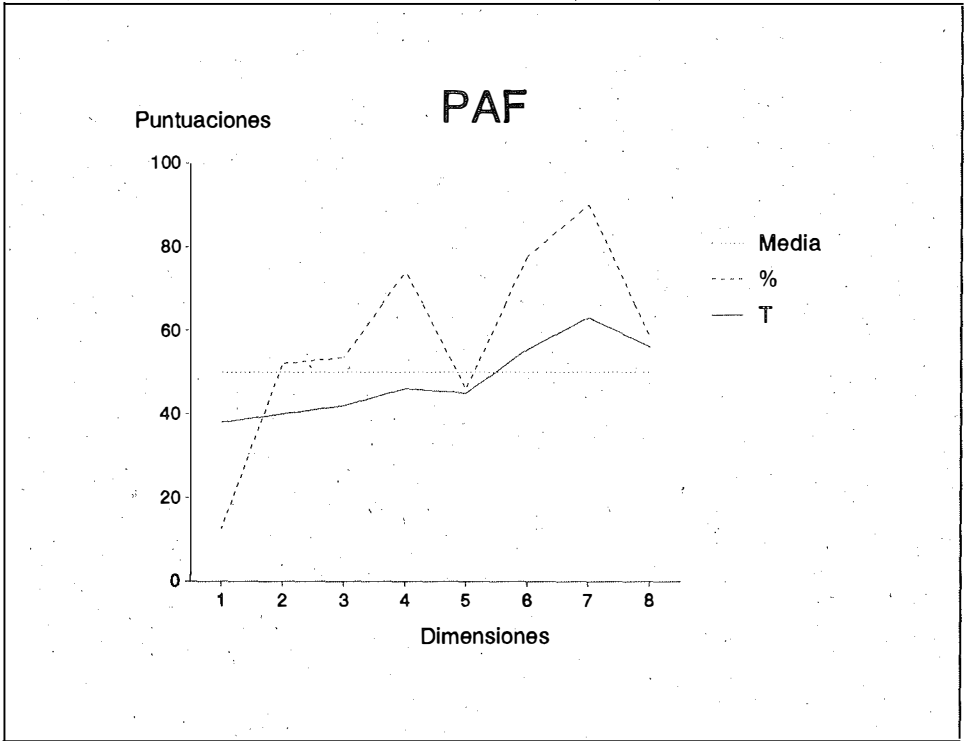
La opinión que tienen sobre el edificio, el equipamiento y las comodidades que ofrece -muebles, iluminación, olores, espacio- es bastante negativa, como puede apreciarse en el punto 7.

5. RS

En opinión de los observadores, los aspectos valorados en lo relativo al entorno físico -iluminación, limpieza, atractivo, mantenimiento del edificio y muebles- quedan por debajo de la media normal en puntuación estándar, así como la diversidad ambiental. El aspecto es completamente institucional, tipo hospital, y no se observan signos de personalización en las habitaciones.

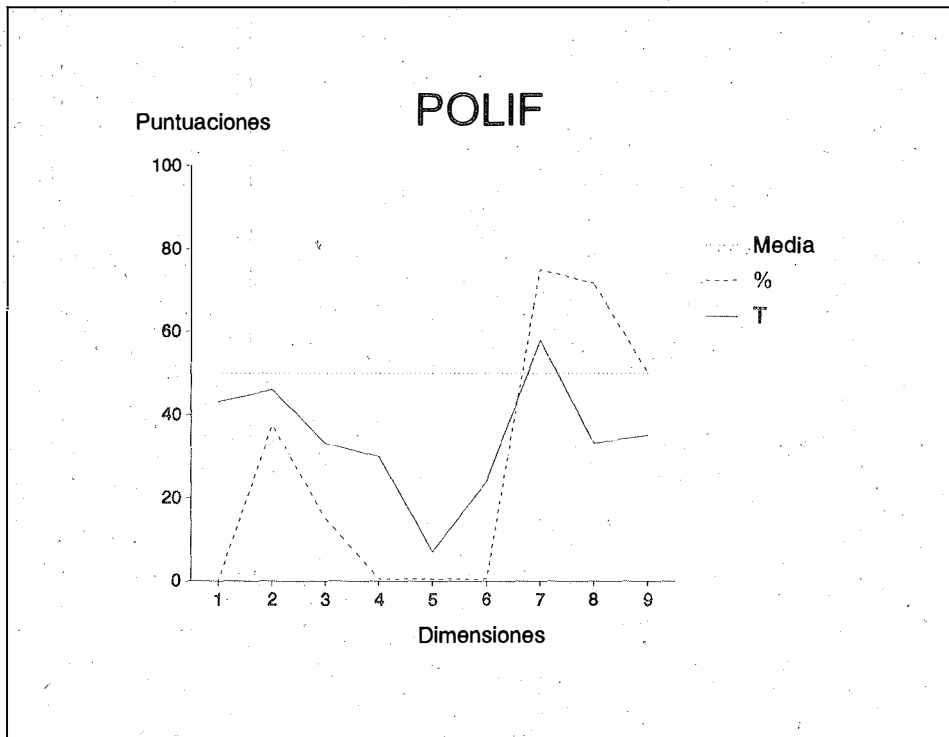
La actividad y las relaciones de los residentes son escasas (punto 3) y el funcionamiento del personal, su disponibilidad, la interacción con los residentes, obtienen una puntuación baja; las relaciones con los residentes son las imprescindibles en su trabajo, y se aprecia cierto nivel de conflicto en cuanto a la distribución de tareas entre los miembros del personal.

RESIDENCIA ASISTIDA DE LEIOA

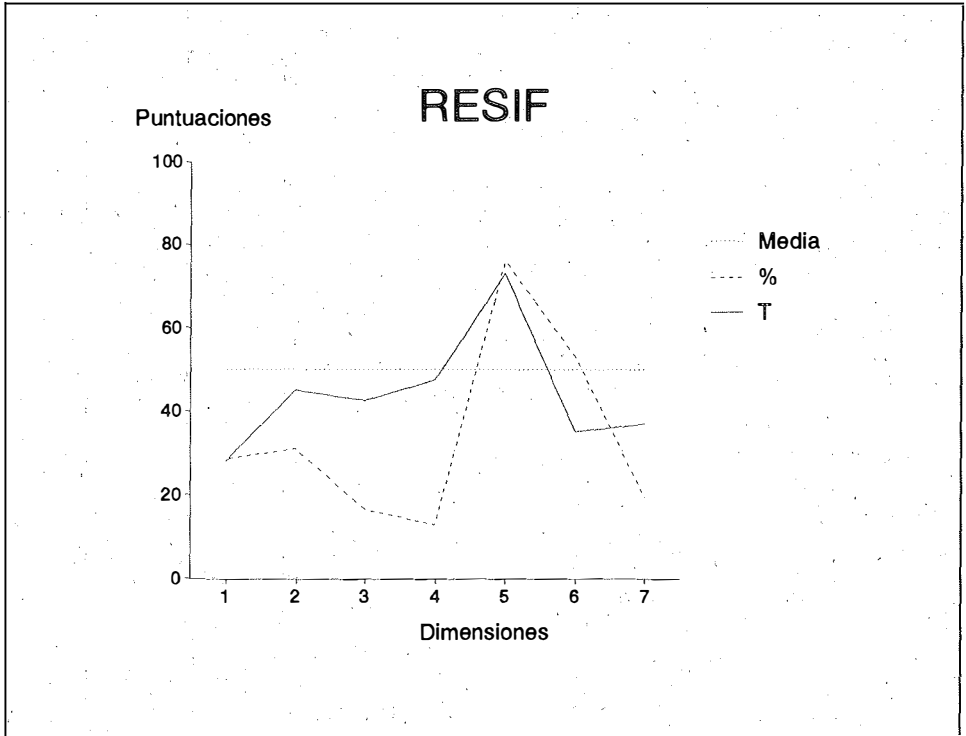


1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio

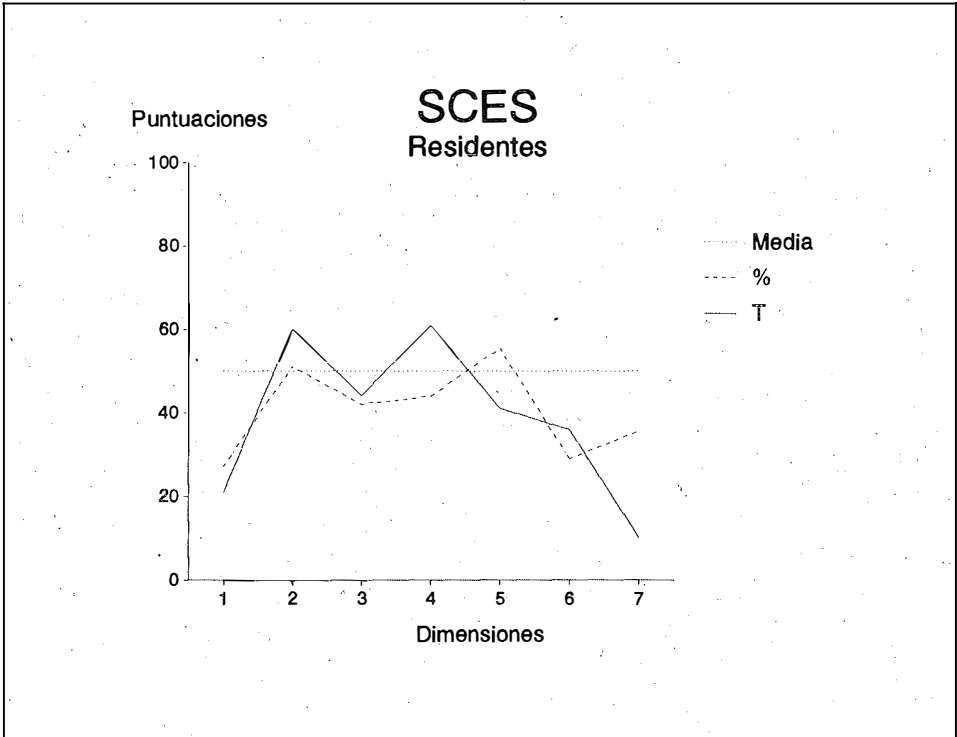
RESIDENCIA ASISTIDA DE LEIOA



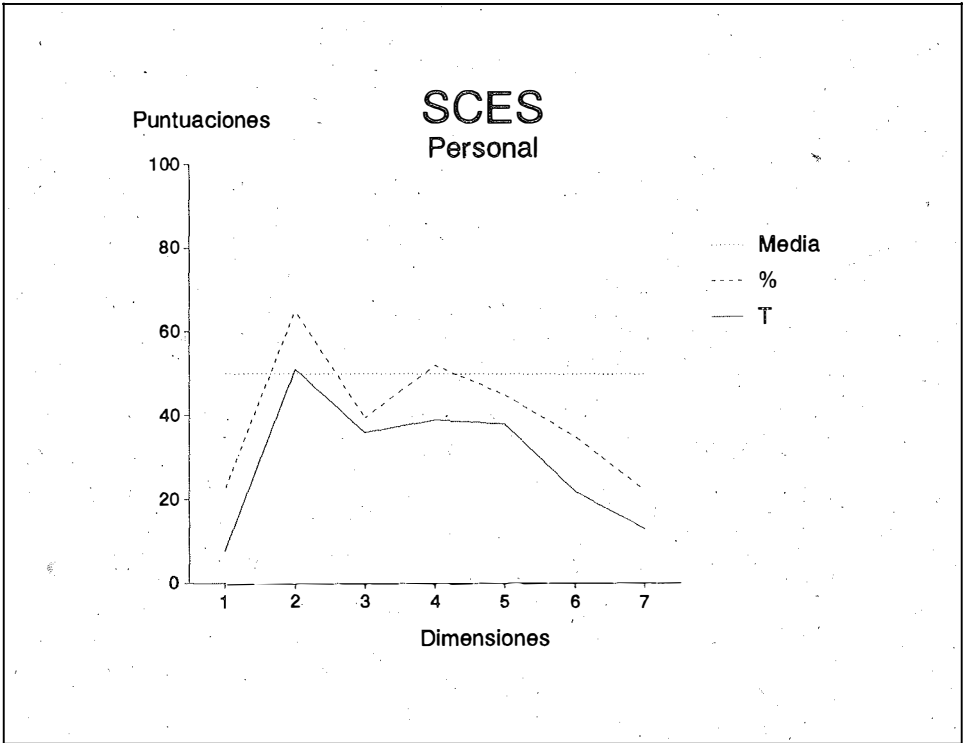
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales

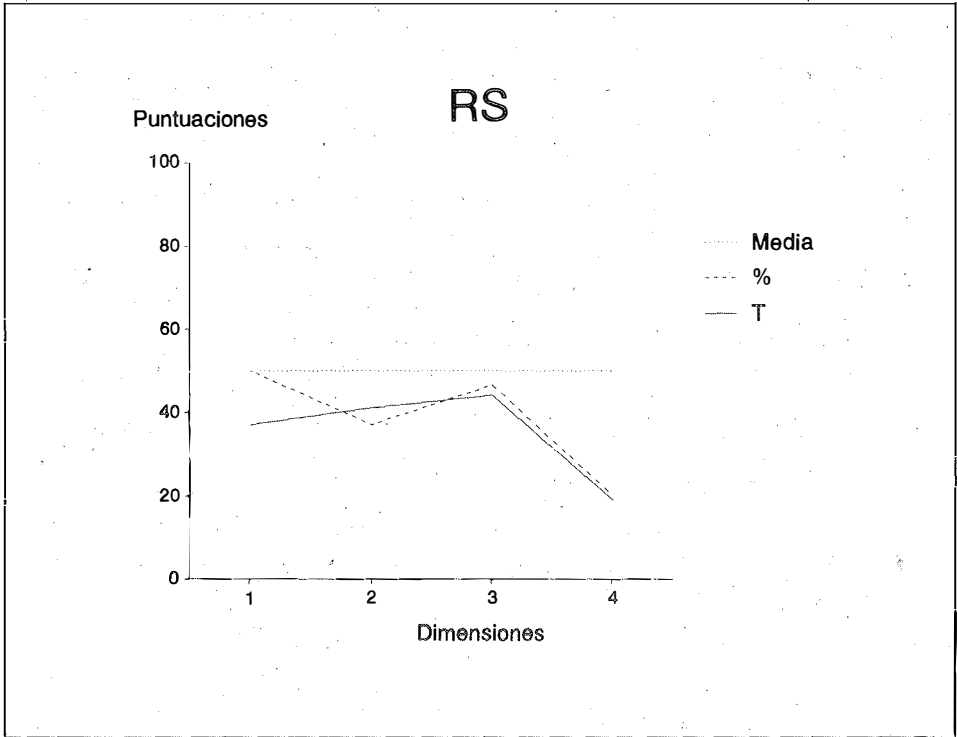


1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

RESIDENCIA ASISTIDA DE LEIOA



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

RESIDENCIA MUNICIPAL SAGRADO CORAZON

Dirección: Sagrado Corazón, s/n (Getxo)

Titularidad: Pública

Nº residentes: 175

Superficie interior por residente: 54,5 m²

Nº habitaciones: Individuales: 23

Dobles: 24

Múltiples: 30

Nº baños completos: 28

Nº aseos: 40

Nº baños geriátricos: 4

Ratio de personal por residente: 0,3

Plantilla: Personal de atención directa: 30

Personal auxiliar: 21

La Residencia Municipal Sagrado Corazón está situada en la periferia de la ciudad, y queda alejada de recursos comunitarios básicos. Se accede al edificio a través de unas escaleras; existe una rampa, pero su gran pendiente dificulta su utilización y no es practicable para una persona sola en silla de ruedas.

Consta de 3 plantas, con un total de 77 habitaciones, 23 individuales, 24 dobles y 30 de tres o más personas. En la planta baja está situada la enfermería, donde residen las personas más dependientes, que no salen de esta planta.

En total hay 8 salas de estar, algunas permanecen habitualmente cerradas. Está ocupada por 175 residentes. La superficie total por residente es mayor que la exigida por el decreto 218/1990.

La plantilla está formada por auxiliares, limpiadoras, personal de cocina y una enfermera. El ratio personal/residente es de 0,3, superior al exigido por el decreto 218/1990 para residencias de válidos, pero inferior al de residencias asistidas.

1. PAF

En este gráfico se pueden ver como aspectos más positivos el confort físico -el edificio está en buenas condiciones, dispone de comodidades básicas y un área exterior con mesas y sillas- y el equipamiento para actividades socio-recreativas: diferentes salas con mesas grandes, pequeñas, butacas, una cafetería, una biblioteca, varias TV, máquinas de coser.

La disponibilidad de espacio -variedad de salas de estar, actividades, rehabilitación, comedores y superficie por persona- se sitúa en la media normal.

Las otras dimensiones no alcanzan la puntuación media; la accesibilidad a la comunidad es baja porque está lejos del centro urbano, a una distancia mayor de 400 m., considerada como el límite posible indicado para recorrerla andando.

Las ayudas técnicas, orientativas y las medidas de seguridad resultan escasas, por ejemplo, no se puede entrar en los baños con una silla de ruedas por falta de espacio, las superficies de los cuartos de baño no son antideslizantes y no disponen de timbres de emergencia. Tampoco se observan pictogramas, tabloneros de anuncios, y los nombres de los residentes no están escritos en las puertas de sus habitaciones.

2. POLIF

Este gráfico refleja que los aspectos más positivos relacionados con la política organizativa corresponden a la disponibilidad de servicios, tanto sanitarios -enfermería, control de medicamentos, rehabilitación, terapia ocupacional- como de la vida diaria -comedor, lavandería, limpieza, cuidados personales, peluquería- y actividades socio-recreativas, como trabajos manuales, grupos de conversación, películas, juegos de cartas, servicio religioso.

Por el contrario, tiene baja puntuación la libertad de elección de horarios, decoración y disposición de las habitaciones, la participación en las decisiones y elaboración de normas. La claridad organizativa, es decir, medios de comunicación, como reuniones de personal, sesiones de formación continuada, manuales de instrucciones, son nulos.

No se toleran comportamientos considerados desviados, como excederse en las bebidas alcohólicas, originar disturbios, etc., llegando a imponerse sanciones por estas causas: privación de postre, exhibición del nombre de la persona que se ha excedido en la bebida...

La privacidad es baja porque únicamente un 13% de los residentes disfrutan de habitaciones individuales y los dormitorios no se pueden cerrar con llave, permaneciendo las puertas habitualmente abiertas.

3. RESIF

El perfil correspondiente a las características de los residentes y del personal se sitúa completamente por debajo de la media.

El punto 1 indica que hay poca variedad de profesionales, no hay ningún médico ni asistente social. Como punto positivo, dentro de este aspecto, cabe citar la participación de personal voluntario.

La capacidad funcional de los residentes es baja, más de un 50% necesitan ayuda para sus cuidados personales y actividades en la vida diaria. Este aspecto seguramente determina su inactividad y escasa participación en activi-

dades, solamente un 25% sale de la residencia con mayor o menor frecuencia, y aproximadamente la misma proporción de residentes realiza alguna de las actividades organizadas.

La utilización de asistencia en la vida diaria tampoco llega a la media, pero hay que tener en cuenta que la oferta es alta (POLIF punto 8); así, mientras todos los residentes utilizan servicio de comedor, lavandería, limpieza, hay otros menos utilizados, como la peluquería, transporte, asistencia en el manejo del dinero personal y cuidados personales.

El punto 5 se debe analizar también junto con el punto 8 de POLIF, de esta forma, cabe apreciar que aunque la utilización de servicios de salud es baja, la oferta es relativamente amplia. El servicio que más se utiliza es el de control de medicamentos, quedando el resto para menos del 20% de los residentes.

4. SCES

La opinión que tienen los residentes y el personal sobre el clima social coincide en aspectos como la cohesión o interacción social, atención individualizada (punto 1), la escasa influencia que ejercen los residentes en la organización del centro (punto 6) y el confort y las condiciones del entorno físico - temperatura, ruido, olores, iluminación, decoración, espacio- alcanzando una puntuación porcentaje superior a la media, pero inferior si se convierte en puntuación estándar.

El nivel de conflicto -discusiones, críticas, quejas- que aprecian ambos grupos es similar en porcentaje, superior en puntuación estándar en el caso de los residentes, porque normalmente éstos suelen ser menos críticos.

Otros aspectos, como la independencia o nivel de iniciativa propia de los residentes (punto 3), la capacidad de expresar sus problemas, sentimientos, quejas (punto 4), son valorados de forma más positiva por los residentes; el personal es más pesimista en sus opiniones.

Asimismo, los trabajadores son algo más críticos con respecto a la organización, planificación y funcionamiento (punto 5).

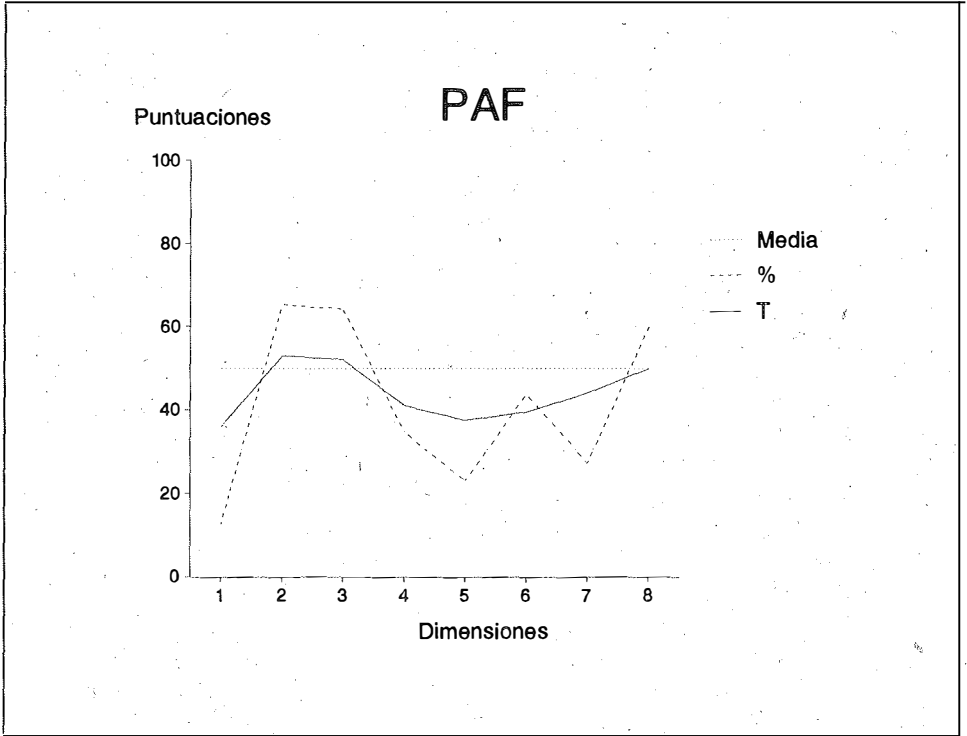
5. RS

La valoración de los observadores con respecto al entorno físico se sitúa próximo a la media; el edificio está en buenas condiciones, limpio, la zona de ubicación es silenciosa; despejada aunque un tanto aislada. En cambio, la diversidad ambiental obtiene una puntuación menor, el aspecto es institucional, no se observan signos de personalización en las habitaciones y las vistas desde las ventanas, aunque son amplias, no captan el interés, no cabe observar ninguna actividad desde ellas.

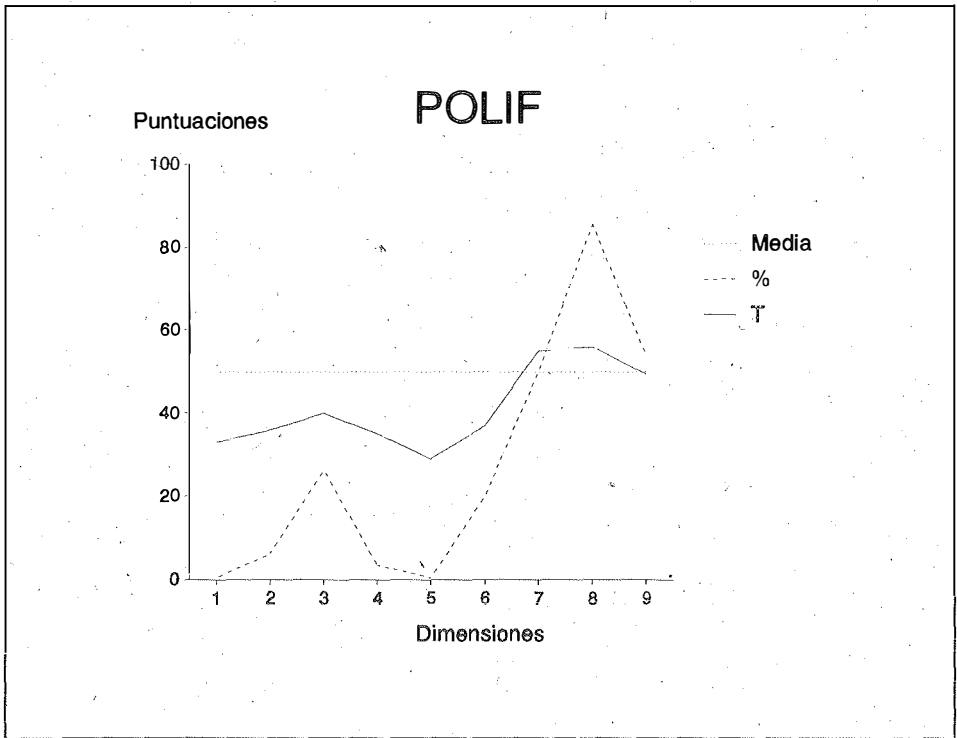
El punto 3 refleja tanto el aspecto de los residentes como su nivel de actividad. Su presencia es aseada y limpia, pero su actividad es prácticamente nula; muchos residentes permanecen sentados en butacas sin hablar, sin hacer nada, algunos están dormidos.

La disponibilidad del personal y su interacción con los residentes no alcanza la puntuación media.

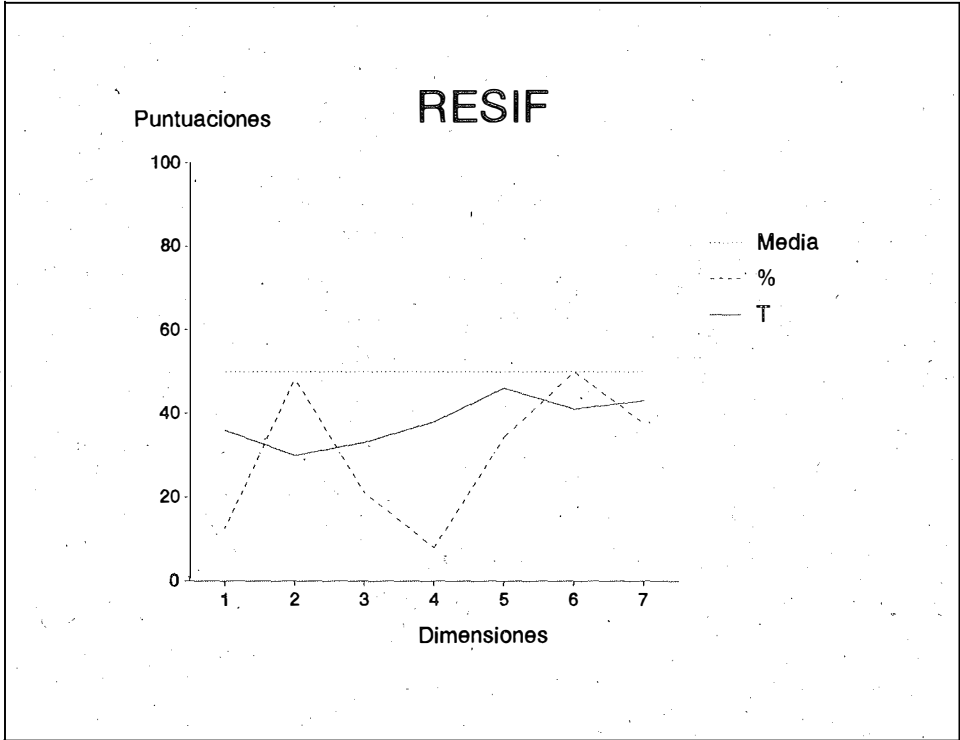
RESIDENCIA MUNICIPAL SAGRADO CORAZÓN



1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio

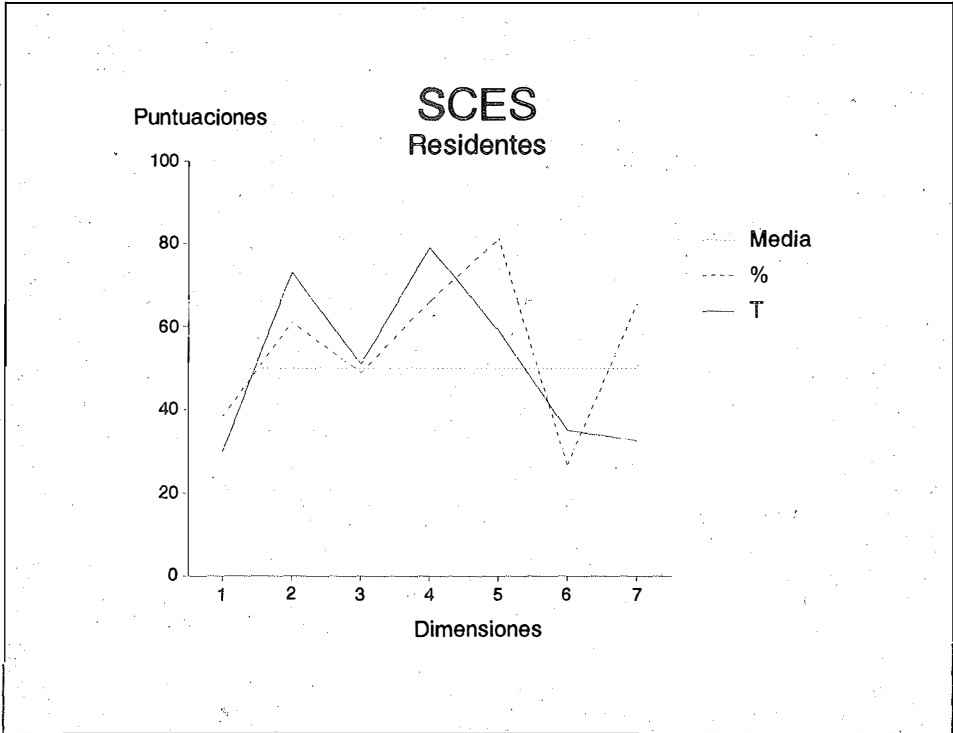


1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



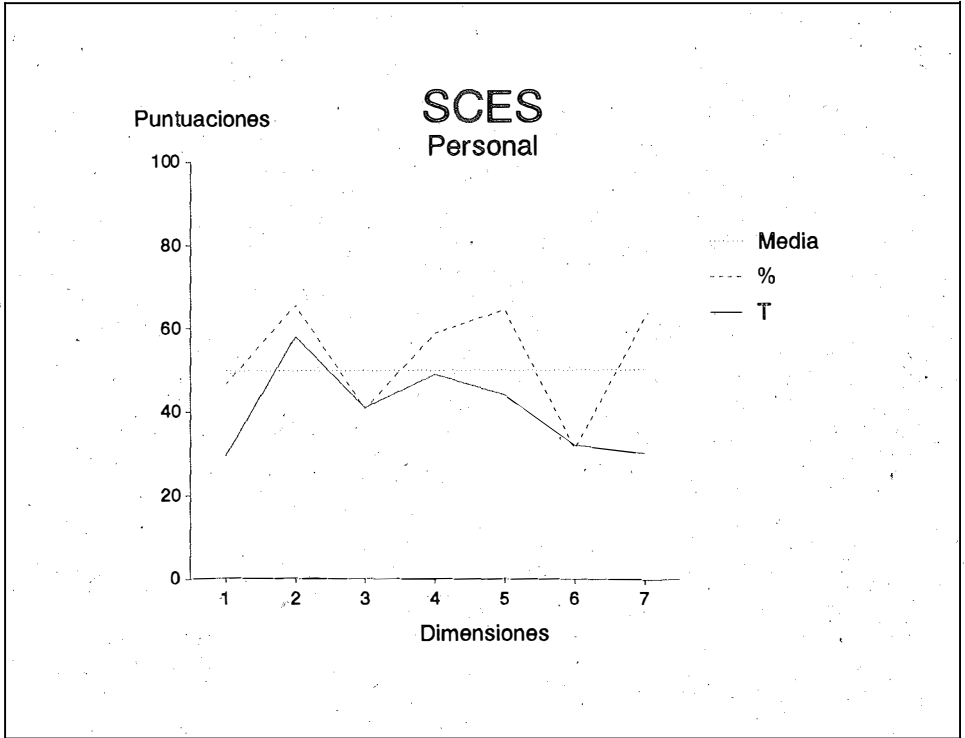
1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales

RESIDENCIA MUNICIPAL SAGRADO CORAZON



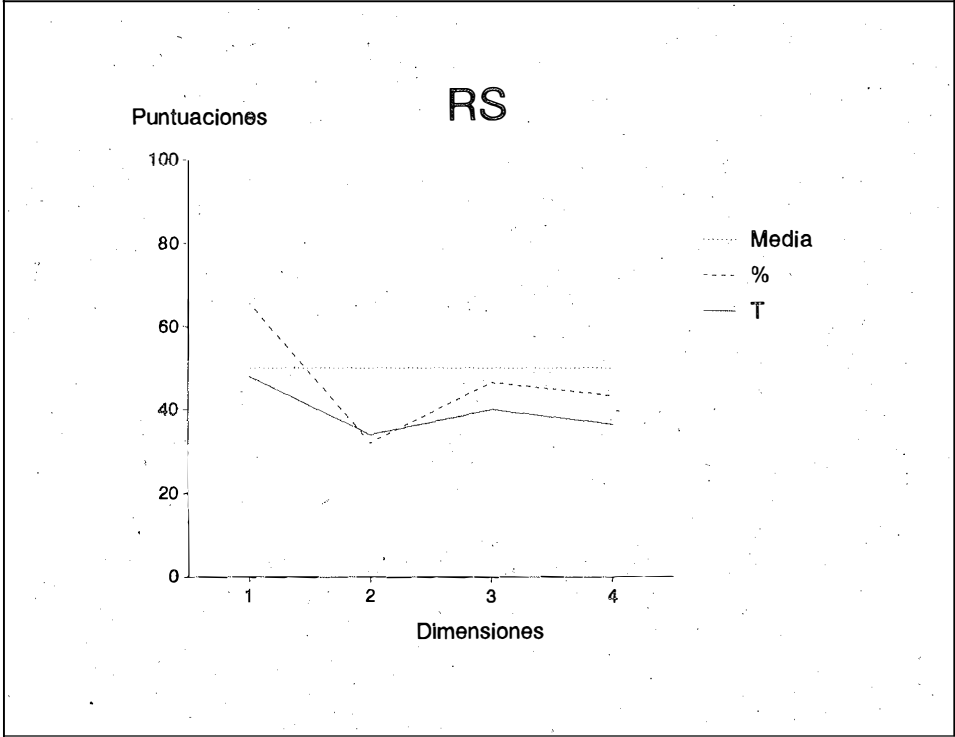
1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

RESIDENCIA MUNICIPAL SAGRADO CORAZON



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

RESIDENCIA MUNICIPAL SAGRADO CORAZON



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

CASERIO AGIRRETXU - GUARDERIA DE ANCIANOS

Dirección: Eguzkiza, 41 (Berango)

Titularidad: Privada

Nº residentes: 5

Superficie interior por residente: 29,13 m²

Nº habitaciones: Individuales: 2

Dobles: 1

Triples: 1

Nº baños completos: 1

Nº duchas: 3

Ratio de personal por residente: 0,4

Plantilla: Personal de atención directa: 1

Personal auxiliar: 1

Se trata de un caserío emplazado en la periferia de Berango. Acoge, en el momento del estudio, a cinco personas, y su capacidad total es de siete plazas.

Está dirigida por un matrimonio que atiende directamente a los ancianos, y hay una persona que se ocupa de la limpieza.

Su ubicación, lejos del centro y sin transporte público, dificulta el acceso a los recursos comunitarios. Hay que añadir, además, la existencia de 4 ó 5 peldaños de escalera para entrar o salir de la casa.

De los cinco residentes, tres sufren confusión mental, los otros dos utilizan sillas de ruedas, y una de ellas es además sorda y ciega.

El caserío cuenta con 4 habitaciones, 2 individuales, una doble y una triple, una sala, un salón y el comedor. Existe asimismo un área externa con mesas y sillas.

La superficie total por residente es menor que la requerida por el decreto 218/1990, así como las habitaciones. Por otra parte, se aprecia un ambiente familiar, tanto en el entorno físico como en las relaciones.

1. PAF

En el perfil relativo a las características físicas y arquitectónicas se puede ver, como aspecto más positivo, el confort físico; la casa cuenta con las comodidades mínimas, habitaciones agradables y personalizadas, aunque reducidas y un área externa con mesas, sillas, sombrilla.

Las ayudas técnicas y medidas de seguridad quedan en la media normal; dispone de algunas instalaciones, como barras en los baños, silla de ruedas especial para bañarse, y carece, por ejemplo, de timbres en las habitaciones y baños, material antideslizante, detectores de humo.

Evidentemente, no puede hablarse de la existencia de "salas de personal", pero las dos personas que se encargan de la atención directa viven en la segunda planta del mismo caserío, por tanto, disponen de sus propias dependencias.

No hay carteles, pictogramas, tabloneros de anuncios, etc., pero tampoco parecen muy necesarios, dado el carácter familiar de la casa.

Como ya se ha señalado anteriormente, la accesibilidad de la comunidad es difícil y la superficie del caserío, escasa.

2. POLIF

En este gráfico se observan como aspectos destacables la posibilidad de elección -los horarios no son rígidos, los residentes pueden cambiar la disposición de los muebles en sus habitaciones, colocar objetos personales, no hay horario de visitas- y la participación en la organización, pues aunque no exista un comité de residentes, éstos participan de manera espontánea y directa en las decisiones sobre las normas de la casa.

La privacidad está cerca de la media, los residentes tienen llaves de sus habitaciones pero, como aspecto negativo, menos de la mitad ocupan dormitorios individuales, y hay uno para tres personas.

Evidentemente, no se dispone de servicio médico, y se utiliza la red comunitaria. Únicamente la persona responsable de la casa controla la medicación y realiza cuidados de enfermería.

La asistencia en la vida diaria es alta, equiparable a la que corresponde normalmente a las residencias para personas de estas características.

No hay actividades organizadas, sino que son espontáneas: paseos, salidas de compras, etc.

3. RESIF

Como se ha señalado anteriormente, la capacidad funcional de los residentes es baja, todos ellos están afectados por algún tipo de deficiencia. Se observa poca actividad espontánea, se limitan a ver la TV y charlar. La integración en la comunidad, dado su difícil acceso, es nula.

Únicamente dos de los cinco residentes toman medicamentos, y no utilizan normalmente otro servicio médico. Por otra parte, todos utilizan los servicios de lavado de ropa, limpieza, comedor y cuidados personales.

4. SCES

Estos gráficos son el resultado de entrevistas, necesariamente limitadas, realizadas a un residente y una de las dos personas responsables de su atención.

La mayor discrepancia se observa en el aspecto relativo a la independencia de los residentes. Así como la persona responsable de la casa opina que no hace falta estimular, animar a los residentes para que hagan lo que quieran, la anciana entrevistada no tiene esta sensación, y cree que si no se les anima no hacen nada.

El resto de las dimensiones siguen el mismo perfil en puntuaciones porcentaje; aprecian un alto nivel de cohesión, de relaciones interpersonales y pocos conflictos; la capacidad de expresar sus problemas, sentimientos, quejas es alta, así como su influencia en la organización. Asimismo, perciben de forma positiva el entorno físico; en general se puede decir que están satisfechos con su residencia.

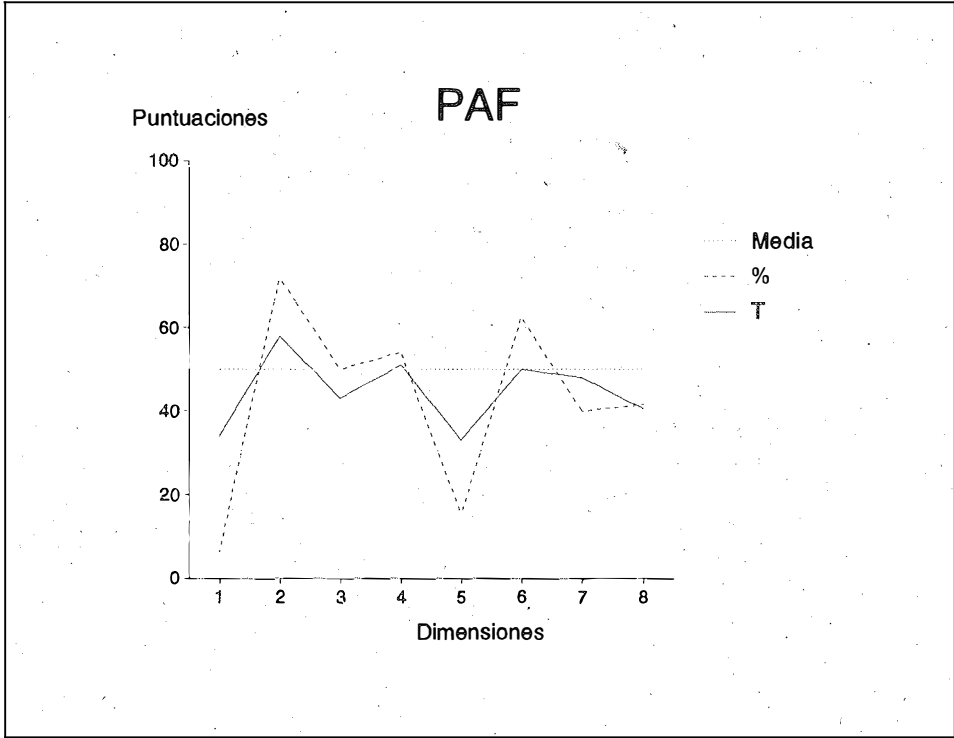
5. RS

Los observadores externos puntúan de forma positiva el entorno físico: es agradable, no hay mucho ruido, olores y está en buenas condiciones.

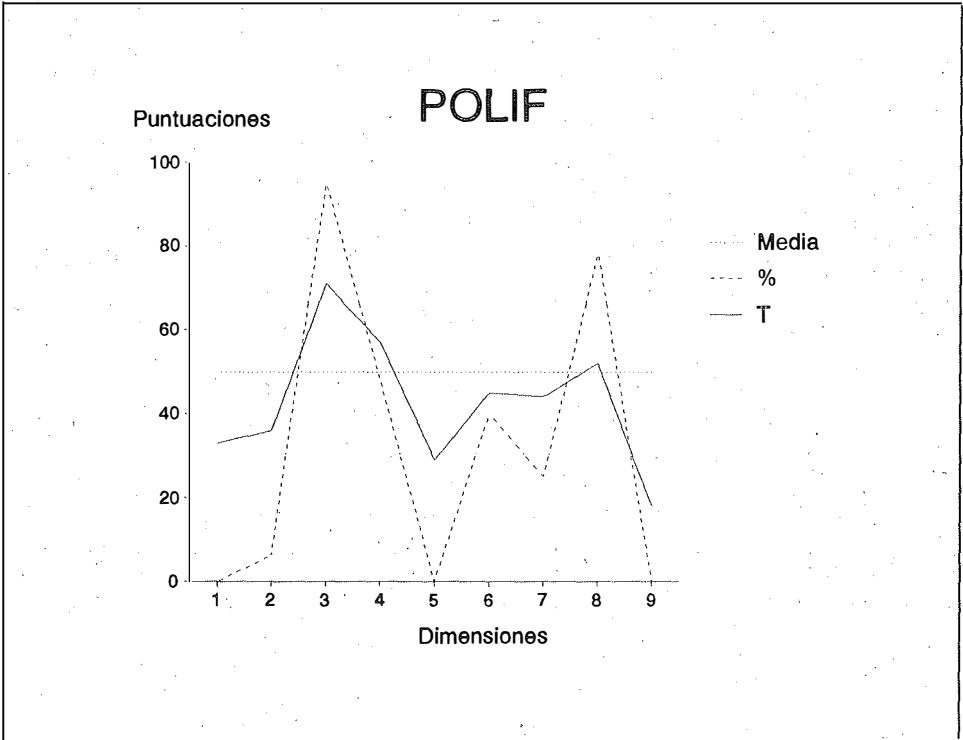
Las habitaciones son diferentes en su forma y disposición. Tomando como referencia la tabla normativa, estas puntuaciones están cerca de la media.

La interacción entre los residentes es alta, aunque su nivel de actividad es bajo, lo que da como resultado una puntuación media para la dimensión 3.

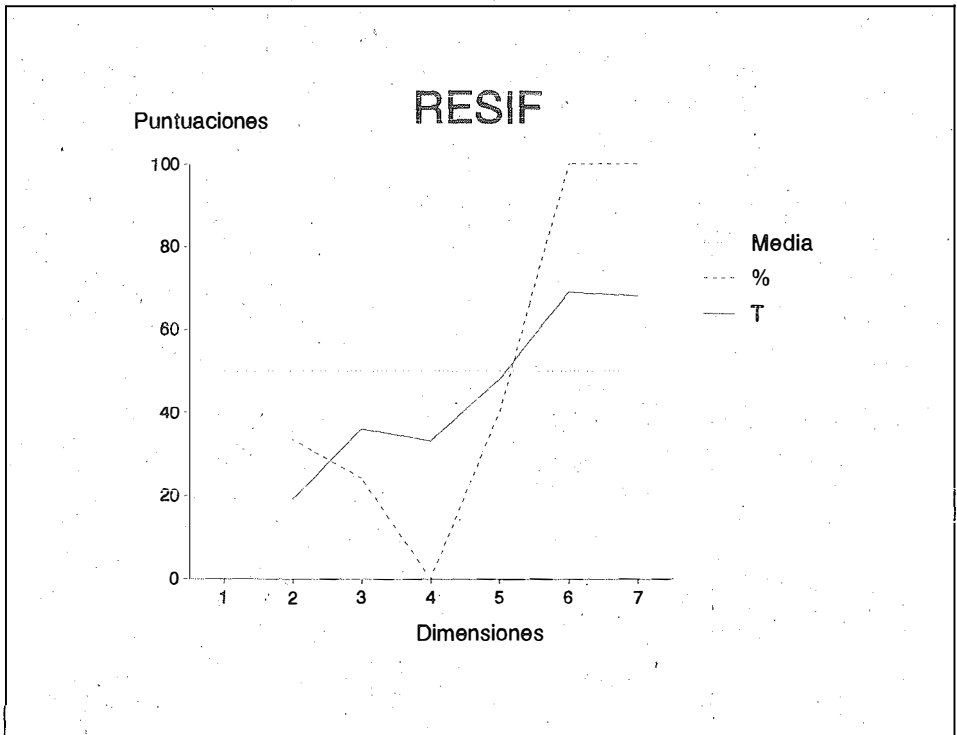
Es de destacar la disponibilidad, la actitud, la forma en que las dos personas responsables tratan a los residentes, esto es, personalizada, calurosa, consiguiendo un ambiente familiar.



1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio

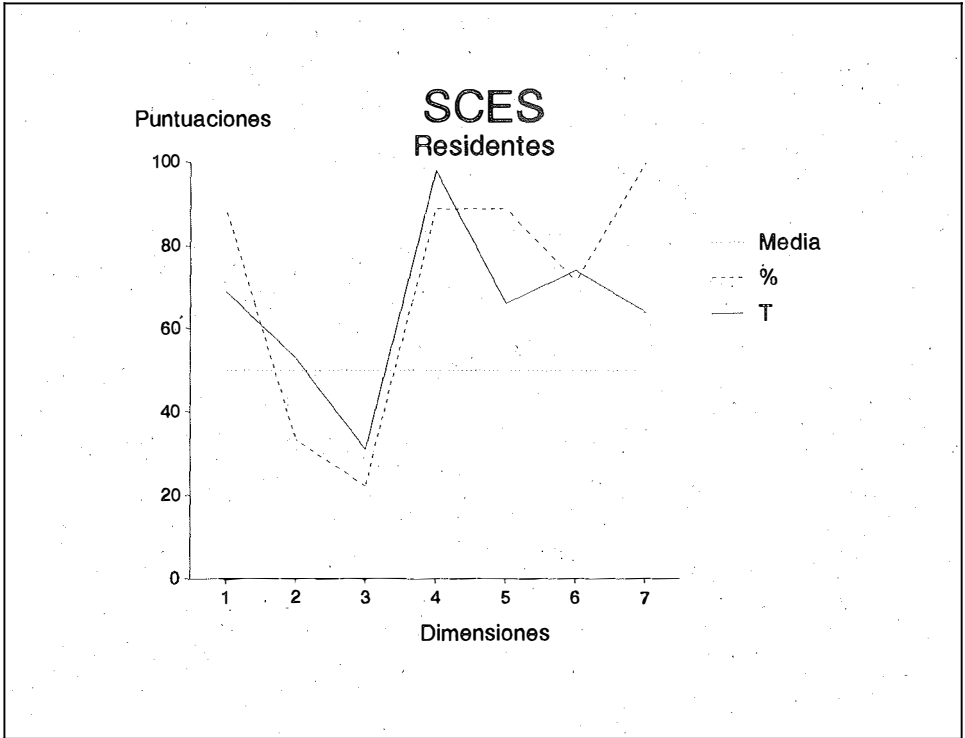


1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas

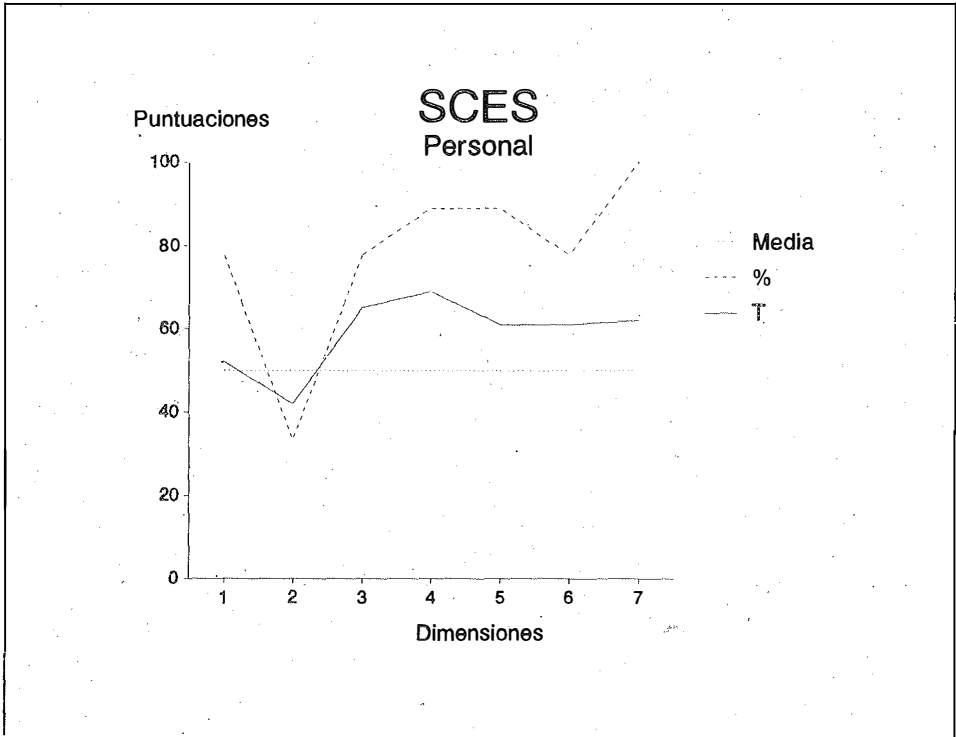


1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales

CASERIO AGIRRETXU - GUARDERIA DE ANCIANOS

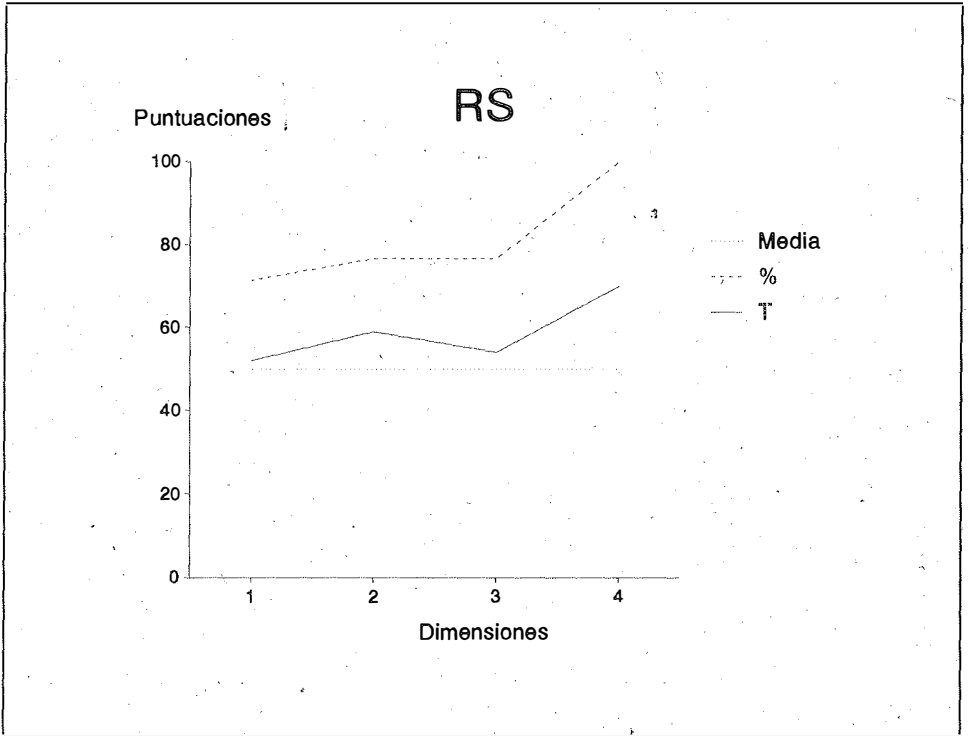


1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

CASERIO AGIRRETXU - GUARDERIA DE ANCIANOS



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

RESIDENCIA SAN ROQUE

Dirección: Avda. San Agustín, 6 (Markina-Xemein)

Titularidad: Privada

Nº residentes: 24

Superficie interior por residente: 25 m²

Nº habitaciones: Individuales: 8

Dobles: 5

Múltiples (seis camas): 1

Nº baños completos: 3

Nº aseos: 3

Ratio de personal por residente: 0,29

Plantilla: Personal de atención directa: 5

Personal auxiliar: 2

La Residencia S. Roque está ubicada en una antigua casa (1820) que fue cedida al Ayuntamiento y se aprovechó para acomodar a algunas personas mayores de la villa. No fue, por tanto, construida para su actual función y esto, que por una parte le da un aire hogareño y familiar, implica también una falta de comodidades, instalaciones y espacio. Por ejemplo, el acceso es a través de escaleras, existe un ascensor pequeño cuyas dimensiones no permiten la entrada de una silla de ruedas, las escaleras interiores son estrechas y oscuras, por lo tanto, algunos residentes que utilizan silla de ruedas no bajan al comedor ni a la sala de estar, y no salen nunca al exterior. De las 24 personas que viven en la residencia en el momento del estudio, 9 necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria y hay 3 que padecen confusión (ratio 1/8).

Asimismo, hay deficiencias en las instalaciones de la calefacción, según los inspectores de sanidad la caldera debería estar fuera del edificio.

La casa está situada en una zona un tanto periférica de la villa, pero a corta distancia de los recursos comunitarios: tiendas, parques, cine, cafeterías.

Consta de tres plantas; las habitaciones son diferentes y se permite la instalación de muebles y enseres propios, lo que les da un aspecto personalizado, excepto la de seis camas, en la que hay muy poco espacio.

El ratio personal/residente es justamente el mínimo exigido por el decreto 218/1990. La plantilla se compone de cinco mujeres, además de la cocinera, el administrador y una religiosa de 64 años que realiza el servicio de noche. No hay un reparto de tareas, todas se ocupan, tanto de la limpieza como de la atención de los residentes, y de la cocina, cuando no está la cocinera.

1. PAF

El aspecto más destacable del perfil sobre características físicas y arquitectónicas es su accesibilidad, ya que se encuentra relativamente cerca de todos los recursos comunitarios existentes en la villa.

Todas las demás dimensiones quedan por debajo de la media. Esto se explica, en parte, porque -como se ha indicado anteriormente- la casa no fue construida como residencia. Se observan deficiencias en instalaciones socio-recreativas, medidas que faciliten la orientación y la movilidad. No existen medidas de prevención de incendios, suelos antideslizantes, timbres en los baños; las escaleras interiores son estrechas y oscuras.

La disponibilidad de espacio está cerca de la media normal. El salón y el comedor son amplios, pero entre las habitaciones hay grandes diferencias; las individuales y dobles son de dimensiones adecuadas, pero el dormitorio de seis camas resulta claramente insuficiente.

No existen salas de actividades ni dependencias para el personal.

2. POLIF

En este gráfico todas las dimensiones están por debajo de la media normal si se valoran los datos normativos. Las puntuaciones que más se acercan a la media son las que se refieren a la tolerancia ante problemas de conducta, y a la posibilidad de elección; por ejemplo, los residentes pueden llevar sus propios muebles y decorar su habitación, los horarios de comidas no son estrictos, pueden elegir el sitio para sentarse en la mesa del comedor.

La participación en la organización es baja, no hay asambleas generales, la dirección y gestión están en manos del administrador. Tampoco existen reuniones de personal ni otros canales de comunicación.

La privacidad reflejada en el punto 6 no alcanza la media; existen pocas habitaciones individuales, ningún baño individual y los residentes no tienen llaves de sus dormitorios.

En el punto 7, correspondiente a los servicios de salud existentes en la residencia, se puede apreciar una puntuación porcentaje baja; sólo existe asistencia en la toma de medicamentos, no hay personal sanitario, sin embargo, en datos normativos, la puntuación no se considera tan baja en este tipo de residencias. Lo contrario ocurre con la asistencia en la vida diaria, en puntuación porcentaje es alta -existe servicio de limpieza, lavandería, comedor, ayuda en los cuidados personales, etc.- pero si se toma como referencia la tabla normativa, decae hasta llegar a ser menor que la media.

No existen actividades socio-recreativas organizadas de forma continua, únicamente se celebran fiestas en fechas señaladas.

3. RESIF

La plantilla del personal es poco variada: cinco mujeres que se ocupan de la limpieza y atención de los residentes y una cocinera; no hay voluntarios y ningún profesional se ocupa de la animación socio-cultural. Esta dimensión es, por tanto, inferior a la media.

La capacidad funcional media de los residentes se acerca al nivel medio normativo; como residencia mixta que es, acoge a personas completamente autónomas y a otras que necesitan ayuda para todas las actividades de la vida diaria.

El nivel de actividad por iniciativa propia es bajo, se reduce a ver la TV, jugar a cartas y, los que pueden hacerlo solos, salir al pueblo. Como se puede ver en el punto 4, la integración en la comunidad es mayor que la media, aspecto éste facilitado por la ubicación de la residencia (ver PAF punto 1). Sin embargo hay personas que utilizan silla de ruedas y que no salen nunca ni bajan a la planta baja, donde están el comedor y la sala de estar. Ya se ha señalado anteriormente que en el ascensor no caben las sillas de ruedas, a menos que se les desmonten los pedales.

Los puntos 5, 6 y 7 son altos, pero se deben analizar junto con los 7, 8 y 9 del POLIF, porque tratan de la utilización de los servicios disponibles. Así, el único servicio de salud existente es la asistencia en la toma de medicamentos y la utilizan todos los residentes. De la misma forma, el punto 7, relativo a la participación en actividades socio-recreativas, es alto, pero hay que tener en cuenta que únicamente se organizan fiestas para celebrar determinados acontecimientos.

La utilización de asistencia para las necesidades básicas (comedor, lavandería, limpieza, aseo personal, etc.) alcanza una puntuación ligeramente superior a la media.

El punto 8 se refiere al nivel de estudios, profesión de los residentes y a sus recursos familiares, y denota que el grupo dista mucho de ser homogéneo.

4. SCES

Los perfiles que reflejan el clima social de la residencia son similares, y resulta un poco más pesimista el correspondiente al personal.

La cohesión, la interacción social, es baja. Los trabajadores afirman que no tienen tiempo para pararse a charlar con los residentes, las relaciones son cordiales, pero menos frecuentes que lo deseado.

El nivel de conflicto es más alto que la media, los residentes a veces discuten, se quejan, se critican. Esto se ve reflejado también en el punto 4, que representa la facilidad de los residentes para expresar sus desacuerdos, sus problemas, sentimientos, etc., y queda asimismo por encima de la media.

Tanto el personal como los residentes opinan que estos últimos tienen poca iniciativa para organizar, poner en marcha actividades, excursiones, fiestas, etc., y que normalmente esperan que alguien les proponga ideas.

La idea que tienen sobre la organización alcanza una puntuación próxima a la media considerada normal en este tipo de residencias. En cuanto a la influencia que ejercen los residentes en la elaboración de las normas y la organización, éstos son más optimistas que el personal.

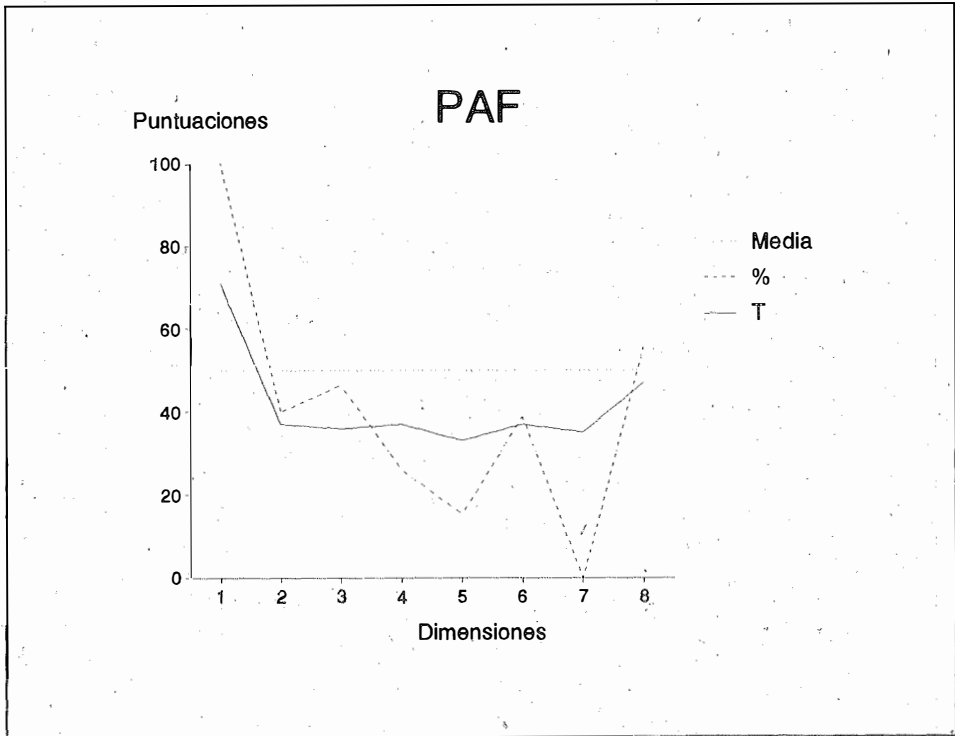
Por último, todos afirman que el entorno físico no es el más adecuado para su función. La casa es pequeña, a veces hace frío y no existen muchas comodidades.

5. RS

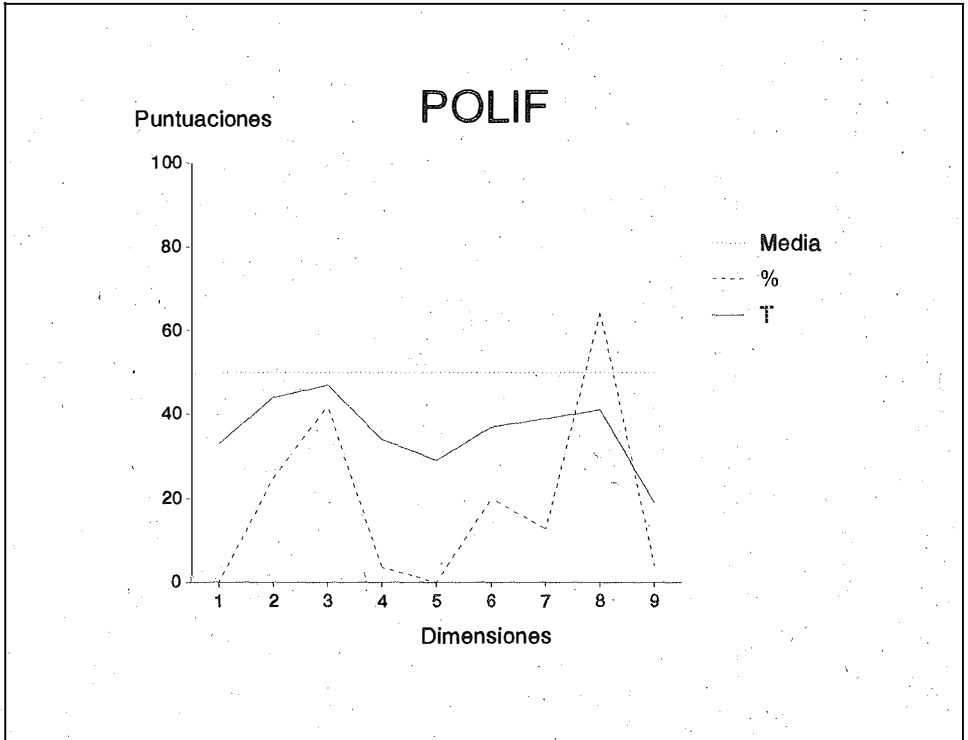
En este gráfico, que representa la valoración de dos observadores, se puede apreciar que el entorno físico obtiene una puntuación baja, aunque no se aprecian ruidos ni olores, y los suelos, los baños, etc. están limpios; el edificio no resulta atractivo y en algunas zonas la iluminación es escasa.

Sin embargo, se aprecia cierta diversidad entre las habitaciones. Excepto en un dormitorio corrido de seis camas, los residentes pueden llevar sus propios enseres y disponen los muebles a su gusto.

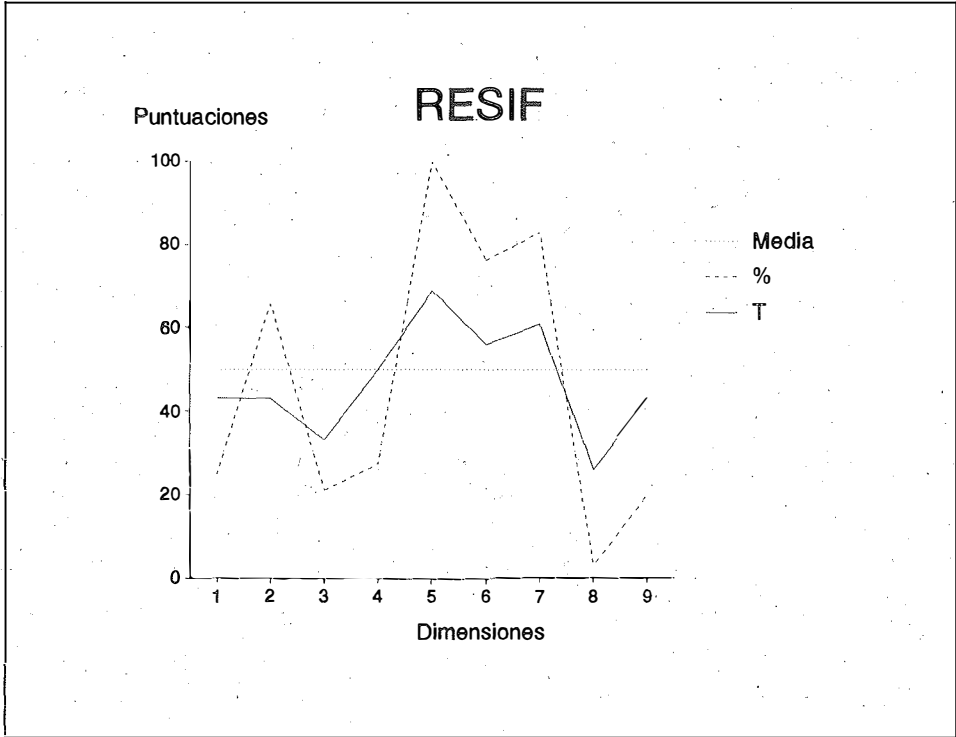
El punto 3 refleja una vez más la pasividad de los residentes; el 4, que se refiere a la calidad de la interacción entre los residentes y el personal, está por encima de la media. Las relaciones, dentro de las limitaciones de tiempo disponible por parte de los trabajadores, son cálidas y cordiales; se aprecia una buena disposición del personal hacia los residentes.



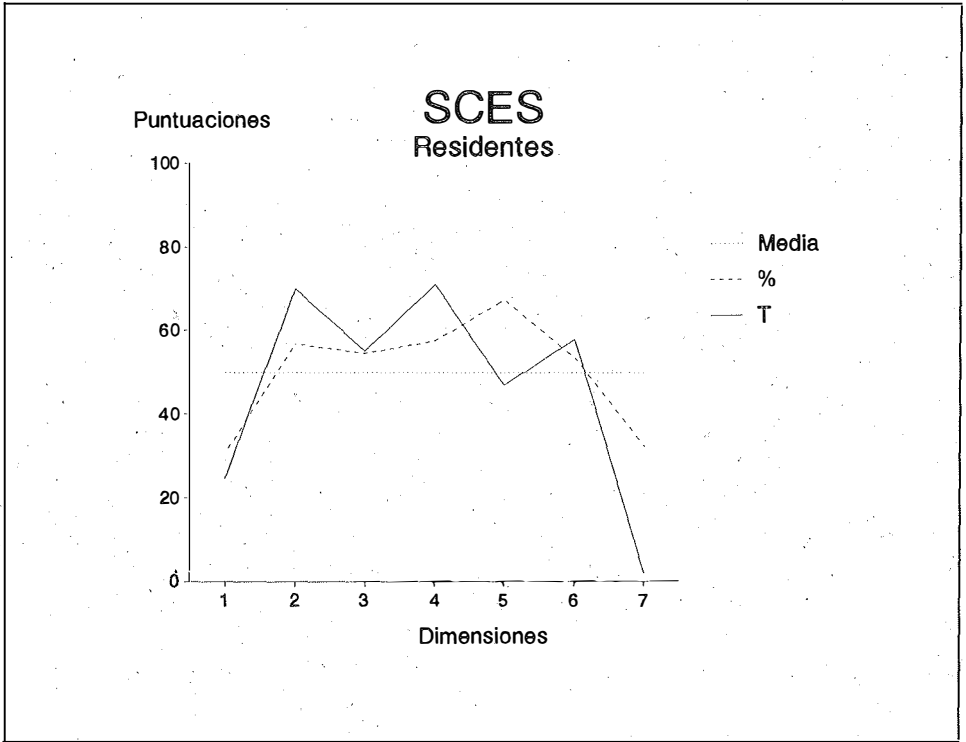
1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio



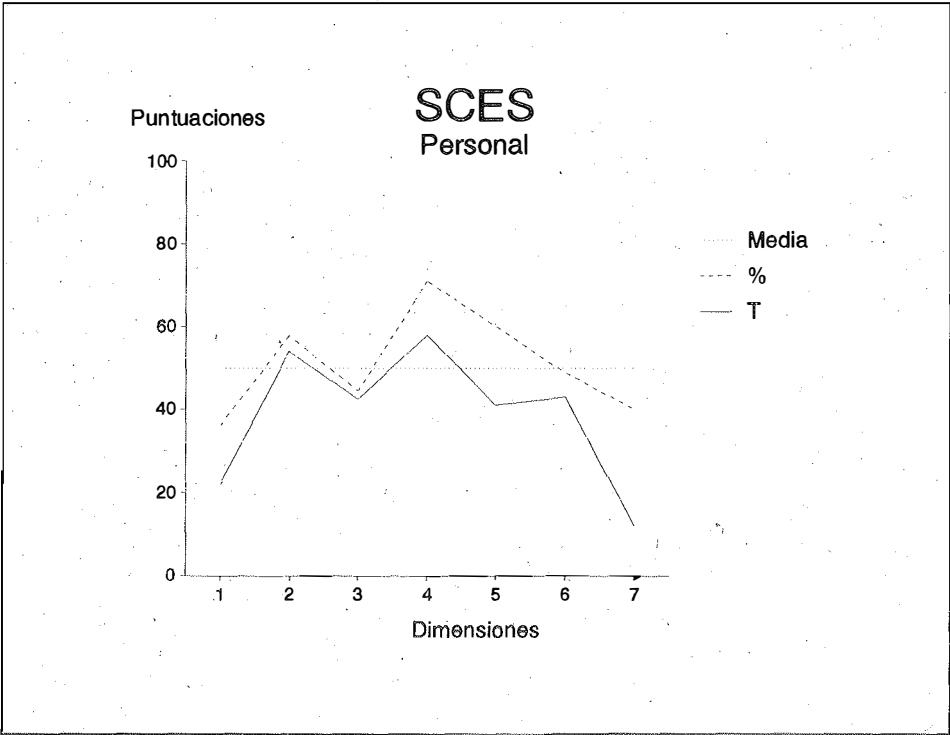
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales

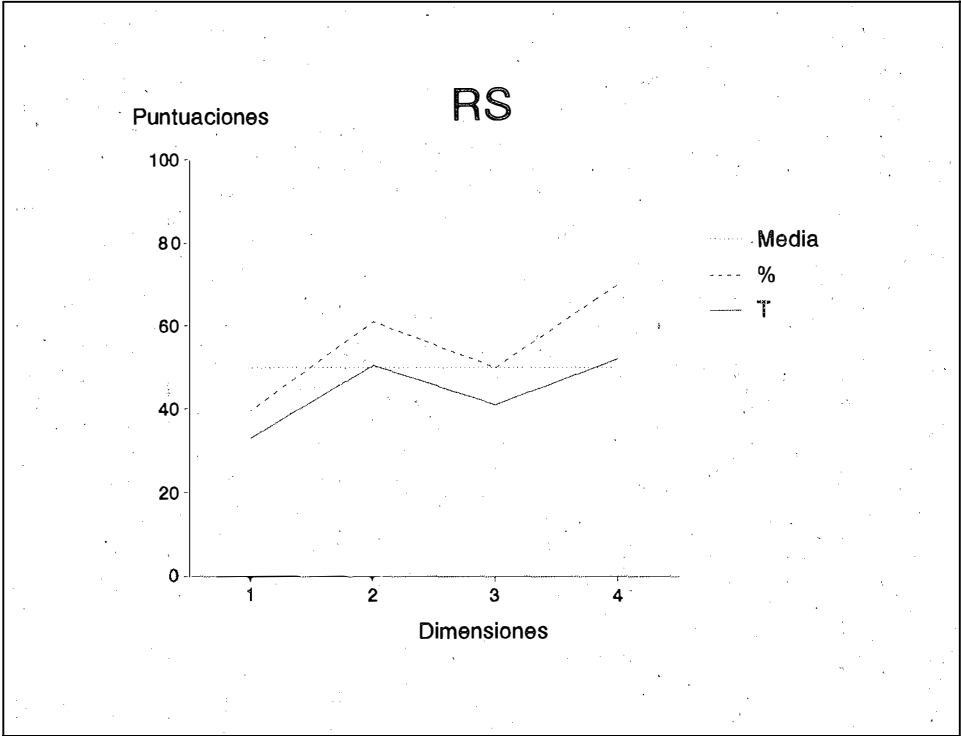


1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



- 1. Cohesión
- 2. Conflicto
- 3. Independencia
- 4. Expresividad
- 5. Organización
- 6. Influencia de los residentes
- 7. Confort físico

RESIDENCIA S. ROQUE



- 1. Entorno físico
- 2. Diversidad ambiental
- 3. Funcionamiento de los residentes
- 4. Funcionamiento del personal

CENTRO JULIAN REZOLA (FUNDACION MATIA)

Dirección: Barrio Lugariz s/n (Donostia-San Sebastián)

Titularidad: Privada

Nº residentes: 160

Superficie interior por residente: 25 m²

Nº habitaciones: Individuales: 4

Dobles: 23

Múltiples (de 4 y 5 camas): 27

Nº baños completos: 4

Nº aseos: 12

Nº baños geriátricos: 7

Ratio de personal por residente: 0,5 (no incluye servicio de limpieza)

Plantilla: Personal de atención directa: 57

Personal auxiliar: 24 (además del servicio exterior de limpieza)

Se trata de una residencia asistida que acoge a 160 personas, la mayoría con problemas de autonomía física o psíquica; el ratio de personas con problemas de confusión es de 1/3.

El edificio está ubicado en un barrio periférico de la ciudad, los accesos a pie son difíciles, es preciso subir una pendiente pronunciada, por lo que muy pocos residentes salen alguna vez fuera del recinto residencial.

Consta de tres plantas, en cada una de ellas hay un comedor. El único salón que existe está en la planta baja, pero como algunos residentes no bajan nunca, permanecen todo el día en el comedor.

La mayoría de las habitaciones son dobles o múltiples y el espacio es claramente insuficiente; los baños y aseos son comunes, están fuera de las habitaciones.

El ratio de personal/residente es mayor que el requerido por el decreto 218/1990, y esto teniendo en cuenta que la limpieza corre a cargo de una empresa externa (Gureak). La plantilla se compone de auxiliares de clínica, enfermeras, médico, asistente social y personal auxiliar. Ningún profesional se ocupa de la animación socio-recreativa, pero hay un grupo de unas ocho personas que se incorporan diariamente a las actividades organizadas por un centro de día ubicado en el mismo edificio.

1. PAF

En este gráfico se puede observar que la dimensión "accesibilidad de la comunidad" alcanza una puntuación media, ya que existen algunos recursos comunitarios -tiendas, iglesia, hospital- a una distancia relativamente corta, pero queda alejada de otros, como cines, bibliotecas, parques, bancos, etc.

El edificio, aunque dispone de las comodidades mínimas -calefacción, teléfono, máquinas de bebidas no alcohólicas, lavadero para uso de los residentes-, carece de otras, como lámparas para leer en las habitaciones, posibilidad de controlar la calefacción en cada dormitorio o una cocina para uso de los residentes. Existe un área externa pero es bastante reducida y no tiene mesas ni sillas, únicamente, bancos.

Como instalaciones o áreas socio-recreativas sólo dispone de un salón con mesas y TV y una cafetería.

Las puntuaciones más bajas corresponden a las ayudas protésicas y orientativas. Hay que tener en cuenta que se trata de una residencia asistida y, en consecuencia, la tabla normativa correspondiente a una determinada puntuación porcentaje indica una puntuación estándar más baja que si se tratase de una residencia para válidos, ya que lo normal en este tipo de establecimientos es que dispongan de más ayudas técnicas e instalaciones especiales: aseos y duchas amplios para poder girar con una silla de ruedas, barras de seguridad al lado de todos los inodoros, pasamanos en todos los pasillos y habitaciones, pictogramas orientativos, rótulos con los nombres de los residentes en la puerta de sus habitaciones, etc.

El punto 6 refleja una puntuación media para las medidas de seguridad; dispone de las más básicas, pero carece de otras como timbres en los baños y superficies antideslizantes.

Las salas de personal alcanzan una puntuación ligeramente superior a la media, existen despachos, "offices"... La disponibilidad de espacio en general, es decir, la superficie por residente, queda justamente a nivel de la media normativizada.

2. POLIF

En este gráfico podemos ver que todos los aspectos, excepto los servicios de salud y la asistencia en la vida diaria, quedan por debajo de la media. Hay poca libertad para elegir los horarios, cambiar la distribución de los muebles en las habitaciones, participar en la organización -no existe junta de gobierno ni se hacen asambleas generales-. La privacidad es baja ya que sólo hay cuatro habitaciones individuales, y los residentes no disponen de las llaves de sus dormitorios.

La tolerancia ante problemas de conducta es baja.

Como actividades socio-recreativas existen juegos de cartas, grupos de conversación, de gimnasia, trabajos manuales, pero teniendo en cuenta que se trata de una residencia asistida y que la mayoría de los residentes no salen al exterior, puede considerarse escasa según la tabla normativa.

3. RESIF

En el perfil correspondiente a las características de los residentes, todas las dimensiones o indicadores quedan por debajo de la media.

El nivel funcional de los residentes es bajo, su dependencia, por tanto, es alta, y esto determina su pasividad y escasa participación en actividades tanto dentro como fuera de la residencia. A pesar de que la residencia está cerca de un barrio, los residentes salen poco, aproximadamente la mitad van alguna vez al año a visitar a sus familiares o a dar un paseo.

4. SCES

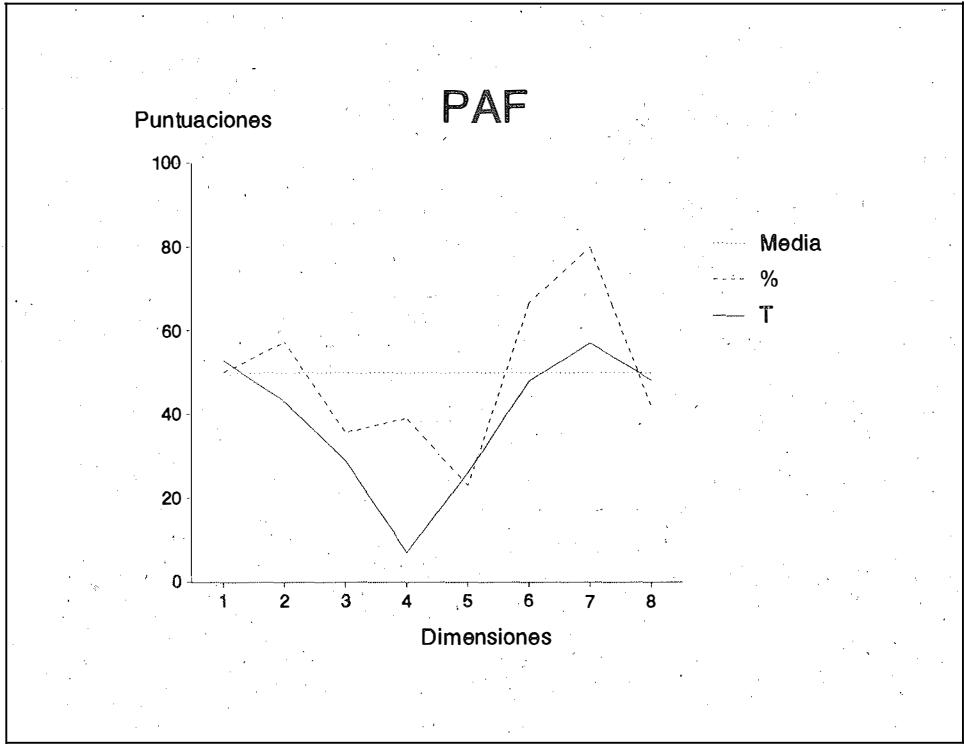
Estos dos gráficos representan la opinión que tienen los residentes y el personal del clima social de la residencia. El perfil es similar, y consideran los dos grupos que la cohesión, el apoyo mutuo, son bajos, así como la autonomía de los residentes para realizar cualquier actividad, ya que habitualmente dependen del personal. Consideran asimismo que los residentes ejercen poca influencia en la organización, y no confían en su posibilidad de intervención.

En cuanto al confort físico, muebles, iluminación, ventilación, ruidos, olores, temperatura, decoración, tanto unos como otros tienen una opinión negativa y, especialmente, el personal.

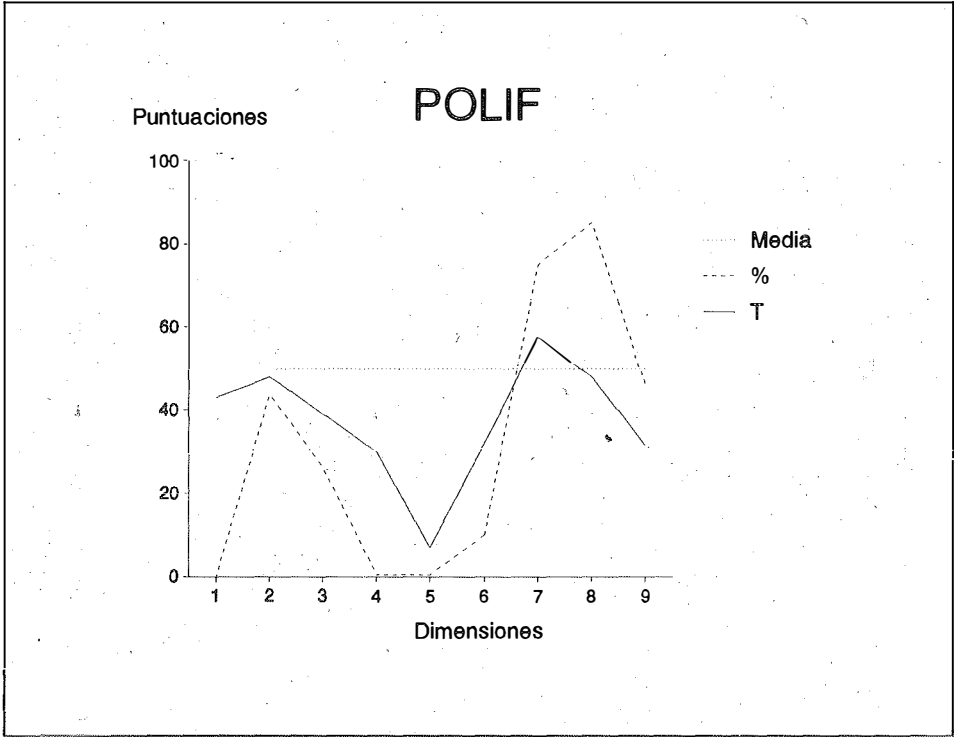
5. RS

Según la observación de los evaluadores, el entorno físico no es muy atractivo, el edificio está deteriorado en algunas zonas, su aspecto es institucional y no se aprecia personalización en las habitaciones.

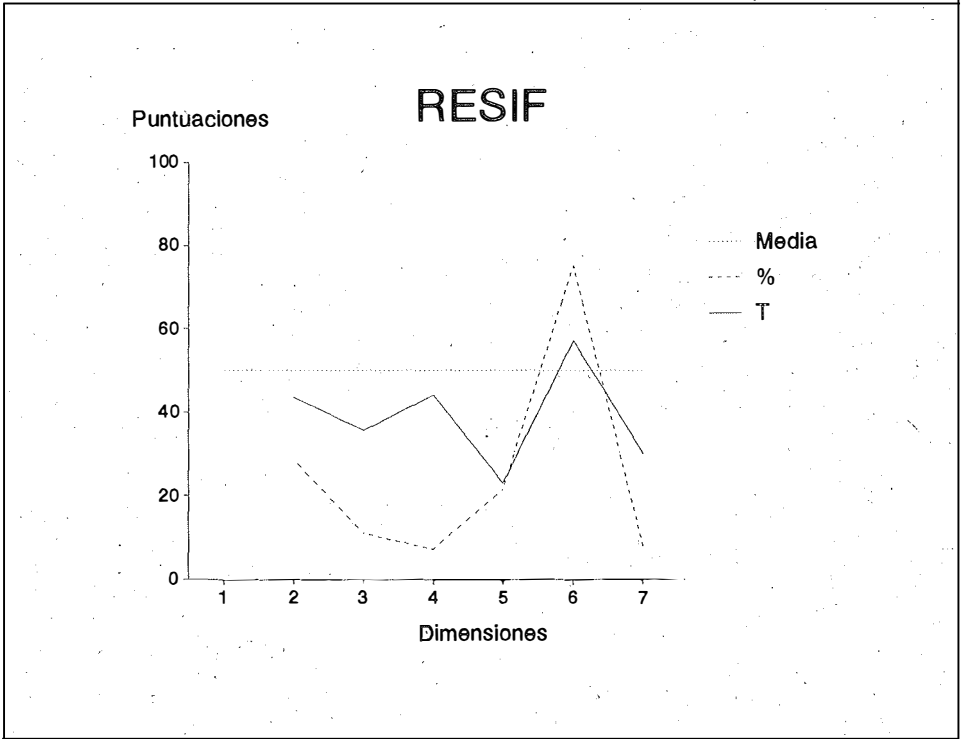
El nivel de actividad y de interacción entre los residentes es bajo y no se observan muchos contactos entre los residentes y el personal.



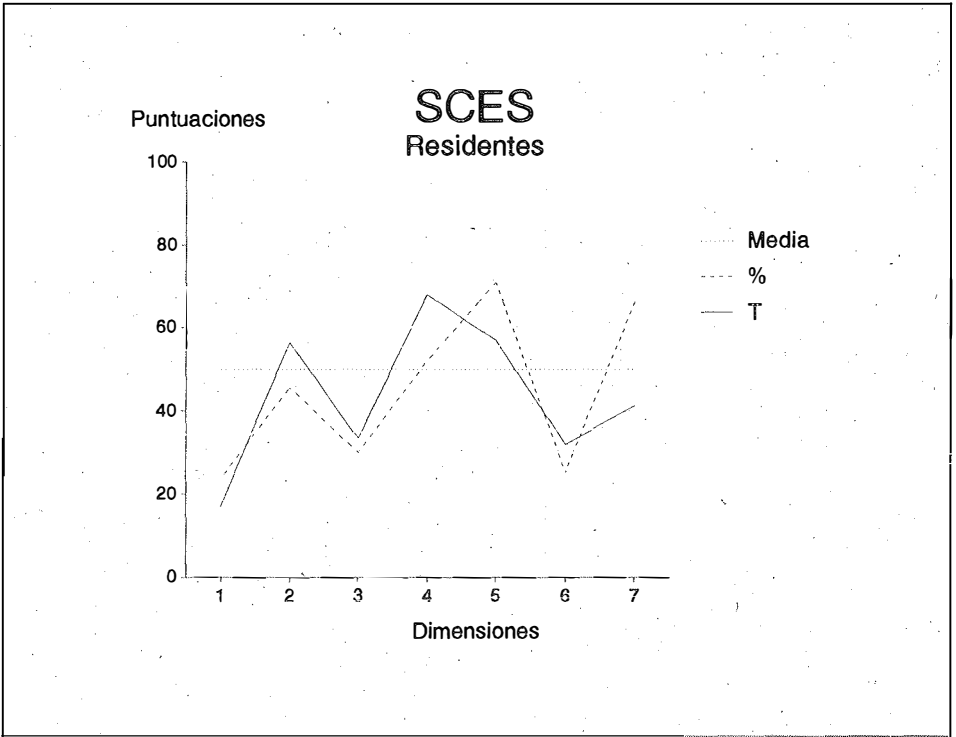
1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio



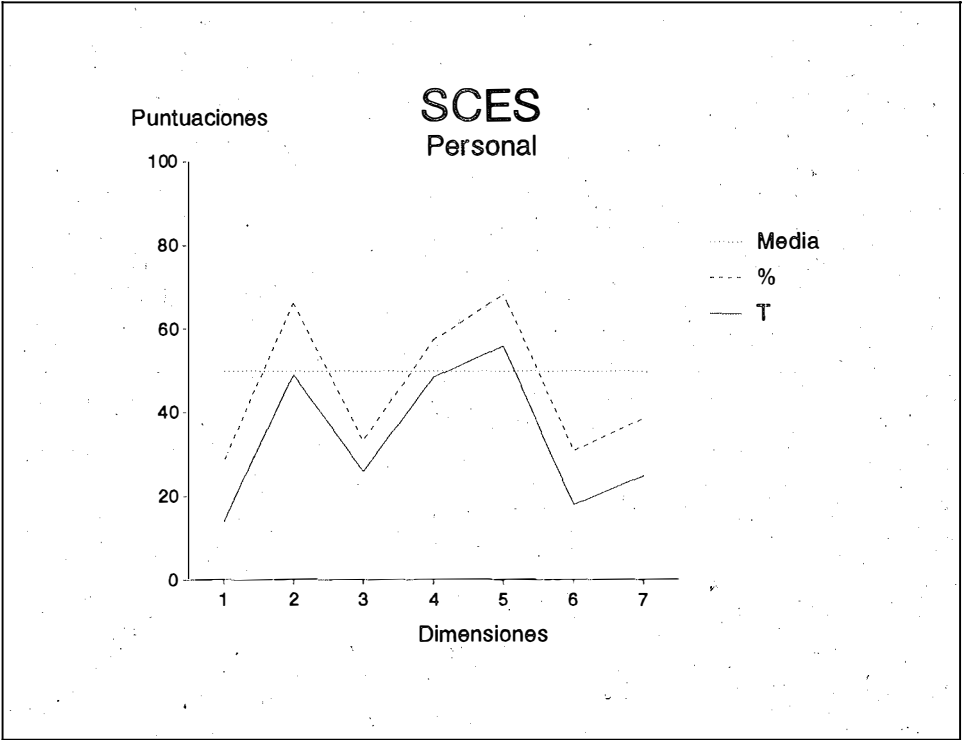
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



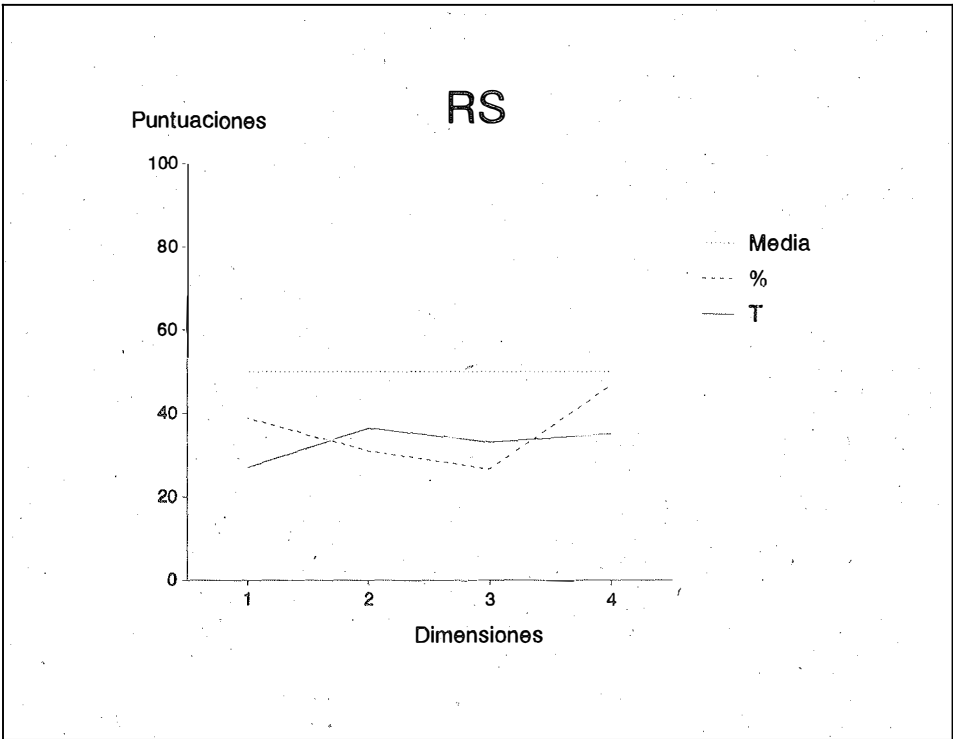
1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

RESIDENCIA SANTA MARIA MAGDALENA

Dirección: Sandiusterri, 1 (Hernani)
Titularidad: Pública (Municipal)
Nº residentes: 104
Superficie interior por residente: 23,25 m²
Nº habitaciones: Individuales: 7
 Dobles: 15
 Triples: 23
Nº baños completos: 46
Nº aseos: 5
Nº baños geriátricos: 1
Ratio de personal por residente: 0,32
Plantilla: Personal de atención directa: 18
 Personal auxiliar: 16

La Residencia Sta. M^a Magdalena está situada en el centro urbano de la villa, integrada entre otros edificios y, por tanto, sin área externa. Bien es cierto que a pocos metros se encuentra el Paseo de los Tilos, arbolado, como indica su nombre, que ofrece un buen espacio para leer y observar la actividad ciudadana. El edificio es nuevo y está en buenas condiciones; consta de tres plantas, una de ellas reservada para la enfermería, donde se alojan los residentes menos autónomos, tanto por causa física como psíquica.

El inmueble de la residencia acoge también otros servicios, concretamente en él está establecido el Departamento de Bienestar Social y el tanatorio municipal. En principio parece interesante que los establecimientos residenciales se abran a la comunidad -aunque no todos los expertos estén de acuerdo en que deban albergar servicios generales- pero, en cualquier caso, el tanatorio, aun con accesos independientes, no parece el más compatible.

En total hay 45 habitaciones, 23 triples, 15 dobles y 7 individuales, un gran salón, un comedor general, salas de actividades y dos terrazas. Los residentes de la tercera planta, la enfermería, tienen su propio comedor y sala de estar y no salen de su planta.

La superficie interior por residente es mayor que la requerida por el decreto 218/1990, así como el ratio de personal/residente.

La plantilla del personal está compuesta por auxiliares de clínica, enfermeras, una asistente social y personal auxiliar; las jefas de planta son religiosas. Un animador socio-cultural trabajó durante un año en que la residencia recibió una subvención de Diputación para este fin.

1. PAF

En el perfil correspondiente al entorno físico de la residencia de Hernani, destaca como punto positivo su ubicación en el centro de la villa, lo que facilita el acceso a los recursos comunitarios.

Los aspectos más negativos se refieren a la escasez de instalaciones socio-recreativas -mesas de billar, de ping-pong, otros juegos- y de pictogramas, carteles, tabloneros de anuncios informativos y orientativos.

La dimensión relativa al confort físico o comodidades que ofrece la residencia, alcanza una puntuación inferior a la media, debido a que no existe un área externa ajardinada dotada de mobiliario, aunque se encuentra muy próxima a una plaza arbolada. Por otra parte, hay que señalar la existencia de dos amplias terrazas.

Las medidas de seguridad, de accesibilidad, ayudas técnicas básicas, se sitúan en torno a la media normal, así como las dimensiones relativas a la superficie y variedad de salas comunes.

2. POLIF

En el gráfico correspondiente a la política organizativa, se puede observar en el punto 2 que la tolerancia ante algunos problemas de comportamiento es la normal en este tipo de residencias; se trata de mantener cierta disciplina.

Asimismo, se sitúa cerca de la media la posibilidad de los residentes de elegir sus rutinas, horarios de comidas, de baños, disposición de sus habitaciones, etc.

La participación de los residentes en la organización es baja, no existe en estos momentos junta de gobierno, únicamente hay un comité de acogida para los nuevos residentes.

El punto 5 del gráfico refleja que son escasos los medios de comunicación internos, como reuniones de personal, libros de instrucciones, folletos de información, etc.

La privacidad alcanza una puntuación inferior a la media normal, ya que los residentes no tienen las llaves de sus habitaciones y sólo hay 7 habitaciones individuales.

Los servicios de salud y la asistencia en la vida diaria son los normales en este tipo de residencia, sin embargo existen pocas actividades recreativas disponibles, éstas se limitan a un grupo de canto, cartas, manualidades, misas y otros oficios religiosos.

3. RESIF

El primer punto de este gráfico valora las características del personal en cuanto a formación, programas de entrenamiento y participación de voluntarios. En esta residencia la puntuación en porcentaje es baja, no trabaja ningún profesional en terapia ocupacional, animación socio-cultural, psicólogo; hay que remarcar, por otro lado, que un grupo de voluntarios visita los fines de semana a los residentes.

La capacidad funcional es relativamente baja, entre un 30 y un 40% de los residentes necesitan ayuda para realizar alguna de las actividades de la vida diaria.

El punto 3 se refiere a las actividades que los residentes realizan espontáneamente, por iniciativa propia, como leer, coser, cuidar plantas, fotografía, actividades artísticas, jugar a cartas o similares. La actividad más frecuente es ver la TV.

La integración en la comunidad, a pesar de que la ubicación de la residencia es céntrica (ver PAF punto 1), está por debajo de la media considerada normal.

Las dimensiones relativas a la utilización de los servicios disponibles en la residencia, tanto sanitarios como de asistencia en la vida diaria y actividades socio-recreativas organizadas, se sitúa cerca de la media.

4. SCES

Estos dos gráficos se refieren al clima social percibido por los residentes y por el personal.

Se puede ver que la cohesión, el nivel de interacción y apoyo mutuo entre los residentes y entre éstos y los trabajadores es apreciado de forma negativa, particularmente por el personal. Sin embargo, los residentes perciben una convivencia más conflictiva a nivel de quejas, críticas, discusiones.

Tanto unos como otros aprecian la independencia de los residentes por debajo de la media, no tienen muchas iniciativas propias y tienden a depender de lo que se les propone.

La opinión general sobre la expresividad de los residentes, el grado de comunicación de sus problemas y sentimientos, está cerca de la media si se valora en puntuación porcentaje. Sin embargo, los datos normativos indican que esta apreciación de los residentes en centros de este tipo está considerada por encima de la media normal.

En el punto 5 se puede ver que tanto unos como otros tienen una idea positiva sobre la organización y el funcionamiento de la residencia, especialmente los residentes. Sin embargo, todos opinan que la participación de los residentes es escasa.

Por último, existe unanimidad a la hora de calificar el edificio, los muebles y enseres como de buena calidad, confortables y en buen estado.

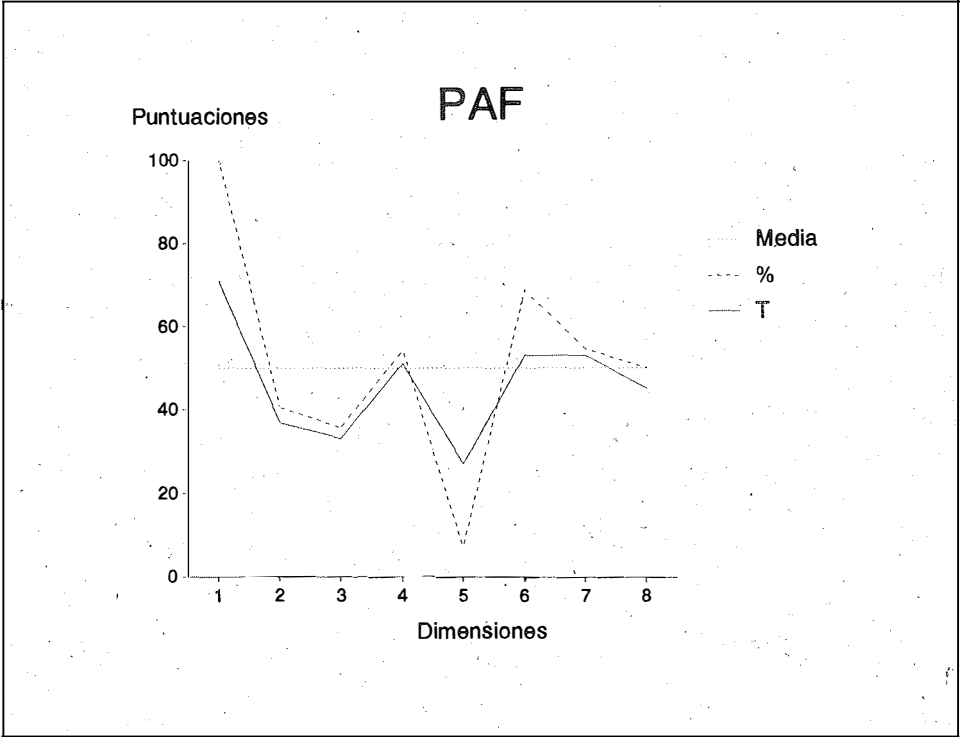
5. RS

Este gráfico refleja la opinión de los evaluadores según lo que han observado durante su visita a la residencia.

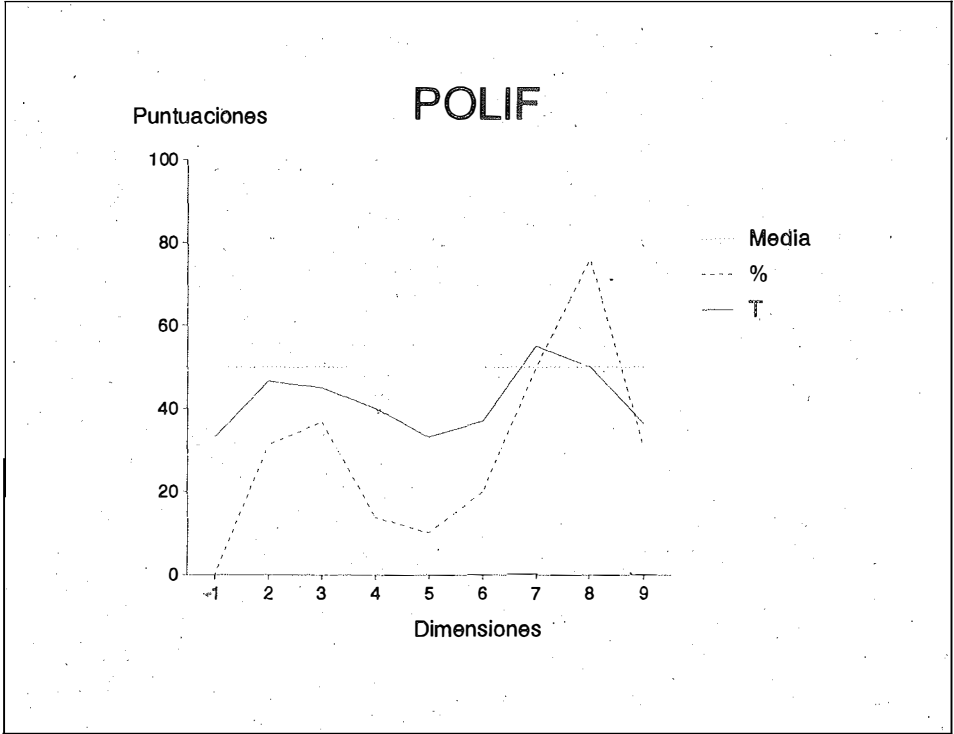
La puntuación sobre el entorno físico -reflejo de la observación directa de los evaluadores- queda cerca de la media; el edificio es nuevo y está en buenas condiciones, los terrenos anexos no son muy atractivos, pero forma parte del conjunto urbano general.

Por otra parte, presenta un aspecto institucional, las habitaciones son prácticamente iguales y están poco personalizadas, apenas se observan objetos decorativos personales.

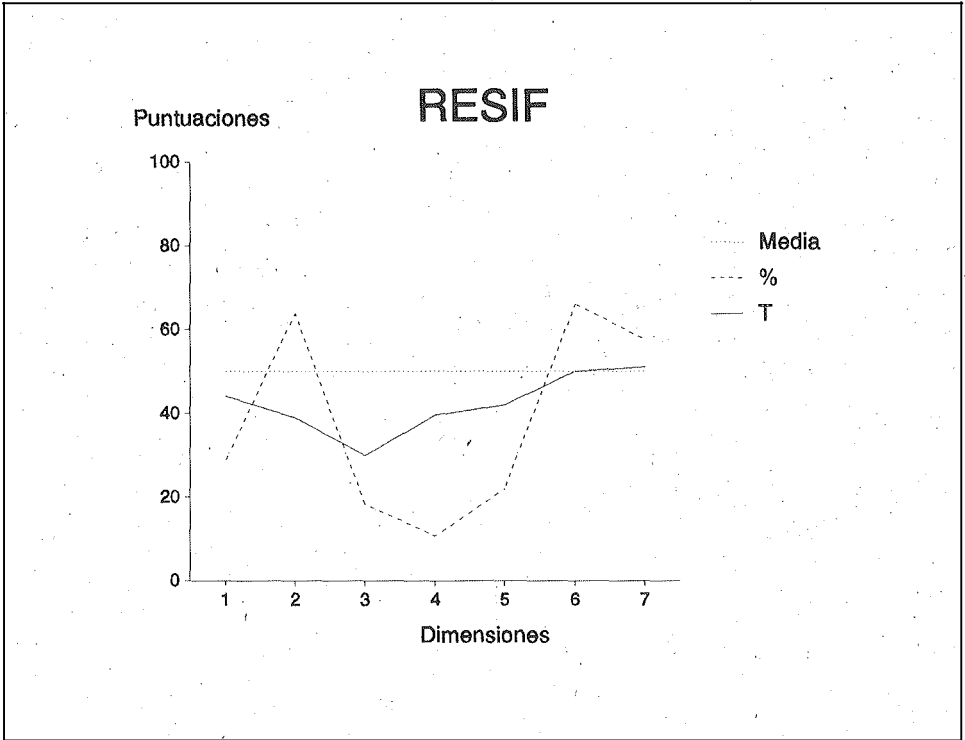
El punto 3, relativo a la actividad e interacción de los residentes, alcanza una puntuación próxima a la media. Es más bajo el grado de contacto entre los residentes y el personal.



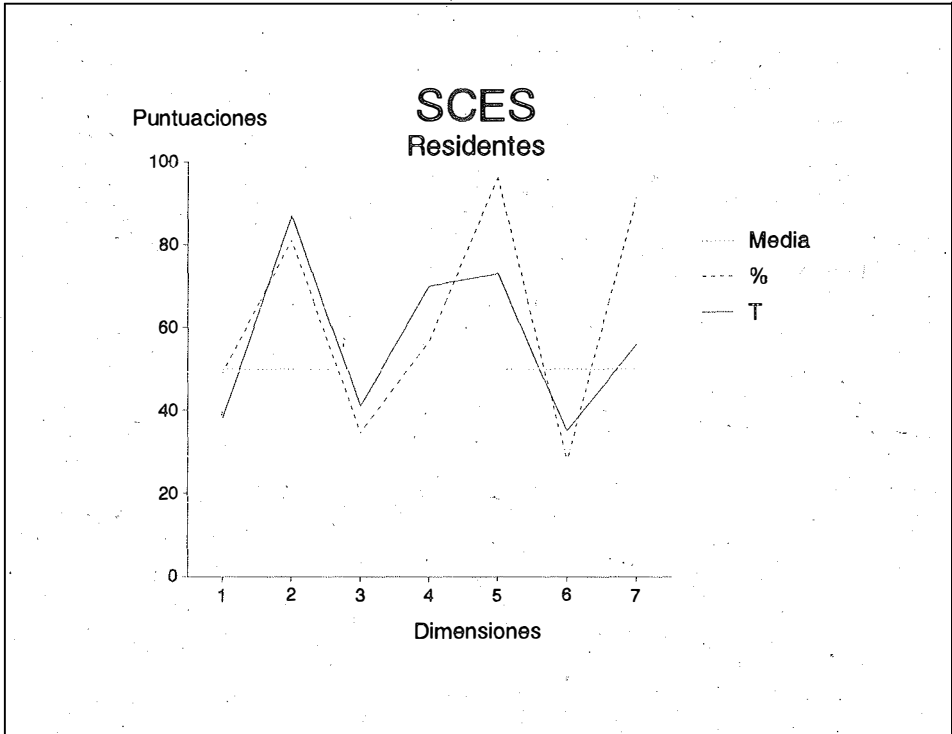
1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio



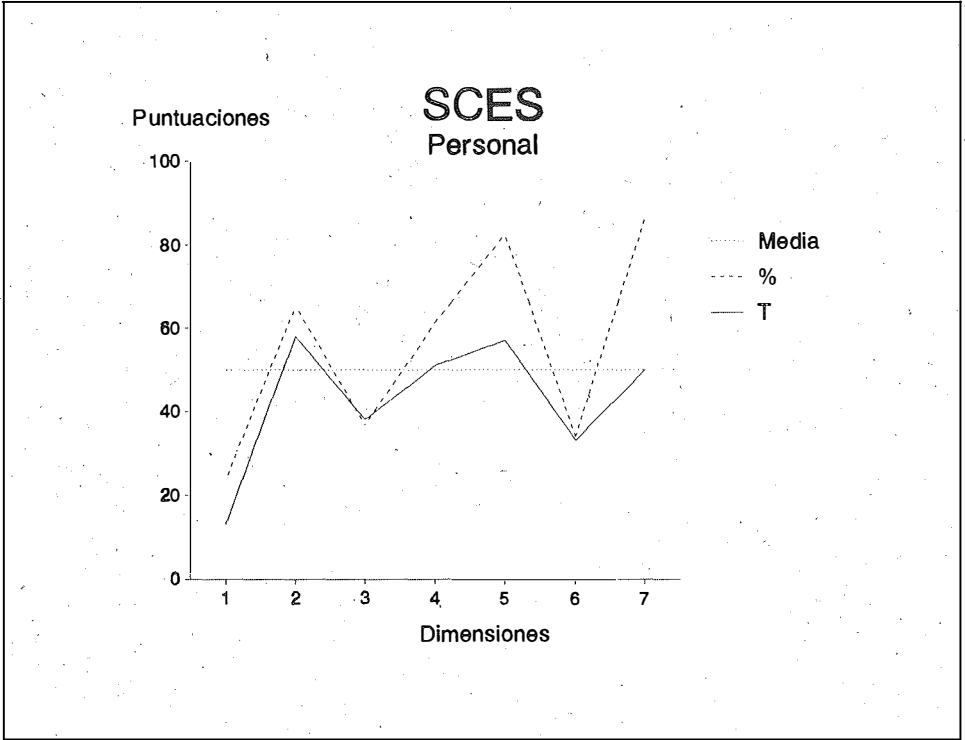
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



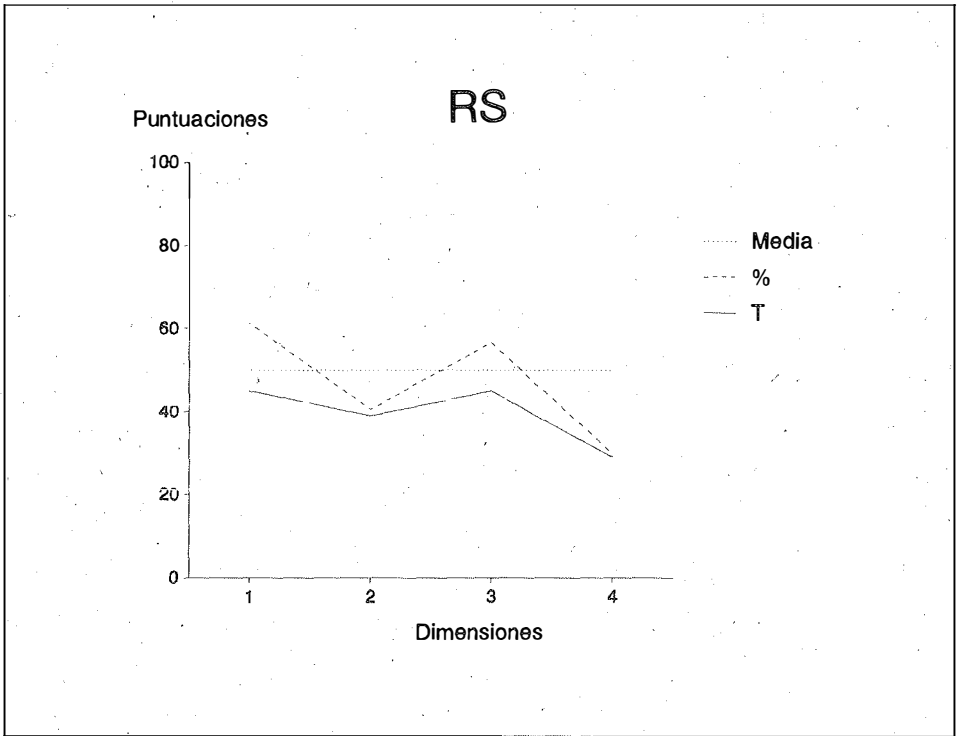
1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-recreativas



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal

SANTA Y REAL CASA DE MISERICORDIA

Dirección: Avda. Sabino Arana, 2 (Bilbao)

Titularidad: Privada (acceso a través de ayuntamiento, diputación o directo)

Nº residentes: 264

Nº habitaciones: Individuales: 44

Dobles: 34

Triples: 38

Múltiples (de 3, 4, 5, 7 y 9 camas): 12

Nº aseos: 57 (37 individuales)

Ratio de personal por residente: 0,32

Plantilla: Personal de atención directa: 26,3

Personal auxiliar: 59,9

Esta residencia está ubicada en una plaza relativamente céntrica de la ciudad. Dispone de una gran zona externa con bancos, paseos, jardines y árboles. El acceso al edificio se realiza a través de unas escaleras o una rampa alternativa de pendiente pronunciada. Consta de cuatro plantas. En la baja se encuentran las dependencias del personal, en la primera viven los hombres, en la segunda las mujeres, y en el subsuelo están los más dependientes, en la zona correspondiente a enfermería, donde los residentes permanecen todo el día. Cada piso dispone de su comedor y salas de estar y es raro que los residentes de un piso vayan a otro. Los hombres y mujeres únicamente se ven en el exterior.

Se desconoce la superficie total de la casa, aparentemente es muy amplia, con grandes pasillos, techos muy altos, muchas salas de estar -22 en total-, pero hay habitaciones múltiples cuyo espacio es insuficiente.

El ratio personal/residente, en términos generales, es mayor que el requerido por el decreto 218/1990, pero por las noches resulta insuficiente, ya que únicamente trabajan dos religiosas para atender las necesidades de los 264 residentes.

La plantilla se compone de auxiliares de clínica, enfermeras, un médico y personal auxiliar y administrativo; los responsables de cada planta son religiosas. No hay asistentes sociales, monitor de tiempo libre, terapeuta ocupacional, etc.

1. PAF

Según se aprecia en este gráfico, la accesibilidad de los recursos comunitarios es alta. Existen tiendas, iglesias, cines, librerías, hogar del jubilado, a una distancia que se puede recorrer andando.

Se desconocen las superficies de las habitaciones, salas de actividades, comedores, etc., por lo que no se ha podido calcular el indicador "disponibilidad de espacio", pero se puede afirmar, a simple vista, que el edificio es muy

amplio. Dispone de un total de 22 salas de estar distribuidas en sus cuatro pisos, no hay problemas de espacio para el personal, existen offices, despachos, salas de estar independientes.

Sin embargo, carece de instalaciones útiles para los residentes, como lavadero, cafetería y mesas con sombrillas en el área exterior. No está permitido personalizar la decoración de las habitaciones, lo que otorga al confort físico una puntuación por debajo de la media.

Se puede apreciar asimismo una escasez de instalaciones recreativas -sólo existen salas con TV y un área externa con jardines y paseos-, pictogramas y otras medidas que faciliten la orientación y la movilidad autónoma de los residentes, como puertas automáticas, barras en todos los baños y duchas. Todos estos aspectos quedan por debajo de la media normal.

La seguridad, según la puntuación porcentaje, alcanza un valor de un 60%, lo que se considera un valor medio en este tipo de residencias. Aunque dispone, por ejemplo, de medidas de prevención de incendios, timbres en las habitaciones, carece de sistemas de llamada de emergencia en los baños y de superficies antideslizantes, tan importantes para la prevención de caídas.

2. POLIF

A nivel de política organizativa, la única dimensión que queda por encima de la media es la disponibilidad de servicios de salud: médico, enfermeras, asistencia en la toma de medicamentos, aunque faltan otros como terapia ocupacional y rehabilitación.

Los residentes deben respetar horarios fijos, no pueden cambiar la disposición de los muebles ni decorar las habitaciones de forma personal. Algunos residentes participan en tareas de limpieza, recoger la mesa, pero no existen órganos de participación en la organización, no se realizan asambleas generales, ni reuniones de personal. No hay canales de comunicación entre la junta directiva y el personal y los residentes.

La privacidad no se respeta de forma estricta, pocos residentes tienen llaves de sus habitaciones.

Las actividades socio-recreativas que se realizan son escasas. Se limitan a un grupo de canto y juegos de cartas. El servicio de misa es diario.

La asistencia en la vida diaria alcanza una puntuación media normal en este tipo de residencias.

3. RESIF

La plantilla del personal es diversa en relación a la edad en ambos sexos, pero existe poca variedad de profesionales. No hay nadie dedicado a la atención social, psicológica, de animación, de tiempo libre, terapia ocupacional, etc.

El nivel funcional de los residentes, como término medio, es bajo, aunque hay grandes diferencias entre los de la planta de enfermería y el resto, que son en su mayoría autónomos.

La dimensión más baja corresponde al nivel de actividad por iniciativa propia. La mayoría de los residentes pasan gran parte del tiempo inactivos, sobre todo los más dependientes, que no salen nunca de la planta de enfermería y su único entretenimiento es ver la TV.

La integración en la comunidad es baja en puntuación porcentaje -salen poco- pero si se toma como referencia la tabla normativa, se sitúa cerca de la media normal para este tipo de residencias.

Los puntos 5, 6 y 7 se refieren a la utilización de servicios y se sitúan cerca de la media. Es preciso valorar estas dimensiones junto con las 7, 8 y 9 del POLIF, que señalan su disponibilidad. Así, por ejemplo, la utilización de actividades socio-recreativas se refiere a las únicas que existen, siendo la misa diaria la más frecuentada.

4. SCES

Los perfiles de opinión sobre el clima social de los residentes y del personal son similares. Aprecian un bajo nivel de cohesión, de relaciones interpersonales, y un nivel de conflicto, de quejas, críticas, intolerancia, más alto que la media.

Las otras dimensiones son todas bajas: los residentes en general tienen poca iniciativa, se aburren y no reciben muchos estímulos por parte del personal. Difícilmente hablan de sus problemas personales, deseos, sentimientos y recuerdos. Influyen poco en la dirección y elaboración de las normas y su satisfacción con la organización está por debajo de la media normal.

En lo que se refiere al confort físico, la residencia no resulta atractiva ni hogareña, sino más bien fría y poco acogedora.

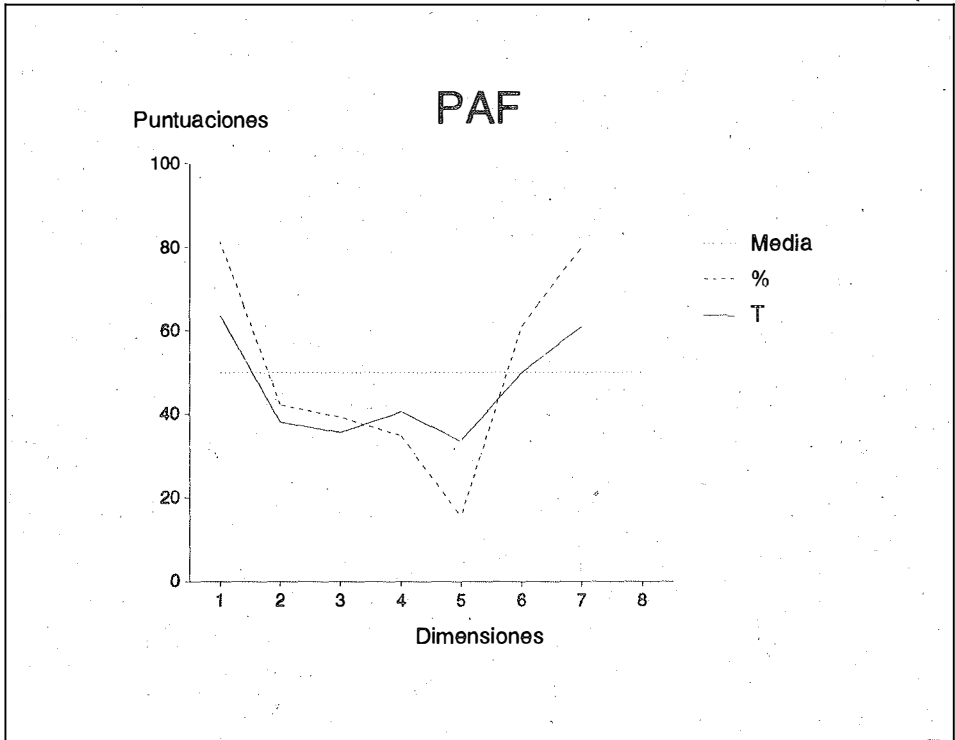
5. RS

En opinión de los evaluadores, el entorno físico alcanza una puntuación alta, hay buena iluminación, ventilación, no se aprecian ruidos ni olores, la limpieza es destacable, los muebles son cómodos y están en buenas condiciones. Por otra parte, su aspecto es institucional y es evidente la ausencia de personalización en las habitaciones de los residentes.

Los observadores aprecian un bajo nivel de actividad y de relación entre los residentes, especialmente en la planta de enfermería, donde muchos de ellos sólo se mueven para comer y acostarse.

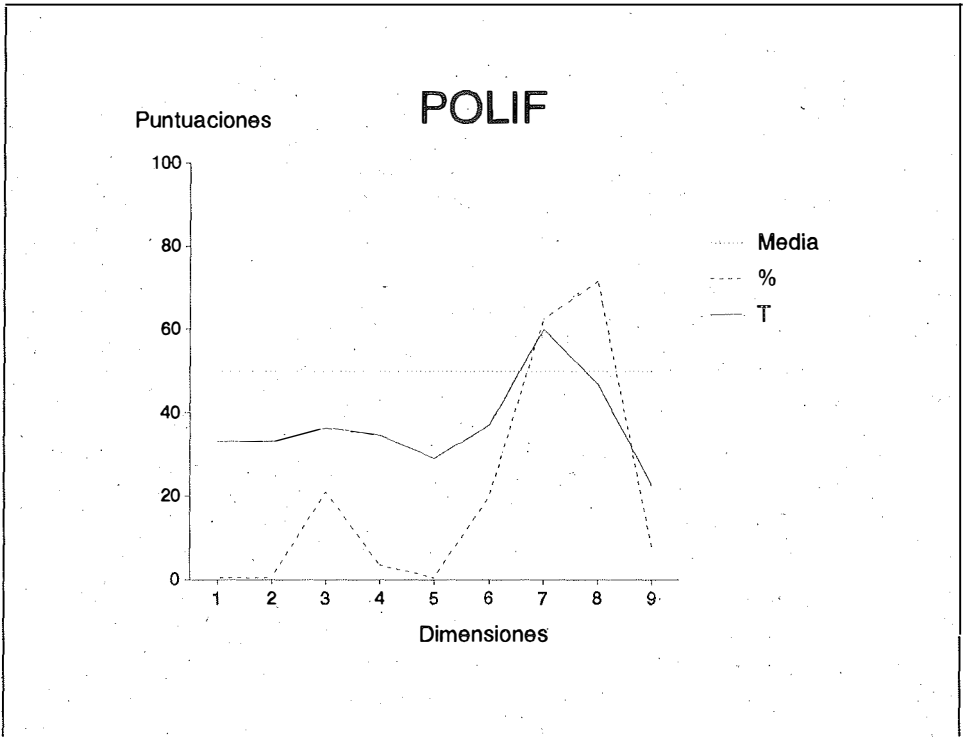
Siempre según la observación directa, la relación entre los residentes y el personal es escasa y se limita al mínimo requerido para la realización de las tareas básicas, es decir, al contacto puramente profesional.

SANTA Y REAL CASA DE MISERICORDIA

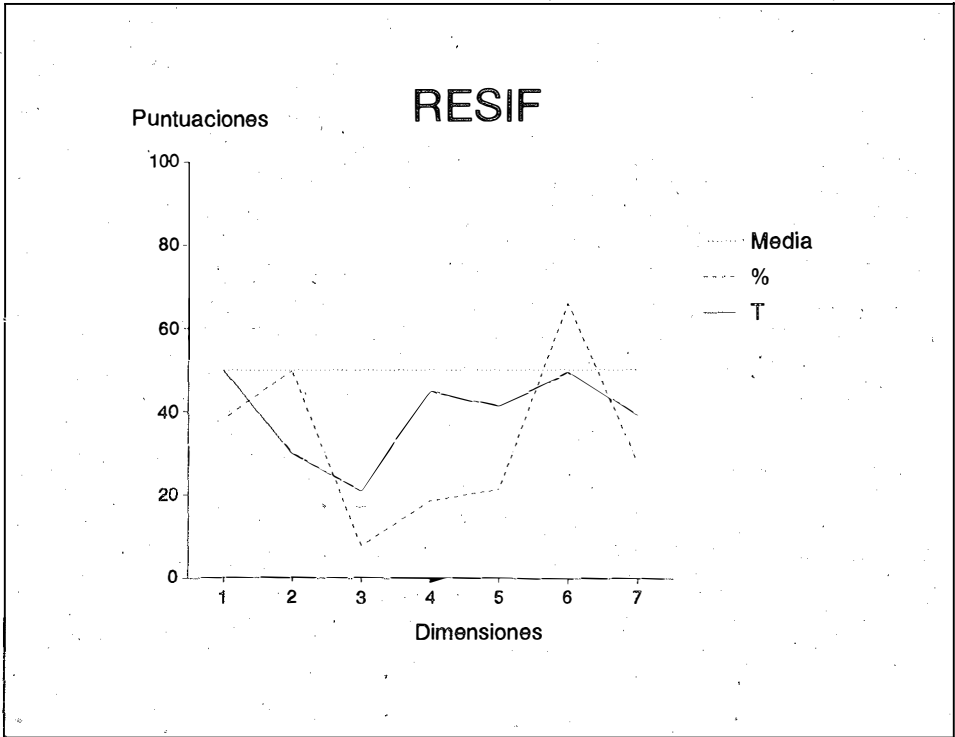


1. Accesibilidad de la comunidad
2. Confort físico
3. Ayudas socio-recreativas
4. Ayudas protésicas
5. Ayudas de orientación
6. Características de seguridad
7. Salas de personal
8. Disponibilidad de espacio

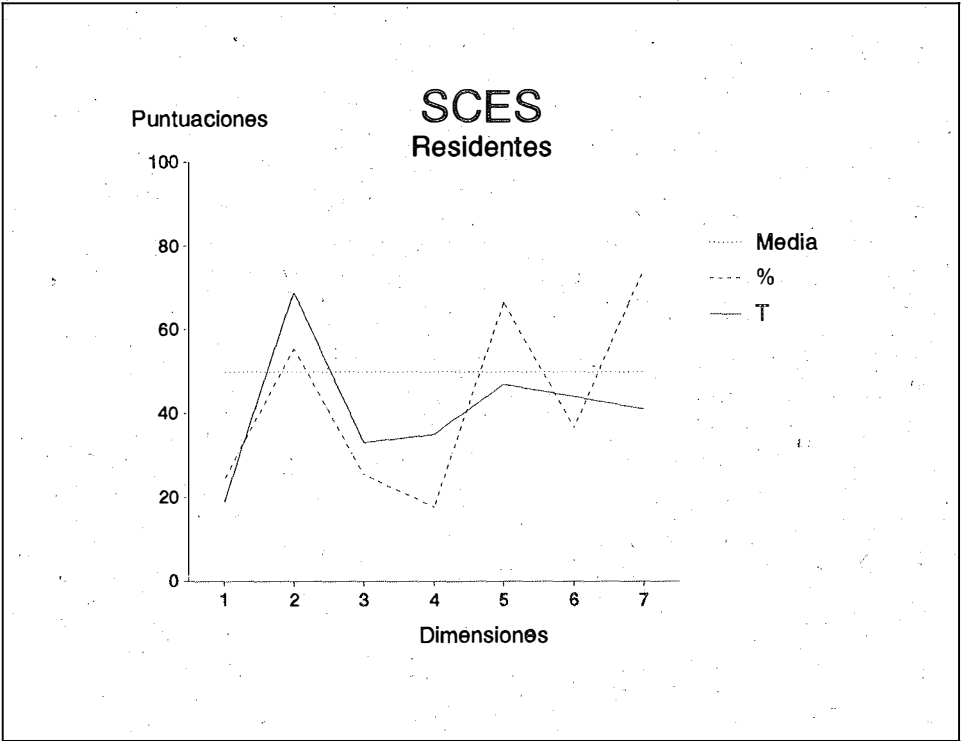
SANTA Y REAL CASA DE MISERICORDIA



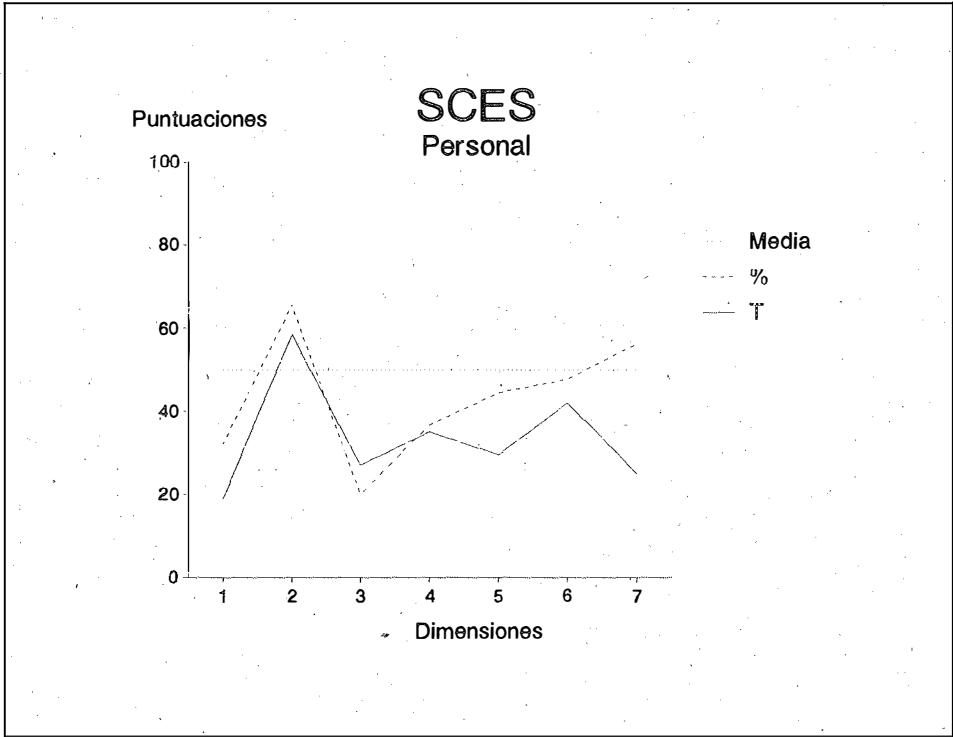
1. Expectativas de funcionamiento
2. Tolerancia a la desviación
3. Elección
4. Participación en la organización
5. Claridad en la organización
6. Privacidad
7. Disponibilidad de servicios de salud
8. Disponibilidad de asistencia en la vida diaria
9. Disponibilidad de actividades socio-recreativas



1. Características del personal
2. Capacidad funcional de los residentes
3. Nivel de actividades de los residentes
4. Integración de los residentes en la comunidad
5. Utilización de los servicios de salud
6. Utilización de la asistencia en la vida diaria
7. Utilización de las actividades socio-culturales

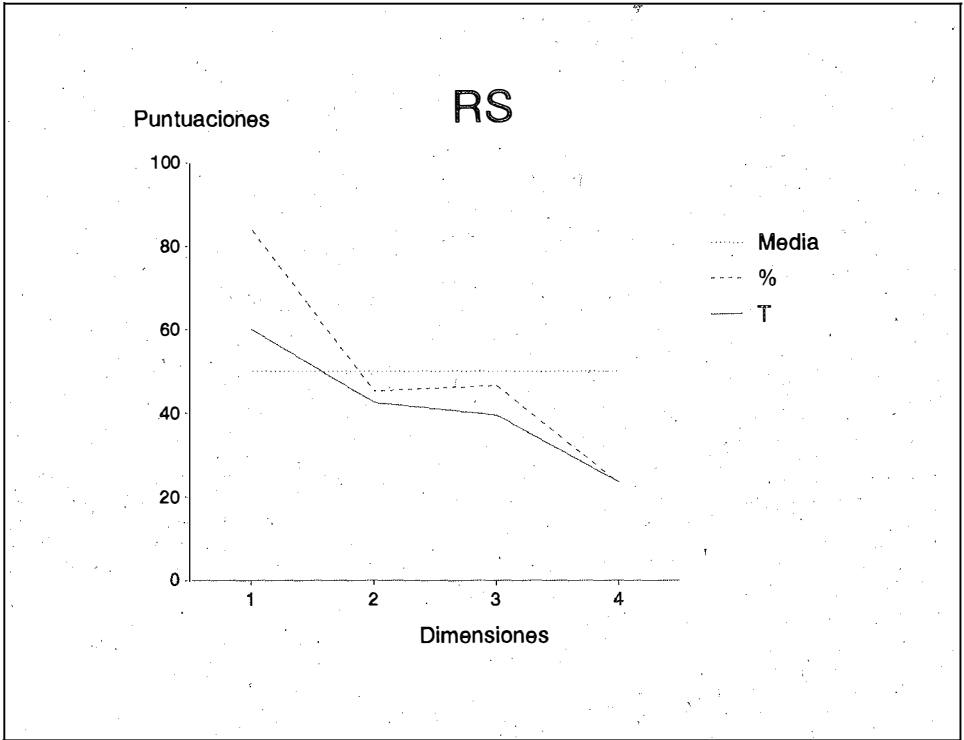


1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico



1. Cohesión
2. Conflicto
3. Independencia
4. Expresividad
5. Organización
6. Influencia de los residentes
7. Confort físico

SANTA Y REAL CASA DE MISERICORDIA



1. Entorno físico
2. Diversidad ambiental
3. Funcionamiento de los residentes
4. Funcionamiento del personal



CAPITULO VII

**ANALISIS GENERAL DE LA OFERTA
RESIDENCIAL DE LA CAPV A
PARTIR DE LA EVALUACION
REALIZADA**



7.1. CONSIDERACIONES DE CARACTER PREVIO

Lamentablemente, las instituciones residenciales siguen siendo, todavía en nuestro ámbito, espacios en los que los ancianos están para “pasar el tiempo” más que para vivir. Por lo general, atienden correctamente las necesidades materiales básicas, pero carecen, con demasiada frecuencia, de programas de atención individualizada, así como de una adecuada oferta de actividades organizadas.

Los objetivos no están claramente formulados o no pasan en su formulación de un nivel global puramente genérico, como “cuidar” o atender, sin tener en cuenta la definición de objetivos operativos, concretos, medibles en resultados.

En efecto, como señalan Bovaird y Mallinson¹ es necesario establecer unos objetivos claros, precisos y objetivamente “observables”, ya que son los que dan medida de la eficacia. La vaguedad de los objetivos conduce, por el contrario, a la implantación de políticas indefinidas y al desarrollo de prácticas inconsistentes y contradictorias.

No cabe duda de que para escapar de la vaguedad de muchas formulaciones de principio, de difícil implantación e imposible medida, no hay nada mejor que definir el máximo número de objetivos operativos o intermedios, de manera que el establecimiento de un programa de control de resultados sea realmente viable.

Ante un objetivo concreto, cabe siempre preguntarse cómo se habrá de realizar, lo que lleva automáticamente a un objetivo de rango inferior. Inversamente, la razón de un esfuerzo para alcanzar determinado objetivo constituye, obviamente, un objetivo de rango superior.

Este enfoque constituye el punto de partida de un amplio proceso de formulación de estrategias sucesivas, que permiten la identificación de objetivos lógica y jerárquicamente relacionados que, en última instancia, apuntan en la dirección del objetivo general. Es decir, cada objetivo parcial constituye parte de un concertado y coordinado plan para el desarrollo total.

¹Tony Bovaird e Ian Mallinson. Setting objectives and measuring achievement in social care. *British Journal of Social Work*, 1988.

Dicha indefinición favorece la inercia asistencial, por no decir asistencialista. De hecho, en algunas instituciones cuyo tamaño supera incluso el centenar de camas, los residentes carecen de toda ocupación, y fuera de las horas de comida se limitan a dormir ante los televisores. Valga como ejemplo el que no lleguen a la mitad los usuarios de las residencias estudiadas que salen alguna vez a la calle y que, en un centro de los visitados, únicamente en torno a la tercera parte salieran al exterior, no ya a la calle, sino al jardín o al patio, a lo largo de la semana, de primavera para más señas, en que se visitó aquel establecimiento.

Hay que señalar que la carencia de programas de atención directa no cabe interpretarse siempre como el fruto indeseado de la precariedad de medios, sino que, a veces, responde a una postura, según la cual las residencias, o algunas residencias cuando menos, están destinadas a cumplir única y exclusivamente una función hotelera. Desde ese esquema se tendería a considerar la inactividad del anciano como algo "natural", que es preciso respetar como un derecho del individuo. Obviamente, este tipo de consideraciones justifican la carencia de programas y condicionan el perfil profesional y las actitudes de los trabajadores de las instituciones residenciales.

Se ignora, con excesiva frecuencia, que las residencias constituyen el hogar de los residentes y que, en consecuencia, el personal debe organizarse y actuar respetando la intimidad y la mayor comodidad de aquéllos. Desgraciadamente, las rutinas laborales y los horarios se ajustan más a las necesidades de los trabajadores que a la conveniencia de los residentes.

El nombre de algunas de las residencias analizadas -Sta. y Real Casa de Misericordia, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista- evoca un tiempo pasado en el que la atención a las personas ancianas y enfermas se sustentaba en la acción de instituciones de caridad y no era exigible como un derecho. Desgraciadamente, además de las denominaciones, las instituciones y sus responsables -sus juntas de patronos, de hermanos de caridad etc., que así suelen llamarse- han heredado pautas de actuación igualmente anacrónicas, de las que dan fe algunas memorias, que sería bueno revisar para tratar de adaptarlas al contexto actual.

Son muchas las prácticas institucionales que delatan una concepción de la atención residencial anclada en el pasado, y nos referiremos a algunas de ellas más adelante. Pero el signo más lamentable del viejo espíritu de beneficencia que, en mayor o menor medida, late todavía en algunas de nuestras instituciones, se percibe quizá a través de las actitudes de los propios usuarios, sumisa y poco crítica ante regímenes de atención poco flexibles o no muy respetuosos con su intimidad y dignidad. Algunos ancianos, concretamente, manifestaban su temor a recibir represalias por colaborar con el equipo evaluador, y si tal desconfianza puede tener, y de hecho tiene, otras bases que las ligadas al carácter de la atención -la propia biografía del anciano, su especial psicología, su dependencia-, es inevitable considerarla ligada en parte, o favorecida, por el peculiar sistema de relaciones que se establece en algunas residencias, basado en la administración de premios y castigos, y a la escasa o nula capacidad subjetiva de defensa de la mayoría de los residentes.

Es difícil contribuir al desarrollo de esa capacidad, que nace de la conciencia de los derechos, indispensable por otra parte para el logro de un buen nivel de calidad de la atención, cuando ante una eventual crítica, el usuario es advertido de manera implícita o explícita de su limitada contribución a los gastos de mantenimiento que ocasiona. No es necesario recordar a este respecto la enorme distancia "cultural" existente entre el ámbito de los servicios sociales y otros, como el de la salud o la educación, con mayor tradición universalista. Esta cuestión resulta especialmente relevante en el ámbito de las residencias privadas administradas por instituciones benéficas.

En efecto, los sistemas formales de participación del voluntariado, o los de recogida de fondos y donativos en especie, aunque organizados, sin duda, con la mejor buena voluntad, evocan, en la mayoría de los casos, actitudes paternalistas poco acordes con el respeto a los derechos y libertades que debe gobernar un moderno servicio residencial. Las memorias de algunas instituciones con sus listados de protectores y benefactores -"donación del Ayuntamiento, lechugas y ajos; Sociedad Recreativa varios pescados", leemos en una de ellas- constituyen, en el fondo y en la forma, modelos literarios perfectamente anacrónicos, que contribuyen sin duda a que perdure la imagen asilar de las residencias.

En torno a esta cuestión cabe realizar las siguientes consideraciones:

- Sería deseable que algunas instituciones actualizasen sus denominaciones y las de sus órganos rectores, ligados, de manera demasiado evidente, a la "cultura de la beneficencia".
- En algunos casos, la necesidad de actualización tiene un mayor carácter sustantivo. En efecto, son raros los casos en los que se ha previsto un instrumento de participación de los usuarios en la organización de las instituciones. Sin embargo, resulta imprescindible establecerlo en alguna de las varias modalidades posibles, y alentar día a día su utilización en orden a una mejora de la calidad de vida.
- En pocos centros se realizan asambleas generales y en ninguno de los visitados se edita algún tipo de boletín o periódico interno. La falta de iniciativa o la apatía de los residentes no debería justificar la carencia de elementos de expresión que, a falta de otros canales, propicia el uso de vías poco favorecedoras de la convivencia.
- Todo servicio residencial debería disponer de documentos impresos en los que, con la mayor claridad posible, se hicieran constar, entre otros extremos, los siguientes:
 - Declaración de los objetivos de la institución.
 - Descripción de las instalaciones y servicios.
 - Reglamento de régimen interior en el que se especificaran los derechos y obligaciones de los usuarios, las normas sobre el uso de servicios, elementos de seguridad, precios, procedimientos de reclamación, etc.

7.2. ASPECTOS GENERALES DE LA OFERTA RESIDENCIAL EVALUADA

7.2.1. La coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales. Los problemas de la atención médico-sanitaria en las instituciones residenciales

La cuestión de la atención médico-sanitaria en el ámbito residencial constituye, sin duda, uno de los aspectos más controvertidos de la gerontología. Su importancia parece estibar más, sin embargo, en las repercusiones económicas que derivan para los distintos sectores administrativos -administraciones centrales *versus* periféricas, del ámbito de los servicios sociales *versus* las del ámbito de la salud-, en función de las soluciones arbitradas, que por la propia enjundia científico-técnica de los problemas que plantea.

Puede parecer que desde un punto de vista extremo, considerando un tipo de usuario frecuente todavía en las instituciones residenciales, totalmente autónomo para la realización de las actividades de la vida diaria, que demanda plaza por razones que podemos calificar como estrictamente sociales -problemas económicos, de vivienda, soledad, inseguridad, etc.-, es decir, en una atención fundamentalmente hotelera, la cuestión del complemento sanitario de dicha atención plantea pocas dudas y, sobre todo, tiene relativamente escasas repercusiones económicas. No es así sin embargo. De hecho, las instituciones residenciales que deben enfrentarse a problemas presupuestarios, cada vez más acuciantes, rehúsan, cada vez con más frecuencia e insistencia, la contratación de sanitarios, e incluso tratan de amortizar las plazas de médicos en plaza.

Es necesario tener en cuenta, por otra parte, que las razones generalmente esgrimidas desde el sector de los servicios sociales para eludir la contratación de médicos concretamente, coinciden plenamente con los criterios ideológicos que rigen la planificación sanitaria. En efecto, desde ambas instancias, invocando el principio de integración y de normalización, se apela a la necesidad de que los ancianos residentes en instituciones hagan uso de los servicios de salud exactamente igual que si residiesen en domicilios particulares.

Este planteamiento, inapelable en su lógica, encuentra en la práctica dificultades de muy distinto orden, fruto a su vez de factores diversos. Entre éstos, el más importante consiste sin duda en que el establecimiento de una residencia provoca, en función de su tamaño, un incremento de la prevalencia de la "densidad" de personas ancianas y, en consecuencia, un incremento también de la carga de trabajo de los facultativos adscritos a determinado sector o área de salud. De cualquier forma, aun en el caso de que la presencia de determinada residencia en un sector o área no comprometiese el necesario equilibrio entre la proporción o "cupos" de usuarios por médico, los problemas de atención no quedarían enteramente resueltos.

En efecto, aunque se asegurase la atención individual de los residentes a través del médico o médicos de cabecera adscritos al centro de salud correspondiente, quedarían sin resolver aspectos de salud comunitaria de la máxima importancia, fundamentalmente en el orden preventivo.

Es posible que las reticencias de determinados médicos de la red pública para aceptar hacerse cargo de la atención de ancianos en instituciones obedezca, al menos en parte, a que implícitamente, si no explícitamente, se pretende que además de la responsabilidad de atender de manera individual a los correspondientes titulares, asuman otros aspectos, entre ellos, lo que podría definirse como la dirección médica de la institución.

De todas formas, al margen de este problema, la dificultad mayor para la adecuada integración de la atención sanitaria de las personas que viven en instituciones, en la red comunitaria, estriba, probablemente, en el reducido interés económico que comporta el componente capitativo de la retribución a nivel general, y en particular, la escasa repercusión salarial del número de titulares ancianos dentro del complemento de productividad.

Lo dicho hasta el momento guarda relación con la casuística menos problemática, es decir, con la atención medico-sanitaria de las personas ancianas sin discapacidades importantes, que de ordinario reciben el calificativo de "válidas". Obviamente, la cuestión es más complicada cuando implica la atención de personas con discapacidades graves, que en términos residenciales suelen denominarse "inválidos".

El informe 1993 del Observatorio Europeo², en el apartado correspondiente a la organización de servicios, señala la necesidad de distinguir entre tratamientos intensivos de patología curables y la atención prolongada de personas con discapacidades permanentes, con el fin de delimitar competencias y responsabilidades financieras entre servicios de salud y de atención social.

Las personas del segundo grupo, es decir, las aquejadas por discapacidades moderadas o graves y permanentes, que requieren una atención prolongada, plantean necesidades, tanto médicas como sociales, que definen un espacio de atención socio-sanitario.

En la práctica, las instituciones sanitarias y las de servicios sociales, que, por si fuera poco, dependen funcional y financieramente de ámbitos territoriales distintos, eluden su responsabilidad -de importantísimas implicaciones económicas- atribuyéndosela recíprocamente.

Desde "Salud" se evita una casuística cuya atención requiere un elevado coste, cuya importancia numérica crece progresivamente y que técnicamente resulta poco atractiva. Por otra parte, suelen ser frecuentes las referencias desde este sector a la elevada ocupación de camas hospitalarias por parte de personas ancianas en razón de la carencia de alternativas en la red de servi-

²Anne-Marie Guillemard, Jens Alber, Alan Walker y cols. *Les personnes âgées en Europe: les politiques économiques et sociales*. Rapport 1993 de l'Observatoire européen. Commission des Communautés Européennes, 1993.

cios sociales. También hay que reconocer que crecen las unidades o secciones de larga estancia en hospitales.

Como contrapartida, es preciso señalar también que gran parte de la población atendida en residencias de ancianos dependientes de departamentos de bienestar social, está constituida por enfermos crónicos, no siempre ancianos, que independientemente de su edad, aunque ésta constituye un elemento relacional, e incluso si se quiere causal importantísimo, precisan de atención sanitaria o parasanitaria de manera más o menos constante.

En realidad, las camas residenciales "asistidas" están ocupadas por el mismo tipo de usuario -en términos puramente médicos- que las hospitalarias que se conocen, allá donde se hace la distinción, bajo la denominación de larga estancia.

Sin entrar en las razones o en las causas, cabe hacer constar una mayor sensibilidad, o sería más exacto decir vulnerabilidad, de los servicios sociales con relación a los de salud ante las demandas de atención formuladas por personas con evidentes necesidades de tipo médico sanitario.

La experiencia nos dice que la prescripción de altas y bajas en el medio sanitario se tiende a aceptar generalmente como incuestionable -por influjo quizá de la inapelabilidad del juicio médico-, mientras que se percibe como discutible o negociable en el sector de los servicios sociales.

Por otra parte, las propias residencias de válidos se ven obligadas a evolucionar medicalizándose, es decir, adaptándose a las necesidades asistenciales de sus usuarios que, obviamente, van deteriorándose a medida que transcurre el tiempo y crece la esperanza de vida.

Así pues, cada vez con más frecuencia las instituciones residenciales del sector de servicios sociales atienden casos que, por sus características y requerimientos de atención sanitaria, podrían considerarse como propios de hospitales de larga estancia. Es importante insistir en esta cuestión por cuanto que con frecuencia, tras hipotéticos distinguos nosológicos, se trata de soslayar problemas esencialmente financieros y, en el mejor de los casos, político-administrativos.

Hay que señalar también, como se acaba de hacer en relación con el medio hospitalario, que la presencia de usuarios cuya atención comporta un componente médico y de enfermería importante, incomoda, tanto al personal directivo como a los trabajadores de algunos centros, incluso a los propios residentes, que se quejan por la elevada densidad de usuarios gravemente discapacitados en comparación con los medios de esos centros y su genuina función, al considerar que ello condiciona muy negativamente la convivencia y la calidad de la atención.

Posiblemente, entre las estudiadas, sea la Residencia Asistida de Leioa donde se observa un mayor malestar en todos los estamentos, como resultado de la función hospitalaria que se ve obligada a asumir la institución.

A juzgar por los datos aportados por los responsables de las residencias estudiadas, la proporción de ancianos con trastornos mentales graves supera los límites técnicamente aconsejados y, en alguna de ellas, se recogen quejas

en el sentido de que se ven obligados a aceptar incluso altas hospitalarias prematuras.

Frente a este hecho, debemos recordar que en muchos hospitales se considera que buena parte de sus camas se hallan indebidamente ocupadas por personas ancianas con enfermedades crónicas, a las que solamente cabe dispensar cuidados paliativos, para lo cual, argumentan en base a criterios técnicos y económicos, el hospitalario no resultaría ser el medio más adecuado.

Puede decirse, en consecuencia, que la atención a las personas ancianas necesitadas, en razón de múltiples causas, de cuidados sanitarios y parasanitarios permanentes y, en general, la de los aquejados por discapacidades graves constituye, en cierta manera, una especie de "tierra de nadie". Según se ha tenido ocasión de señalar con anterioridad, el sector de los servicios sociales, como estructura administrativa, y las residencias, como instrumento material, han soportado y soportan el mayor peso relativo del problema, pero ello a cambio de comprometer muy seriamente los presupuestos -limitando por tanto otras actuaciones- y, lo que es peor, sin lograr reducir el importante déficit asistencial existente.

Se impone, en consecuencia, la necesidad de definir correctamente el problema, tanto en sus términos cuantitativos como cualitativos, y de delimitar las competencias de los distintos estamentos administrativos, con el fin de configurar la mejor respuesta posible que, obviamente, debe integrar medidas de orden social, económico y sanitario.

Son varios los modelos teóricos de organización socio-sanitaria existentes para responder a las necesidades de las personas ancianas con discapacidades graves y también son varios los que se han aplicado, con diferente grado de éxito, en el contexto europeo. En cualquier caso, la aplicación del peor de ellos es preferible a una situación de indefinición, dado que en ésta se tiende a la general desvinculación administrativa -y a la desatención del problema, por tanto- o a la responsabilización de hecho de la estructura más débil.

Felizmente, se observa la existencia de unos primeros síntomas indicativos de la voluntad política para hacer frente al problema de manera más racional y coordinada.

En efecto, cabe citar en primer lugar el Convenio de cooperación entre el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Alava para "mejorar y racionalizar la cobertura de la atención psicogeriatrica en el Territorio Histórico de Alava", firmado el 9 de marzo de 1993 por el Consejero de Sanidad, el Director General del SVS/Osakidetza y el Diputado Foral de Bienestar Social.

En dicho convenio, después de hacer constar la necesidad de múltiples y diversas intervenciones en el campo de la psicogeriatrica, se señala que, "a nivel formal, estas intervenciones competen preferentemente al ámbito de los servicios sociales o al sanitario. Pero, en la práctica, los destinatarios de estos servicios suelen presentar problemáticas mixtas cuyo abordaje requiere una visión global y un trabajo en común entre las Instituciones implicadas." Dentro de las estipulaciones, en la referente a cometidos sectoriales, Osakidetza asume la atención psiquiatrica de los ancianos que la precisan, procurando

aumentar la atención psicogeríátrica ambulatoria y domiciliaria y el desarrollo del apoyo psiquiátrico a las residencias de ancianos e instalaciones similares, habilitando progresivamente los recursos oportunos. Por su parte, el Instituto Foral de Bienestar Social asume la atención social de los ancianos que la precisan, incluyendo a aquellos que, padeciendo problemas psicogeríátricos, no plantean problemas de convivencia ni requieren control clínico permanente.

Ambas instituciones se comprometen asimismo a agilizar los traslados entre sectores, para lo cual, Osakidetza garantiza la cobertura psiquiátrica inmediata en las instalaciones sanitarias para los casos de crisis que puedan presentar los ancianos ingresados en residencias de Bienestar Social o que estén en espera de ingresar en tales residencias, declarando prioritario el ingreso de estos casos en las unidades que corresponda, según las circunstancias de cada uno de ellos. Como contrapartida, el Instituto Foral de Bienestar Social agilizará la admisión, en las instalaciones del sector, de sujetos atendidos en centros sanitarios cuyo problema residual sea eminentemente social.

El Convenio reconoce explícitamente la existencia de internamientos inadecuados o indebidos en uno y otro sector, y establece el intercambio de los mismos entre una y otra estructura. Así, Osakidetza trasladará progresivamente, desde el Hospital Psiquiátrico de las Nieves a residencias de Bienestar Social, a las personas que, padeciendo déficit intelectual o problemas psiquiátricos de larga evolución, no presenten trastornos de conducta graves; el Instituto de Bienestar Social por su parte, hará lo propio con un colectivo equivalente aquejado de problemas psicogeríátricos que requieran control sanitario continuado y que, por sus trastornos de comportamiento mantenidos, alteren notablemente la convivencia en el medio residencial.

El segundo hecho que constituye motivo de satisfacción y que abre un esperanzador camino a la colaboración entre las estructuras de bienestar social y las sanitarias, se refiere al convenio firmado por Osakidetza y la Diputación Foral de Gipuzkoa (acuerdo de Consejo de Diputados de 28 de octubre de 1992) en materia de ejercicio de la acción concertada de servicios de asistencia sanitaria y servicios sociales con el Centro Julián Rezola³ (dependiente de la Fundación Matía).

Mediante dicho acuerdo, la Diputación de Gipuzkoa asume progresivamente -en su totalidad para el año 1995- la concertación de servicios del Centro Julián Rezola, lo que, en definitiva, equivale a definir dicho establecimiento como una institución residencial, que, como tal, cae dentro del ámbito de responsabilidad de los servicios sociales.

El referido acuerdo, que contempla la creación de una comisión de seguimiento, da lugar a la realización de un estudio de las cargas médico-sanitarias de los residentes en instituciones residenciales guipuzcoanas, con objeto de

³Ratificado por la Comisión de Servicios Sociales de las Juntas Generales de Gipuzkoa el día dos de diciembre de mil novecientos noventa y dos.

definir y valorar la necesaria intervención de Osakidetza en la atención de las mismas.

El estudio, a pesar de las diferencias cuantitativas existentes entre los dictámenes de ambas instituciones, no ha perturbado el clima de colaboración y el inicio de una respuesta coordinada.

Por lo que hace referencia a la atención propiamente médica, Osakidetza prevé asignar un médico o médicos concretos a cada centro, de manera que recibirán en su cupo el total de las cartillas sanitarias de los residentes.

En cuanto a la atención de enfermería, Osakidetza muestra una disposición favorable a arbitrar un sistema de compensación económica de los tiempos de enfermería admitidos en su estudio, realizándose el cálculo horas/día por coste horario de ATS/DUE de Osakidetza.

El Departamento de Servicios Sociales asume, de la misma forma que en el convenio firmado entre el instituto foral alavés y Osakidetza, la atención de las personas afectadas de cualquier grado de demencia senil, siempre que no presenten alteraciones graves de la conducta.

No cabe duda de que estas iniciativas constituyen un decisivo paso adelante para la solución de uno de los problemas más importantes que se plantean con relación a la atención de los ancianos enfermos crónicos y aquejados de discapacidades graves.

7.2.2. El acceso a los servicios residenciales

El informe socio-sanitario referido al ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, presentado al Parlamento Vasco por el Consejero de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, en el mes de diciembre de este año, señala que, aun cuando el servicio de asistencia residencial tiene una menor aceptación que la ayuda a domicilio, en la actualidad 9.572 personas estarían dispuestas a integrarse en una residencia de tercera edad y otros 1.206 ya lo han solicitado, frente a un número actual de usuarios de 8.625.

Si atendemos a los motivos que llevan a los ancianos a solicitar su ingreso en centros de tercera edad, tendremos que hacer referencia en primer lugar a su estado de salud. Presente o no una discapacidad, ésta constituye según el informe *Ancianos en Residencias (1983)*, elaborado por el mismo departamento, el aspecto principal de valoración del anciano en el momento de solicitar el ingreso.

El temor a un deterioro futuro del estado de salud del anciano y el consiguiente peligro de no estar debidamente atendido, lleva a éste a adelantar el momento de su ingreso.

Ello explica que sólo en el 40% de los casos concurra algún tipo de discapacidad y que, por lo tanto, pueda afirmarse que en contra de la creencia generalizada, la decisión del ingreso constituye, en la mayoría de los casos, una expresión de autonomía del anciano y no de imposición.

A los problemas de salud siguen, como principales motivos de solicitud de ingreso, la autopercepción de ser un estorbo, derivada de la defunción del cónyuge y los problemas de vivienda y económicos, pasando a un segundo plano la conflictividad en el medio familiar.

Por lo que respecta al procedimiento específico de acceso a los servicios sociales, empezaremos por señalar que según establece el art. 2 de la Ley 6/1982, de 20 de mayo, del Parlamento Vasco, sobre Servicios Sociales:

“Son titulares del derecho a los servicios sociales regulados en la presente ley los residentes y transeúntes no extranjeros en el País Vasco, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan.”

Así se extrae que, salvo una primera delimitación de los beneficiarios en razón de su residencia o nacionalidad, se ha optado por dejar la regulación detallada de este aspecto tan importante del ejercicio de los derechos, como es el procedimiento de acceso a su ejercicio, al campo de los reglamentos.

Por lo que a este trabajo interesa, el Decreto del Gobierno Vasco 218/1990, sobre los Servicios Residenciales para Tercera Edad, impone, tanto a las residencias medianas y grandes, como a las pequeñas a partir de 30 residentes, la obligación de contar con un reglamento con la debida publicidad y difusión, en el que al menos consten los requisitos para el acceso y los criterios y baremo de selección (anexo I.B.27).

Pese a esta exigencia, 7 de las 13 residencias evaluadas carecían de reglamento, de manera que aun cuando por vía de disposiciones forales de aplicación general y rango diverso se haya regulado el procedimiento de ingreso en los tres territorios históricos, ello no obsta a la conveniencia de su regulación expresa e individualizada y su inclusión en el articulado de los reglamentos de régimen interior.

Así, en el caso de Alava, el Consejo de Administración del Instituto Foral de Bienestar Social aprobó el 12 de marzo de 1990 el acuerdo regulador de los requisitos y el procedimiento que regirán el ingreso en los centros de tercera edad dependientes de la Diputación Foral de Alava.

Los requisitos para acceder a los centros de tercera edad que gestiona el Instituto Foral de Bienestar Social, así como a las plazas que tenga concertadas en centros gestionados por entidades públicas o privadas son:

- a) Haber cumplido 60 años.
- b) Estar empadronado con 2 años de antelación en Alava, a la fecha de presentar la solicitud.
- c) Informe favorable de la Comisión Técnica de Valoración y Orientación (CTVO).

La solicitud ha de formularse mediante escrito dirigido al Diputado Foral de Bienestar Social, y se presentará en el Servicio Social de Base Municipal o en su defecto en el Instituto Foral de Bienestar Social.

Junto con la solicitud deberá aportarse la información sobre sus antecedentes sanitarios, así como fotocopia del DNI.

El Instituto Foral, por su parte, recabará información relativa al empadronamiento.

A efectos de valoración de su situación económica, los solicitantes deberán realizar declaración jurada de bienes en modelo oficial.

Una vez recibida la solicitud y la documentación, los servicios de base municipal correspondientes elaboran un informe socio-familiar sobre la problemática y necesidades del solicitante, actitud ante el ingreso, centro en que desea ingresar y propuesta.

Los ingresos de nuevos residentes son aprobados a propuesta y previo informe de la Comisión Técnica de Valoración y Orientación de Tercera Edad.

La determinación del orden de prioridades y la valoración de las solicitudes se efectúa por la mencionada comisión conforme al baremo aprobado al efecto.

La CTVO está compuesta por:

Presidente: Director del Área de 3ª edad.

Un médico geriatra de 3ª edad.

Un médico psiquiatra de 3ª edad.

Secretaria: Coordinadora de trabajo social.

La CTVO estudiará las solicitudes aplicando un baremo que tiene en cuenta los siguientes factores:

Baremo social:

edad-> de 0 a 5 puntos.

ingresos-> de 0 a 5 puntos.

situación de convivencia-> de 0 a 6 puntos.

relaciones familiares-> de 0 a 6 puntos.

cargas familiares.

vivienda-> de 0 a 4 puntos.

antigüedad padronal-> de 0,25 a 2 puntos.

Grado de valoración médica:

en función de la patología-> de 0 a 5 puntos.

grado de incapacidad física-> de 0 a 5 puntos.

grado de incapacidad psíquica-> de 0 a 5 puntos.

grado valoración psiquiátrica-> de 0 a 5 puntos.

Realizado el estudio conforme a este baremo, la CTVO informará sobre el recurso idóneo que se aplicará al solicitante.

Si la propuesta es de ingreso en un centro de 3ª edad y no hay plazas disponibles para todas las solicitudes, se seguirá el orden estricto de puntuación.

Las plazas de cada centro se dirigirán preferentemente a los ancianos que residen en los municipios de su zona de influencia.

Cuando por la puntuación proceda el ingreso, se comunicará al interesado la concesión de la plaza, centro y fecha de aquél.

En el propio acuerdo de concesión se señalará el precio que, por aplicación de la normativa vigente, deberá satisfacer el interesado, y éste facilitará al efecto la cuenta o libreta para el cobro de los que vayan devengándose.

Al igual que en Alava, en Bizkaia y Gipuzkoa son los servicios de base municipales los que se encargan de canalizar las solicitudes, y el baremo con las circunstancias que se ponderan en la admisión de las mismas puede dividirse básicamente en cuatro grupos: situación socio-familiar, situación de incapacidad física y psíquica, situación de vivienda y situación económica.

En el territorio histórico de Bizkaia, el Decreto Foral nº 108/1993, de 2 de noviembre, (BOB nº 281) de concesión de ayudas económicas individuales para el ingreso en residencias de la tercera edad, incluye de forma implícita la regulación del procedimiento de ingreso en las mismas.

Las diferencias con la regulación apuntada en Alava se refieren, por una parte, al requisito de la residencia, que en este caso es de un año, y por otra, a la necesidad de que el beneficiario, con carácter previo a su ingreso, firme un documento de reconocimiento de deuda a favor de la Diputación Foral, por la diferencia entre su aportación real y el coste teórico-máximo aprobado el efecto, cuestión sobre la que incidiremos en el apartado relativo a la aportación económica de los usuarios.

En el art. 2º del decreto citado se prevé que en casos excepcionales, debidamente justificados y apreciados por el órgano foral correspondiente, en los que concurren circunstancias singulares o razones de especial urgencia que determinen la imposibilidad de su cumplimiento, no se exigirá el requisito de la edad y/o del empadronamiento.

En Gipuzkoa, los criterios y circuitos homogéneos para el acceso de los usuarios se articulan en los convenios de cooperación que el Departamento de Servicios Sociales de la Diputación Foral suscribe con las distintas residencias de tercera edad.

La edad requerida con carácter general para el ingreso es de 65 años y el período de residencia anterior a la solicitud, de 5 años.

Al igual que en el caso vizcaíno, y con el fin de adecuar las admisiones a su ámbito de actuación, las residencias podrán admitir sin tramitar por los servicios sociales de base el 10% del total de sus plazas, en función de estados de urgente necesidad. En estos casos, las admisiones deberán ser comunicadas al Departamento de Servicios Sociales, de manera que cualquier otro ingreso

por encima de esta proporción deberá ser autorizado expresamente por este último.

Ya fuera del ámbito de nuestra comunidad, y a título comparativo, Navarra incluye entre sus requisitos, al igual que Bizkaia, el reconocimiento de la deuda con la residencia y con el Servicio Regional de Bienestar Social.

Por su carácter innovador, al que igualmente haremos referencia más detallada al hablar de la aportación económica de los usuarios, conviene traer a colación la regulación del procedimiento de ingreso aprobada por el Principado de Asturias mediante Decreto 82/1992, de 10 de diciembre.

En esta comunidad, una vez concedida la plaza, el solicitante deberá suscribir un contrato de hospedaje en el que se regulen detalladamente las garantías tendentes a que, en cualquier caso, el organismo autónomo "Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias" pueda resarcirse de la diferencia entre lo aportado por el residente y el coste real de su estancia.

A este respecto, algunos autores consideran que la figura del contrato iguala en importancia los derechos y deberes de los residentes, en contraposición a la fórmula de las solicitudes, en que este aspecto queda muy difuminado, además de dejar al solicitante en inferioridad de condiciones respecto a la institución.

Quizás el caso asturiano no responde precisamente a esta visión, preocupándose más por los aspectos relativos a garantizar el cobro de la deuda contraída por el residente que a reconocer los derechos que a éste le asisten.

En todo caso, peor suerte corren aquellas personas que tras la aplicación de los procesos descritos, y dado el déficit existente en la oferta de plazas residenciales, han de esperar a que se produzca una vacante que les permita acceder al servicio solicitado.

En este sentido, el colectivo que hoy necesita una atención más urgente, por su desamparo y por la carencia de servicios destinados a ellos, es el de las personas mayores con afecciones físicas y mentales que las incapacitan para valerse por sí mismas.

Esto nos hace plantear la necesidad de establecer un procedimiento que garantice fundamentalmente el principio de igualdad y racionalidad en el acceso, y que se base en el grado de necesidad objetiva del ingreso, descartando criterios como la mera antigüedad en las listas, que tradicionalmente se han venido considerando más asépticos y objetivos.

Por último, esta clarificación de criterios y procedimientos debería ir acompañada de un incremento de la publicidad y difusión de los mismos entre los demandantes potenciales de servicios de esta naturaleza, a través de los servicios de base municipales.

Por otra parte, en aras de una mayor transparencia y eficacia en la gestión de las plazas vacantes, y del posible control y fiscalización de las adjudicaciones a unas personas con preferencia sobre otras que, en un mismo período, puedan figurar como demandantes de una plaza residencial, sería aconsejable la unificación y centralización en un sólo registro de la demanda no satisfecha por cada territorio histórico.

A este respecto, resulta interesante el estudio efectuado en el verano de 1988 por J.J. Calvo y otros, acerca de la demanda de institucionalización en la zona de San Sebastián. De su lectura se extrae, en primer lugar, la no centralización de la demanda, pudiéndose realizar a través de diversas instituciones públicas o privadas. El listado de demandantes, al que se llegó, por tanto, a través de las informaciones de todas las entidades implicadas, estaba compuesto por 529 personas.

De estas 529 personas, 81 estaban ingresadas ya en residencias de tercera edad de Gipuzkoa u otros lugares; 36 habían fallecido; 140 fueron catalogadas en "paradero desconocido"; 49 vivían fuera de Donostia. Por lo que el trabajo de campo, una vez descontadas otras 30 personas que se negaron a colaborar, se redujo a 193 demandantes.

Esto da idea de la conveniencia de introducir los mecanismos correctores apuntados, de forma que en todo momento la información disponible se ajuste lo más posible a la demanda real existente.

Los datos actuales referidos al número de personas en lista de espera facilitados por los responsables de los respectivos territorios son los siguientes:

- En Alava, las residencias gestionadas por la Diputación tienen 131 solicitudes sin atender, y el Ayuntamiento de Vitoria, 192.
- En Gipuzkoa el número de solicitudes es de 530 para plazas de válidos y 57 para asistidos.
- En Bizkaia, por último, hay un total de 1.602 personas en lista de espera, que se distribuyen en 992 para plazas asistidas, 429 para plazas de válidos y 181 pendientes de valoración.

De acuerdo con estos datos existe, a diciembre de 1993, una lista de espera de 2.512 personas en toda la CAPV.

Ello no obstante, hay que insistir en la dificultad de conocer la demanda real de plazas, por lo que a la hora de abordar el déficit de la oferta residencial existente, se considera como criterio más adecuado la utilización de la tasa resultante de comparar la oferta real y el número de ancianos mayores de 65 años en la CAPV.

7.2.3. La participación del usuario en la financiación de los servicios residenciales

Hoy en día, la política prestacional del Estado social es objeto de revisión, fundamentalmente por la limitación de recursos con los que hacer frente a las obligaciones asumidas frente a la sociedad. Estado y sociedad deben delimitar, por tanto, su grado de participación y compromiso en el ámbito de los servicios sociales. En materia de tercera edad, y por influencia quizás del campo sanitario, con frecuencia se espera que sea el Estado quien se haga

cargo de todo el costo, identificando lo público con lo gratuito. Sin embargo, ni los poderes públicos pueden hacer frente en solitario a esta carga prestacional, ni por otra parte parece razonable, desde el punto de vista de la racionalidad del gasto, que asuma el que generan aquellas personas que por su situación económica pueden soportarlo. Por el contrario, tampoco sería aconsejable dejar al juego de la oferta y la demanda la asistencia en materia de tercera edad, dado que supondría abandonar a su suerte a los sectores más desfavorecidos económicamente.

Desde esta perspectiva, van ganando terreno las tesis de corresponsabilidad sociedad-Estado en la asunción del gasto en servicios sociales. Así, pedir más servicios a la Administración no tiene porqué suponer que sean gratuitos, debiendo contribuir el que los solicita a soportar este gasto de acuerdo con su capacidad económica.

A la coparticipación en el gasto hay que añadir la coordinación socio-sanitaria en general, y en materia de tercera edad en particular.

Sirva de ejemplo de esta necesidad de coordinar esfuerzos el dato aportado en las I Jornadas Gerontológicas de Vitoria-Gasteiz, celebradas en el mes de junio de 1993, según el cual, el ingreso de un anciano con enfermedad crónica en un hospital general origina, mensualmente, un gasto de 900.000 pesetas, a razón de un coste medio de 30.000 pesetas diarias. La atención de esa misma persona en una residencia asistida supondría un gasto mensual de 180.000, teniendo en cuenta el módulo actual de costo por estancia, que se sitúa en torno a 6.000 pesetas por día.

a) La aportación económica de las administraciones

El gasto público corriente en servicios sociales en Euskadi, en el ejercicio económico de 1990, superó ligeramente los 35.000 millones de pesetas, sumando las aportaciones realizadas por el Gobierno Vasco, las diputaciones y ayuntamientos, y suponía un gasto anual per cápita de casi 16.400 pesetas. De estas cifras, el dinero gastado en tercera edad fue de 9.703 millones de pesetas, y suponía unas 4.543 pesetas per cápita.

El 62,26% corrió a cargo de las diputaciones; el 15,87% correspondió a los ayuntamientos; el 12,46%, al Gobierno Vasco y un 9,40%, a otros organismos.

A estos efectos, el artículo 27 de la Ley 6/1982 de Servicios Sociales prevé que "las Diputaciones establezcan en sus programaciones los porcentajes de participación de los Ayuntamientos o entes supramunicipales, para el mantenimiento y desarrollo de los diferentes servicios sociales".

En Gipuzkoa la Diputación abona una cantidad fija, según se trate de plazas residenciales de tercera edad para válidos o para asistidos: 20.000 pesetas en las residencias concertadas cuando la persona atendida lo es en calidad de válida (35.000 si la persona en cuestión es beneficiaria de una pensión asistencial), y 60.000 cuando lo es en calidad de asistida (75.000 si es beneficia-

ria de una pensión asistencial). Una vez deducido del coste real de cada residente la aportación de la Diputación y la del usuario, el Ayuntamiento remitente del anciano cubrirá la diferencia existente, garantizándose la aportación municipal así calculada por un acuerdo de la corporación.

En Bizkaia la Diputación establece los porcentajes de participación económica de los ayuntamientos en función de su población: desde el 10% del coste en los ayuntamientos de menos de 5.000 habitantes hasta la mitad en los de más de 50.000, y su participación se materializa en forma de ayudas individuales, reguladas por el decreto foral 108/1993, de 2 de noviembre, a las personas que carezcan de los recursos económicos necesarios para sufragar el coste total de la estancia en la residencia.

En Alava, dado que la oferta residencial depende en gran parte del Instituto Foral de Bienestar Social, su participación se materializa en el abono de la diferencia entre lo aportado por el usuario, en la forma que a continuación estudiaremos, y el coste teórico-máximo establecido con carácter anual para todas las residencias de su titularidad.

b) La aportación económica de los usuarios

En consonancia con las tesis de corresponsabilidad apuntadas, el artículo 30 de la mencionada ley de Servicios Sociales establece que:

“Los usuarios podrán participar en la financiación de determinados servicios sociales de acuerdo con los criterios que se establezcan.”

Cuando hablamos de servicios dirigidos a la tercera edad, es preciso advertir que la jubilación va unida frecuentemente al empobrecimiento, y supone un cambio en el estatus económico de los individuos.

Pese a todo, el 41,6% de los entrevistados en el informe del Gobierno Vasco valoran este acontecimiento de forma positiva, un 13,6%, negativamente, y un 22,7% cree que tiene aspectos positivos y negativos.

Precisamente, los elementos negativos giran principalmente en torno al eje económico y la pérdida del poder adquisitivo.

Así, sólo un 37,7% de los ancianos opina que sus necesidades económicas se están bien cubiertas, mientras la mayoría las considera medianamente cubiertas.

El 32% de los encuestados perciben entre 30.000 y 50.000 pesetas, seguido de un 16% que obtienen unos ingresos medios comprendidos entre las 50.000 y 70.000 pesetas.

Un 8,1% percibe entre 70.000 y 90.000 pesetas; un 4,1%, entre 90.000 y 110.000 pesetas, y un 4% por encima de éstas.

Sin olvidar a un 5,5% de los ancianos que manifiesta ingresos inferiores a 30.000 pesetas.

La fuente más habitual de ingresos es la pensión de jubilación, en un 51% de los casos, y de viudedad en el 25,6%, que no permiten en muchas ocasiones atender a las necesidades básicas de la vida.

Con todo, y atendiendo a los datos publicados en el Boletín de Estadísticas Laborales (nº 107) del mes de noviembre de 1993, la media de las pensiones de la Comunidad Autónoma Vasca se sitúa a la cabeza de las de todo el Estado español, con 68.500 pesetas mensuales, frente a las 55.600 pesetas de media estatal y las 48.100 pesetas de Galicia, que es la comunidad con la media más baja.

Tras la aprobación de la Ley 39/1988 de Hacienda Locales, y la 6/1989 de Tasas y Precios Públicos, la normativa foral y municipal prevé que la aportación de los usuarios al coste de los servicios sociales tenga la consideración de precio público, en la medida en que en estos servicios concurre la doble condición de que no son de recepción obligatoria por los interesados, y que son susceptibles de ser prestados por el sector privado, lo que los diferencia básicamente de la figura de las tasas.

El traer a colación la distinta configuración jurídica de tasas y precios públicos tiene su importancia y reflejo inmediato en la fijación de la cuantía de unos y otros. Así, mientras el importe de los precios públicos no puede ser inferior al costo del servicio, en las tasas este parámetro opera como límite máximo.

Esta regla general tiene una importante excepción desde el punto de vista que estamos abordando, de manera que cuando existan razones sociales, benéficas, culturales o de interés público que lo aconsejen, la entidad podrá fijar precios públicos por debajo del coste del servicio o de la actividad. En estos casos, deberán consignarse en los presupuestos de la entidad las dotaciones oportunas para la cobertura de la diferencia resultante si la hubiese.

Su exacción, tratándose de precios públicos en residencias municipales, deberá ir precedida necesariamente de la aprobación de la oportuna ordenanza fiscal.

En los tres territorios históricos, si nos ceñimos a las distintas disposiciones que regulan los precios públicos por estancia en residencias de tercera edad gestionadas por las administraciones vascas, se fija la aportación de los usuarios del servicio en el 75% de sus ingresos anuales totales.

A la hora de determinar la base de los ingresos a la que se aplique este porcentaje, se tendrán en cuenta tanto los ingresos procedentes del trabajo, pensiones o subsidios, como los generados en capitales mobiliarios e inmobiliarios, excluyéndose generalmente del cómputo la vivienda habitual.

Igualmente se tomarán en consideración los rendimientos de bienes y derechos transmitidos a título lucrativo por el prestatario del servicio a su cónyuge, descendientes y herederos, dentro del período de los cinco años anteriores al ingreso, con el fin de evitar que con el ánimo de eludir el cómputo de estos bienes, el futuro residente se desprenda de ellos inmediatamente antes de presentar su solicitud de admisión.

En Gipuzkoa el 75% de los ingresos así calculados no podrá superar el costo real estimado de la plaza ocupada, que variará de una residencia a otra, mientras que en Bizkaia se establece un coste teórico-máximo de 187.290 pts/mes, si se trata de una plaza asistida, y 96.000 pts/mes si es para válidos. En Alava, al igual que en Bizkaia, se establece un costo teórico-máximo, que asciende en 1993 a 99.540 pts/mes.

Igualmente, en los tres territorios se deja a salvo una cantidad mínima que ha de quedar para la libre disposición del residente, después de aplicar el 75% a sus ingresos, y que no puede ser inferior en cada uno de los territorios históricos a los siguientes importes:

- La norma foral alavesa establece que cualquiera que sea la aportación del usuario, en ningún caso deberá quedar para su libre disposición una cantidad inferior, en cómputo anual, a la resultante de multiplicar por doce la tercera parte del importe mensual de la Pensión del Fondo de Bienestar Social (24.935 pesetas), más el importe de las dos pagas complementarias de esta misma pensión. Esta cantidad, tan complicada de calcular a primera vista, se concreta en 1993 en 12.467 pts/mes.
- En Gipuzkoa, una vez deducido el 75% de los ingresos en concepto de aportación, la cantidad restante disponible para el usuario no podrá ser inferior al 20% del Salario Mínimo Interprofesional de cada año (58.053 pesetas en 1993), lo que equivale a 11.706 pts/mes.
- Por último, en Bizkaia se establece una cantidad mínima fija de 10.000 pts/mes tratándose de personas solas, y de 15.000 pts/mes en el caso de matrimonios o uniones de hecho.

CANTIDADES MINIMAS DE DISPOSICION

ALAVA	12.467 pts/mes
BIZKAIA	10.000 pts/mes
GIPUZKOA	11.706 pts/mes

A este respecto, conviene reparar en las disfunciones que puede acarrear el que el precio público se sitúe muy por debajo del coste real del servicio.

En principio y teniendo en cuenta que las residencias públicas no tienen ánimo de lucro, la fijación de un importe de los precios públicos, que coincidiera con el coste real del servicio, como ocurre en Gipuzkoa, debería bastar para hacerlas claramente más competitivas que las ofertadas por la red privada residencial.

Si, atendiendo al carácter social de los servicios prestados, y haciendo uso de la previsión legal apuntada, la Administración opta además por fijar

unos precios públicos que no cubran el costo del servicio, se genera un déficit de partida, incluso en aquellas plazas en que el usuario sufrague con su aportación la totalidad del mismo, al que se acumulará el derivado de la cobertura de aquellos residentes que carecen de medios económicos suficientes.

En estos casos se corre el riesgo de que la Administración dé prioridad en la adjudicación de plazas residenciales a aquellos solicitantes que pueden garantizar con sus ingresos una aportación mayor.

Una cuestión relacionada también con la discriminación económica es la que se produce en las instituciones residenciales transferidas del INSERSO. En estos centros existen dos sistemas para el cálculo de la contribución económica del usuario. En el caso de quienes ingresaron en fecha anterior a la formalización de la transferencia, el cálculo se realiza en función del montante de la pensión, mientras que en las altas posteriores se tienen en cuenta, según la regla general, todos los ingresos del solicitante. Estamos ante una cuestión de respeto a situaciones preexistentes, que permite la coexistencia de ambos procedimientos. En todo caso, parece ser que el nuevo sistema no se aplica con el rigor necesario, de manera que muchos residentes que declaran su patrimonio tienen la convicción de que no todos lo hacen, sin que se les investigue por esta causa.

c) Obligados al pago y procedimiento de cobro

De la normativa foral y municipal que regula los precios públicos se deduce que estarán obligados al pago de los mismos quienes se beneficien directamente de cada uno de los servicios prestados por las instituciones residenciales y, en todo caso, cuando los prestatarios sean incapacitados, quienes ostentan la tutela de los mismos.

Es decir, que como regla general, el obligado principal a satisfacerlos sería el usuario de los servicios residenciales. Sin embargo, cuando el usuario no disponga de ingresos suficientes para hacer frente al pago del precio público estipulado, algunas disposiciones de las estudiadas trasladan la carga tributaria a aquellas personas obligadas por la legislación civil a prestarle alimentos, siempre de acuerdo con sus posibilidades.

Así, por ejemplo, en Bizkaia el Decreto Foral 156/1990, por el que se regulan los precios públicos por prestación de los servicios de carácter asistencial, expresa en su artículo 2º: "Quedan obligadas al pago de este precio las personas físicas que ocupen plaza en alguno de los centros y residencias referidos anteriormente y subsidiariamente las personas físicas o jurídicas obligadas civilmente a prestar alimentos a aquéllas."

En el mismo sentido se pronuncian las normativas de La Rioja, Aragón, Asturias, etc. A este respecto, el artículo 1.894 del Código Civil declara: "Cuando sin conocimiento del obligado a prestar alimentos, los diese un extraño, éste tendrá derecho a reclamarlos de aquél, al no constar que los dio por oficio de piedad y sin ánimo de reclamarlos."

Por su parte, el artículo 142 CC aclara que: “Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica (...)”

Y prosigue el artículo 143:

“Están obligados recíprocamente a darse alimentos en toda la extensión que señala el artículo precedente:

1º Los cónyuges.

2º Los ascendientes y descendientes.

Los hermanos sólo se deben los auxilios necesarios para la vida cuando los necesiten por cualquier causa que no sea imputable al alimentista, y se extenderán en su caso a los que precisen para su educación.”

En cuanto al fundamento de la obligación alimenticia, según la STS de 21/3/1985, “la deuda alimenticia se funda, de un lado en el vínculo de parentesco y de matrimonio entre el sujeto pretensor y el demandado, y de otro en las necesidades del primero y en las posibilidades económicas del segundo para satisfacerlas en la proporción adecuada a las circunstancias de uno y otro que los órganos jurisdiccionales precisan ponderar.”

El artículo 148 del mismo texto legal prevé que: “El juez, a petición del alimentista o del Ministerio Fiscal, ordenará con urgencia las medidas cautelares oportunas para asegurar los anticipos que haga una entidad pública u otra persona y proveer a las futuras necesidades.”

Sobre este particular, la sentencia dictada por el Juzgado de Primera Instancia nº 3 de Bilbao, en el curso del procedimiento seguido contra la Residencia de Ancianos de Basauri a instancia de los familiares de un residente fallecido, en cuya cuenta corriente la entidad cargó el importe correspondiente a la deuda contraída con la misma, declara en su fundamento de derecho 2º que: “...el cargo realizado por la Residencia de Basauri no es arbitrario, sino que responde a una deuda acumulada por la residente durante su estancia, siendo lógico que deba subrogarse primeramente con los propios recursos de aquélla y, sólo en su defecto, mediante aportación pública.”

En este sentido, si llegáramos al convencimiento de que la atención residencial ha de considerarse contenida en el concepto jurídico de alimentos, la entidad donde esté alojado el anciano podría invocar los preceptos aludidos para exigir judicialmente a las personas obligadas legalmente a satisfacerlos la deuda equivalente a la diferencia entre lo aportado por él mismo y el coste real de su estancia.

En Alava, el Decreto Foral 995/1992, del Consejo de Diputados, de 1 de diciembre, atribuye la naturaleza de sustitutos del obligado directo al pago, a las personas físicas o jurídicas obligadas civilmente a prestar alimentos a aquéllos.

Quizás la condición de sustitutos sea excesiva, en la medida en que el sustituto es quien por imposición de la ley y en lugar del contribuyente está obligado a cumplir las prestaciones materiales y formales de la obligación tributaria. El ejemplo más claro de esta figura es el del pagador que retiene e ingresa en hacienda la deuda por IRPF de sus empleados. Quizás hubiera sido más apropiado considerarlos responsables subsidiarios, de forma que para trasladar la carga tributaria, previamente deba declararse fallido al sujeto pasivo.

A estos efectos resulta fundamental el artículo 16 del Reglamento General de Recaudación, dedicado a los obligados al pago de deudas de derecho público no tributarias, figura en la que deben encuadrarse los precios públicos a los que nos venimos refiriendo.

Así, según establece este precepto:

“Los obligados frente a la Administración por deudas de derecho público no tributarias responderán del pago de las mismas con todos sus bienes presentes y futuros, salvo las limitaciones establecidas por la Ley.

Esta responsabilidad se extenderá a quienes por cualquier título, legal o voluntario, vengan obligados a solventar dichas deudas. Si la responsabilidad es subsidiaria, para hacerla efectiva se precisará además de la declaración de fallido del deudor principal y responsables solidarios, acto administrativo de derivación de aquélla, en la forma y términos establecidos en el artículo 14 de este Reglamento.

La responsabilidad de estos obligados se extenderá a sus sucesores, en los términos del artículo 15 de este Reglamento.”

Luego, bastaría con que una norma con rango de ley atribuyera a los obligados a prestar alimentos, conforme al Código Civil, la condición de responsables subsidiarios del pago de los precios públicos por asistencia en residencias de tercera edad, para que, sin necesidad de utilizar la vía judicial, se iniciara contra ellos el procedimiento recaudatorio de las deudas por precios públicos.

Y de esta manera enlazamos con la cuestión de las garantías de que disponen las administraciones públicas para hacer efectiva la recuperación del gasto generado por el anciano.

Hoy por hoy es práctica generalizada la inclusión, en las normas que regulan los precios públicos por prestación de servicios residenciales, de preceptos que imponen al solicitante, en reconocimiento de la deuda contraída con la residencia, la obligación de abonar la diferencia entre lo que él aporta y el importe del precio público.

Lo que en diferentes trabajos y disposiciones viene a denominarse “reconocimiento de deuda” no es sino un aplazamiento discrecional de la deuda tributaria generada por la prestación del servicio de atención residencial, cuya condición resolutoria es el cese de la prestación, bien por el fallecimiento del

deudor, bien por el abandono por su propia voluntad de la institución residencial.

En efecto, sin perder de vista la naturaleza de precios públicos de que gozan las contraprestaciones pecuniarias de los usuarios de residencias de tercera edad, el artículo 48 del Reglamento General de Recaudación declara que:

“Podrá aplazarse o fraccionarse el pago de la deuda, tanto en período voluntario como ejecutivo, previa petición de los obligados, cuando la situación de su tesorería, discrecionalmente apreciada por la Administración, les impida efectuar el pago de sus débitos.”

El RD 803/1993, de 28 de mayo, establece un plazo máximo de seis meses para conceder o denegar el aplazamiento.

Sobre este particular, la Ley General Presupuestaria para 1990 (Ley 4/1990, de 29 de junio, BOE de 30 de junio) facilita el aplazamiento o fraccionamiento sin garantía y lo extiende a las deudas no tributarias, de manera que podrán aplazarse las deudas con dispensa de garantía cuando el deudor carezca de bienes suficientes para garantizar la deuda, o cuando el importe de las deudas cuyo aplazamiento se solicita sea inferior a la cifra que por orden establezca el Ministro de Economía y Hacienda (por OM de 17 de abril de 1991 se fijó en 500.000 pts).

A la luz de lo establecido en el artículo 57 del Reglamento General de Recaudación, si llegado el vencimiento del plazo concedido no se efectuara su pago, se iniciaría la vía de apremio, que como todos sabemos puede culminar con el embargo de los bienes del deudor en cuantía suficiente para hacer frente al pago de la deuda tributaria.

Todo ello con las ventajas que proporciona el procedimiento administrativo en relación con los procesos judiciales.

En cualquier caso, parece oportuno que exista un criterio único a nivel de comunidad autónoma en lo que respecta a este punto, evitando así la discriminación entre ciudadanos, según pertenezcan a uno u otro territorio histórico.

7.2.4. La declaración de incapacidad como garantía de los derechos del residente

Es preciso constatar en este apartado la situación de aquellos ancianos que, pese a haber ingresado de forma voluntaria y con capacidad suficiente para gobernarse por sí mismos, con el transcurso del tiempo han devenido incapaces.

Aunque, previsiblemente, como mínimo un 10% de la población residente padece una deficiencia intelectual o psicológica grave, son muy raros los casos en los que se tramita una incapacitación jurídica.

De los centros evaluados, sólo en la Residencia Sta. M^a Magdalena, en los casos en los que se maneja el dinero de los residentes, se tramita el correspondiente proceso de incapacitación jurídica.

Las razones por las que tan escasamente se recurre a este procedimiento pueden ser varias y de muy distinto orden. Destaquemos, sin embargo, los dos argumentos más frecuentes.

En primer lugar, los pocos beneficios que tiene en contrapartida esta opción cuando no existe un patrimonio susceptible de protección, y en segundo lugar, los costos económicos aparejados a la tramitación del preceptivo proceso judicial.

En general, no se tiene conciencia del interés de este procedimiento en la protección de la persona, considerándose que es denigrante y que no compensa cuando el afectado carece de bienes o éstos son modestos. En este sentido, hay que advertir que cuando hablamos de incapacitación jurídica nos estamos refiriendo nada menos que a la “muerte civil” de una persona.

Lo primero que cabe decir al respecto es que, al margen de que existe la posibilidad de establecer medidas provisionales previas a la incapacitación definitiva, el procedimiento se ha agilizado de manera considerable en los últimos años. A este respecto resulta difícil cuantificar el número y duración media de los que se tramitan en los juzgados radicados en el País Vasco, debido a que se sustancian por la vía del menor cuantía. En cualquier caso, un presupuesto necesario para la generalización de los procesos sería la agilización de los mismos, para lo que una medida efectiva consistiría en dotar de medios personales y materiales especializados a los juzgados y tribunales encargados de sustanciarlos. A este fin se dirige la creación en Bilbao de un juzgado, el nº 14 de los de 1^a Instancia, que entenderá única y exclusivamente de los procesos de incapacitación jurídica.

Es cierto, sin embargo, que cuando hablamos de declaración de incapacidad nos referimos a un instrumento muy delicado. Puede suceder que intente utilizarse obedeciendo a intereses ajenos a los de la persona que teóricamente se trata de proteger, pero desgraciadamente, no es menos grave la situación de muchas personas ancianas ingresadas en instituciones residenciales, y con mayor frecuencia, con toda seguridad, en domicilios particulares, que se encuentran desprotegidas o insuficientemente protegidas ante familiares, amigos, vecinos o profesionales que abusan o se aprovechan de ellas⁴.

Por otra parte, los mismos profesionales, preferentemente trabajadores sociales, se quejan de su inseguridad al tener que tratar asuntos personales y económicos de ancianos gravemente discapacitados, carentes de protección legal, cuyos familiares se muestran, como mínimo, suspicaces, ante intervenciones que tienden a calificar como “manejos” del profesional.

⁴Precisamente para evitar el abuso en los domicilios particulares, Cáritas creó en 1990 una fundación de tutela, AURKOA, destinada básicamente a proteger los derechos de los ancianos.

Desde este punto de vista no cabe duda de que el mejor medio, al menos entre los disponibles, para proteger a los ancianos de posibles abusos por parte de los trabajadores -o de cualquier otra persona-, y para eximir a éstos de posibles sospechas, consiste en recurrir, en los casos necesarios y, en consecuencia, con mucha más frecuencia de lo que se procede actualmente, a la tramitación de la incapacidad jurídica.

Es preciso romper definitivamente con la creencia de que la incapacidad jurídica abre la puerta a posibles abusos de las personas a las que se encomienda la gestión de los asuntos del declarado incapaz. Todo lo contrario, la configuración jurídica de la tutela articula tales mecanismos de garantía que prácticamente puede decirse que, hoy por hoy, la función tutelar carece de atractivo alguno para aquellas personas que no estén preocupadas realmente por el bienestar del anciano.

Este hecho viene avalado por la serie de inconvenientes que la regulación de las funciones tutelares prevé para quienes asuman la tutela.

Así el art. 221 del Código Civil prohíbe a quien desempeñe algún cargo tutelar:

- “1. Recibir liberalidades del tutelado o de sus causahabientes, mientras que no se haya aprobado definitivamente su gestión.
2. Representar al tutelado cuando en el mismo acto intervenga en nombre propio o de un tercero y existiera conflicto de intereses.
3. Adquirir por título oneroso bienes del tutelado o transmitirle por su parte bienes por igual título.”

Este cuadro de garantías en favor del tutelado y de la transparencia en el ejercicio de la función tutelar, se completa fundamentalmente con la relación de actos que exigen autorización judicial y que se contemplan en los arts. 271 y 272, así como con los requisitos e incompatibilidades que han de concurrir en la persona del tutor.

A diferencia de estos supuestos de incapacidad jurídica, cuando el anciano se encuentra incapacitado de hecho y no de derecho, de manera que existe una apariencia frente a terceros de que los actos de disposición llevados a efecto por sus familiares o por los responsables de su cuidado son consentidos, es cuando realmente existe peligro de que se produzcan conductas poco éticas y a veces rayanas en el delito.

Así muchas veces, los objetivos de libre disponibilidad y decisión sobre el patrimonio del anciano que presumiblemente moverían a sus familiares a instar el proceso de incapacidad, se consiguen sin necesidad de llegar a esta medida. En este sentido, constituye una práctica habitual, por ejemplo, la apertura de cuentas de las denominadas indistintas, de manera que los familiares del anciano puedan disponer de sus ingresos más “cómodamente”, con objeto de atender a las necesidades que van surgiendo.

Por lo tanto, no sorprende que el volumen de casos de incapacitación de ancianos a instancia de sus familiares sea muy pequeño, y que hayan sido iniciados en su mayoría por la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal.

Está demostrado que cuando los familiares deciden impulsar el correspondiente proceso de incapacitación es, o bien por la necesidad de que el anciano preste su consentimiento en un negocio jurídico, o muy al contrario, porque lo que se quiere impedir es que lleve a efecto un acto que sus familiares califican de irresponsable. En estos casos, sin embargo, lo que se persigue es más la protección del caudal hereditario en favor de los herederos legítimos que el bienestar del anciano.

Según el art. 200 del Código Civil, son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”.

La promoverán el cónyuge, los descendientes y, en defecto de éstos, los ascendientes y hermanos del presunto incapaz.

Y el art. 203 advierte: “El Ministerio Fiscal deberá promover la declaración si las personas mencionadas en el art. anterior no existen o no lo hubieran solicitado. A este fin las autoridades y funcionarios públicos que por razón de sus cargos conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.”

Es ésta una previsión importante, en la medida en que muchas veces el desentendimiento por la familia aconseja que cualquier persona pueda poner en conocimiento del Ministerio Fiscal la conveniencia de sustanciar el proceso de incapacitación.

En estos casos y en ausencia de personas dispuestas a asumir la tutela, sería muy interesante la tutela institucional, pero requeriría la flexibilización de algunas limitaciones pensadas en la legislación civil para las personas físicas.

En relación con este tema, es decir, con la aparentemente paradójica relación entre la institución jurídica de la incapacitación y la defensa de los derechos de los ancianos con deficiencias intelectuales u otras psicológicas, resulta pertinente abordar, aunque sea someramente, el tema de las elecciones políticas.

Esta cuestión, al margen de su propia trascendencia, sirve para ilustrar la situación de riesgo de algunos ancianos y la, al menos relativa, falta de criterios de algunos profesionales para abordar coherentemente, con pautas rigurosamente analizadas y puestas en común, ciertas cuestiones que afectan a derechos fundamentales.

No cabe duda de que las elecciones plantean problemas muy concretos, incluidos los de conciencia, a algunos directores de residencias. Por otra parte, dan pie a que, presuntamente, se utilice la debilidad o la falta de voluntad de algunos ancianos con fines partidistas, o a que, como mínimo, se piense, dentro y fuera de las residencias, que son objeto de utilización política, lo que sin duda alguna no contribuye a mejorar la imagen de los ancianos, ni de las residencias, ni de los políticos.

Obviamente, a través de la evaluación realizada, no puede determinarse hasta qué punto son ciertos los rumores extendidos acerca de la manipulación política partidista en instituciones residenciales. Es cierto que hubo residentes, en algunas de ellas, que afirmaron haber votado "lo que les dijeron" o que "les pusieron la papeleta en la mano", y que se recogieron quejas relativas a las facilidades que se les concedían a determinados partidos en detrimento de otros pero, naturalmente, tales versiones no pueden ser admitidas sin reservas.

Lo que no cabe duda es que, dada la desprotección de muchos ancianos cuyas facultades mentales se hallan muy deterioradas, la posibilidad de manipulación existe y, en consecuencia, resulta necesario hacer frente al problema con todas las garantías, sin dejar su solución al arbitrio de la voluntad, saber hacer, medios y conocimiento del personal, sea directivo, auxiliar o de atención directa de cada establecimiento. En efecto, algunas prácticas de las que se tiene conocimiento -como por ejemplo, la decisión de algún director de retener el documento nacional de identidad de los ancianos confusos para impedir su manipulación por la vía de privarles de su derecho a votar-, incluso inspiradas en la buena voluntad, podrían tener peores efectos que los que trataban de evitar.

Posiblemente, la suspicacia y los prejuicios ante la actividad política explican en buena parte muchas de las observaciones y aseveraciones recogidas, pero, aunque así fuera, simplemente con el fin de no dar pábulo a los rumores que, inevitablemente, se producen con ocasión de cada comicio electoral, acerca de las variadas maniobras de manipulación que tienen como escenario las instituciones residenciales, sería deseable, insistimos, que se regulase de manera específica la cuestión, centrándola en tres ejes fundamentales: la declaración de incapacidad, la apertura de las instituciones a las campañas electorales y la garantía de acceso de los residentes a los colegios electorales, con objeto de evitar el uso partidista de las ayudas que algunas personas o instituciones ofrecen para ese fin.

7.2.5. Regulación y garantía de calidad

Para garantizar la calidad de la atención residencial resulta imprescindible que los poderes públicos establezcan normas de actuación y apliquen las correspondientes medidas de control.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco se cuenta con un instrumento normativo interesante como es el decreto 218/1990. La disposición cubre dos aspectos fundamentales en la regulación de esta materia: el de la autorización, conjunto de requisitos mínimos que debe cumplir una institución para funcionar como tal, y el de la acreditación, que establece las condiciones que debe satisfacer para tener derecho al aval de determinado nivel de calidad con fines diversos, como abrir la posibilidad de colaboración con el sistema público, establecer categorías y precios, etc.

Al margen de otras cuestiones que afectan fundamentalmente a la idoneidad de los estándares que exige la norma, el principal motivo de crítica que ha suscitado estriba en la insuficiencia de las disposiciones relativas a sanciones por incumplimiento de la misma, por considerarse que dicha ausencia compromete muy seriamente su eficacia.

Admitiendo la necesidad de desarrollar el decreto 218/1990, muy especialmente en el capítulo correspondiente a la inspección y sanción, resulta pertinente realizar dos consideraciones al respecto.

Por un lado, hay que señalar que el decreto 218/1990 ha tenido una incidencia positiva, aunque difícil de valorar ciertamente, a un nivel didáctico o cultural. En efecto, actualmente existe la referencia de los estándares establecidos por dicha norma a la hora de evaluar o enjuiciar técnicamente la realidad asistencial, aunque sea preferentemente en sus aspectos materiales, y por otra parte, tampoco desdeñable, cumple con una función importante, como es la de detallar muy exhaustivamente el horizonte al que deberían evolucionar los servicios.

Conviene no olvidar que, aun sin extenderse en el tema, el decreto 218/1990 al que se viene aludiendo, sí contempla la posibilidad de sancionar el incumplimiento de los requisitos que establece. En sus artículos 14 y 15 prevé, para tales casos, la imposición de sanciones administrativas, la exclusión de las entidades u organismos responsables de las ayudas, subvenciones o conciertos procedentes de los Presupuestos de las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma, e incluso la pérdida de la condición de servicio residencial para la tercera edad. La insuficiencia de su contenido radica, por lo tanto, más en la ausencia de disposiciones específicas que detallen el procedimiento sancionador, que en la de sanciones propiamente dichas, lo que resta virtualidad a la capacidad sancionadora de la Administración.

Por otro lado, es necesario recordar que a los instrumentos previstos en el decreto 218/1990 se añaden aquellos otros contemplados en la normativa general de seguridad e higiene, como son la Normas Básicas NBE-CPI 81 sobre Protección contra Incendios, el Reglamento Electrotécnico para Baja Tensión, la Reglamentación Técnico-Sanitaria sobre Comedores Colectivos, la Reglamentación Técnico-Sanitaria para el Abastecimiento y Control de la Calidad de las Aguas Potables de Consumo Público, etc.

Es cierto, sin embargo, que precisamente los aspectos más directamente relacionados con la calidad asistencial -número de camas, o ratio de personal, por citar los ejemplos más evidentes- quedan, en la práctica, más allá del alcance de las disposiciones sancionadoras.

Con todo, tampoco conviene idealizar las estrategias sancionadoras. En efecto, es opinión de acreditados expertos que el diálogo, la persuasión, y la cooperación conducen a mejores resultados, a largo plazo, que la exigencia mediante amenaza de sanción, lo que conduce a la desconfianza y al enfrentamiento, y a la consecución de resultados a corto plazo.

El establecimiento de normas sancionadoras resulta siempre problemático, y más cuando afectan a bienes o servicios cuya oferta es deficitaria. En

efecto, al margen de otras consideraciones, resultaría difícilmente admisible para la sociedad en general, pero sobre todo para el colectivo de personas ancianas y sus allegados, los cuales constituyen la demanda insatisfecha en particular, el cierre o la sanción de establecimientos que no reuniesen ciertos requisitos, siempre, naturalmente, que no respondieran a elementos socio-culturalmente considerados como imprescindibles o básicos⁵. Claro que este nivel de exigencia tan elemental -tan asumido socialmente- no supondría un incremento sustancial del nivel de calidad. En resumen, para que la norma pueda exigirse y cumplirse, ésta debe referirse a medios, procedimientos y medidas muy extendidos en la realidad.

Otro problema adicional consiste en que, en numerosas ocasiones, tendría que ser la propia Administración la que se sancionase a sí misma o la responsable directa de las infracciones cometidas por carencia de medios en las instituciones por ella financiadas.

La recomendación, la persuasión y el diálogo son importantes de cara al logro de una mejora en la calidad de la atención. A este respecto es necesario insistir en dos aspectos fundamentales:

Por una parte, en el interés de los manuales de buena práctica y de los reglamentos de régimen interior, en lo referente a la divulgación de las pautas de comportamiento adecuadas, así como de los derechos y obligaciones de residentes y trabajadores. Sólo con el conocimiento puede llegarse a la concienciación, y la concienciación ciudadana constituye, sin duda, la mejor garantía sobre el respeto de los derechos.

Por otra parte, es imprescindible el desarrollo de una cultura de la evaluación. Al margen del interés de la reglamentación y de los instrumentos de inspección y sanción, la evaluación sistemática de los servicios y el conocimiento público de los resultados puede contribuir enormemente a que se produzca el cambio cultural que, en última instancia, determina la exigencia y consecución de un buen nivel de calidad asistencial.

Sin duda, sería deseable que, en el marco de la reforma en curso del decreto 218/1990, estas consideraciones quedaran recogidas en los principios inspiradores del nuevo texto legal y desarrolladas en su articulado, dando entrada así en la normativa de acreditación a dos de los instrumentos más altamente recomendados por los estudiosos de la materia a efectos de garantizar la calidad de los servicios.

⁵Probablemente en muchos medios se considera socioculturalmente más básico y más acreedor, por tanto, de la consideración de requisito mínimo indispensable, el vaso de vino en las comidas, que la supresión de barreras arquitectónicas en los aseos. Las habitaciones de ocupación múltiple parecen culturalmente asumidas todavía por la actual generación de ancianos, pero es probable que las futuras valoren más la privacidad, frente a otros aspectos como la copiosidad del menú.

Con esta misma finalidad, convendría que en las disposiciones se contemplara la innegable utilidad de algunas medidas que bien podrían considerarse como instrumentos de control indirecto. La más necesaria, basada en la integración de la residencia en su entorno comunitario y en su naturaleza de institución abierta, consistiría en favorecer las relaciones entre el servicio social de base y los residentes: el ingreso en una residencia no sólo no debe suponer la desaparición de tales relaciones, sino que, muy por el contrario, debe reforzarlas.

7.2.6. La adecuación de la iniciativa privada de interés social a la concepción de la asistencia social como derecho. El nuevo papel de las fundaciones, superador del espíritu de beneficencia

En el camino hacia un Estado de Bienestar, las instituciones privadas sin ánimo de lucro han jugado una importante función en la prestación de los derechos sociales. El alcance que han logrado las actuaciones del Estado ha supuesto que muchas de las necesidades, a cuya cobertura se orientaba el trabajo de dichas instituciones, hayan sido asumidas por los poderes públicos.

Sin embargo, el papel del Estado en la prestación de muchos de estos derechos, no ha llegado hasta las necesidades que en el campo de la asistencia a los ancianos siguen cubriendo las instituciones privadas sin ánimo de lucro.

La presencia de las fundaciones privadas, y en general de los entes sin fines lucrativos, ha sido habitual en el campo de la atención residencial de las personas mayores.

La naturaleza benéfica de las fundaciones se corresponde, por su parte, con la idea de beneficencia con la que se ha venido percibiendo la atención de los ancianos. Del mismo modo, los estatutos, en los que se recogen los objetivos, los destinatarios y el funcionamiento de las fundaciones, son un reflejo de actuaciones basadas en la beneficencia. Así lo indica la propia denominación de algunas de estas instituciones: Santa y Real Casa de Misericordia, etc.

Una de las características propias de un estado social es la de que las respuestas que se dan a las necesidades sociales tienen un significado de auténticos derechos. Esta consideración es fundamental en el entramado de derechos y obligaciones del residente en una institución.

Otorgadas bajo una distinta concepción, las cartas fundacionales de las instituciones benéficas recogen aquel espíritu de beneficencia, con las consustanciales servidumbres que tal concepto implica en cuanto a limitaciones de derechos de las personas. Ello nos lleva a considerar que la revisión de los estatutos de las fundaciones benéfico-sociales, para su adecuación a las exigencias que derivan del respeto a los derechos de los residentes, constituye una asignatura pendiente.

Sin perjuicio de estas consideraciones, cuyo objeto no es el de enjuiciar desde la perspectiva actual unas situaciones que se correspondían con otras circunstancias históricas, sino su lógica adecuación a las exigencias del actual modelo de sociedad, no podemos olvidar el importante papel que las fundaciones siguen desempeñando. Es por ello que debe promoverse su incorporación a la programación pública de centros residenciales.

En este sentido, el propio Tribunal Constitucional en su sentencia 18/1984, de 7 de febrero, señala que "la configuración del Estado como social viene así a culminar una evolución en la que la conservación de los fines de interés general no es absorbida por el Estado, sino que se armoniza en una acción mutua Estado-sociedad, que difumina la dicotomía Derecho público-privado."

Esta colaboración entre la iniciativa privada -donde se enmarca la labor de las fundaciones benéficas- y los poderes públicos debe ser la lógica consecuencia en un sector de la acción social en el que ambos han estado siempre presentes.

La colaboración, ya existente, no se debe limitar a una simple aportación financiera, sino que la misma debería quedar vinculada al cumplimiento de otras exigencias, y entre ellas la adecuación de los estatutos fundacionales así como su incorporación a una programación pública de cobertura de necesidades.

Realizadas estas observaciones en el sentido de adecuar los estatutos de las fundaciones, y su incorporación a la programación pública, no podemos olvidar el problema relacionado con los patrimonios de los que son titulares muchas de las fundaciones.

Esta fundaciones han visto cómo su patrimonio original, constituido por aquellos bienes que el fundador destinó a los objetivos fundacionales, ha tenido un importante incremento con motivo de herencias, donaciones u otras disposiciones de personas distintas al propio fundador que han decidido posteriormente destinar sus bienes a los mismos fines de la fundación.

Aunque no podemos afirmar si esta situación de incremento patrimonial ha tenido lugar en todas las fundaciones, entendemos que la falta de rendimiento que tienen algunos de los patrimonios de los que son titulares es contraria a los fines de dichas instituciones.

La rigidez de muchas de las estructuras de estas instituciones, a la que no son ajenas las exigencias derivadas del protectorado a la que están sometidas, aparece como una razón de la congelación de importantes patrimonios.

La promoción de actuaciones para que todos los medios de los que disponen las fundaciones se incorporen al cumplimiento de los fines que les son propios, es un objetivo prioritario, si tenemos en cuenta la preocupante falta de medios en relación con las demandas existentes en el sector del que se trata. La labor de la Administración que tenga atribuido el protectorado de las fundaciones resulta fundamental en este cometido.

Las circunstancias a las que nos hemos referido son exponentes de la necesidad de incrementar la eficacia social y económica de las fundaciones, logrando de este modo el cumplimiento de la voluntad del fundador, en cone-

ción igualmente con los fines de interés general, que satisfacen, integrándolas en una concepción superadora del viejo espíritu de beneficencia y adecuándolo a su carácter de derecho social.

7.3. CONSIDERACIONES DE CARACTER PARTICULAR TRAS LA EVALUACION DE LOS CENTROS SELECCIONADOS

7.3.1. Entorno físico

La calidad asistencial está fuertemente condicionada por el tamaño de la institución. Evidentemente, una dimensión reducida no es garantía para asegurar un buen nivel de calidad, pero en las residencias pequeñas es más fácil favorecer el establecimiento de unas relaciones armoniosas entre los residentes, y entre éstos y los trabajadores.

De la evaluación realizada se ha podido deducir que las de gran tamaño aseguran, en términos generales, un mayor confort, más seguridad, más servicios de salud y ayudas socio-recreativas, pero en las pequeñas es mayor el grado de utilización de los servicios asistenciales y recreativos, y resulta superior también la influencia de los residentes, a la vez que mejora el funcionamiento del personal.

Las grandes instituciones tienen sin duda un mayor peligro de convertirse en "almacenes" de ancianos, sin presentar como contrapartida ventajas económicas o de otro tipo, al menos a partir de un determinado límite. En ese sentido, las residencias de más de 80 camas habría que considerarlas excesivamente grandes.

No llegan a la cuarta parte del total de las instituciones residenciales de la comunidad autónoma las correspondientes a centros de más de 80 residentes, pero quienes las ocupan constituyen más de la mitad de todos los ancianos institucionalizados.

En cuanto a su ubicación, es frecuente que los establecimientos se encuentren en zonas periféricas y alejadas, por tanto, de los recursos comunitarios básicos.

El estado de los edificios es como mínimo aceptable en todos los casos, aunque algunos, independientemente de criterios estéticos o arquitectónicos, tengan un carácter claramente "asilar".

Hay que hacer notar que son varias las instituciones -Residencia S. Roque, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Residencia Municipal Sagrado Corazón- que teniendo un acceso de escaleras, carecen de rampa, o como en el caso de la Residencia Municipal Sagrado Corazón, su pendiente la hace impracticable, a pesar de ser varios los usuarios de las mismas que utilizan silla de ruedas. En la Residencia Zorroaga, la entrada accesoria sin escaleras queda alejada de la entrada principal.

a) *Áreas comunes*

En algunas residencias existen evidentes problemas de espacio. Las áreas de esparcimiento o de comedor no cumplen con los requisitos del decreto 218/1990 en la Residencia S. Roque, Residencia S. Prudencio, Sta. y Real Casa de Misericordia, Centro Julián Rezola, Geriátrico S. Esteban, Residencia Asistida de Leioa y Residencia de Amurrio, en lo que se refiere a espacio disponible por residente⁶. Por otra parte, no es lo común, ni mucho menos, encontrar superficies antideslizantes en escaleras y rampas -sí existen en la Residencia Asistida de Leioa, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Residencia S. Prudencio y Caserío Agirretxu- y las ayudas para la orientación son también escasas.

Residencias de un importante número de camas carecen de salas tranquilas en las que se pueda estar sin televisión, o de salas pequeñas en las que los residentes puedan recibir visitas en privado. Es el caso de la Residencia Asistida de Leioa, Residencia S. Prudencio, Centro Julián Rezola, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, y del Geriátrico S. Esteban o Residencia de Amurrio.

La escasa afición a la lectura existente en nuestro país no justifica que algunos centros -Centro Julián Rezola, Residencia S. Roque, Geriátrico S. Esteban, Clínica Alava, Sta. y Real Casa de Misericordia- no cuenten al menos con una pequeña biblioteca de la que los residentes puedan tomar libros prestados.

El ambiente interior es en general tranquilo, exceptuando el caso del Geriátrico S. Esteban, perturbado por los gritos involuntarios de las personas demenciadas. En la Residencia Asistida de Leioa y en el Centro Julián Rezola se detectó olor desagradable en algunas zonas durante los días en que se procedió a la evaluación, y en este último centro, así como en la Residencia S. Roque, Geriátrico S. Esteban y Sta. y Real Casa de Misericordia, la iluminación no es suficiente.

Desde el punto de vista de la seguridad puede haber deficiencias de consideración en varias instituciones. En caso de incendio difícilmente podría acceder a la Sta. y Real Casa de Misericordia un camión de bomberos; en el Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista el número de extintores es inferior al normativamente establecido, y en la Residencia S. Roque no existen luces de emergencia en los pasillos. Por otra parte, los centros Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Residencia S. Roque no cuentan con un sistema de alarma, y a excepción de la Residencia Sta. M^a Magdalena, Sta. y Real Casa de Misericordia, Residencia de Amurrio, Residencia S. Prudencio y Residencia Asistida de Leioa, el resto de las instituciones carecen de puertas cortafuegos⁷.

⁶La especificación técnica n.º 10 del anexo II del decreto 218/1990 establece que el comedor deberá tener una superficie mínima de 2,5 m² por residente.

⁷Todas las residencias deberán cumplir las previsiones contenidas en las medidas de protección contra incendios, especificación técnica n.º 1 del anexo II del decreto 218/1990.

b) Habitaciones

El número de camas por habitación ha sido uno de los factores que se han tenido en cuenta a la hora de seleccionar las instituciones que iban a ser evaluadas. En consecuencia, es lógico que la proporción de habitaciones múltiples sea muy elevada en el conjunto estudiado. Hay que recordar, a este respecto, que el decreto 218/1990, que considera los requisitos sobre infraestructura y equipamiento materiales, exige en su especificación técnica nº 11, apartado B, habitaciones individuales o, como máximo, dobles, en los centros de válidos, y de no más de cuatro camas en los de asistidos.

En el Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista de Portugaleta existen, sin embargo, salas de 20 camas corridas, separadas por mamparas, y en la Residencia S. Roque de Markina hay habitaciones de 6 camas.

Por más que muchos residentes acepten las habitaciones múltiples con resignada naturalidad, no cabe duda de que la exigua oferta de habitaciones individuales constituye uno de los puntos negros más importantes de la oferta asistencial, al margen naturalmente del déficit global de plazas. Parece, sin embargo, que el respeto a la intimidad exige ya, y lo hará con más intensidad de cara a las necesidades de las futuras generaciones de ancianos, la generalización de habitaciones individuales. En consecuencia, se impone la necesidad de llevar a cabo un plan de reconversión que posibilite el incremento cualitativo de la oferta eliminando las habitaciones múltiples.

El decreto 218/1990 exige también que las habitaciones dispongan de entre 9 y 20 m² cuando son individuales, y entre 15 y 25 en caso de ser dobles⁸. Este requisito de superficie mínima no se cumple en la Residencia S. Roque, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Geriátrico S. Esteban y Caserío Agirretxu.

Por otra parte, la Residencia de Amurrio -y la Residencia S. Prudencio en la zona de asistidos- son las únicas de las estudiadas que cuentan con habitaciones adaptadas al uso de personas que utilizan silla de ruedas. La Residencia Sta. M^a Magdalena, Residencia Asistida de Leioa, Centro Julián Rezola, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Clínica Alava, Sta. y Real Casa de Misericordia y Residencia Zorroaga no disponen del mobiliario mínimo que exige el decreto 218/1990 para las habitaciones, es decir, una cama de 0,90 m, un armario, una mesilla de noche, un pequeño sillón y una mesa pequeña individual.

En la Residencia Asistida de Leioa y en el Centro Julián Rezola hay habitaciones que carecen de ventana.

En lo que se refiere al aspecto de las habitaciones, el rasgo más importante que se destaca es su uniformidad y su carácter despersonalizado.

⁸Especificación técnica nº 11, apartado B, del anexo II.

Únicamente en la Residencia S. Roque, en el Geriátrico S. Esteban y en el Caserío Agirretxu se aprecian variaciones dignas de tomar en consideración en el diseño y la decoración de las habitaciones. En la Residencia S. Prudencio se observa también, así como en los citados Residencia S. Roque y Caserío Agirretxu, cierto esfuerzo de personalización. En la Residencia Asistida de Leioa, Residencia Sta. M^a Magdalena, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Geriátrico S. Esteban y Sta. y Real Casa de Misericordia no se permite colgar cuadros de las paredes, con el fin de no dañarlas.

Existe la posibilidad de cerrar las habitaciones con llave en la Residencia Zorroaga, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Residencia S. Prudencio y Santo Hospital Glorioso S. Juan Bautista únicamente en la zona "privada". En la Residencia Asistida de Leioa, Centro Julián Rezola, Residencia S. Roque, Geriátrico S. Esteban, Sta. y Real Casa de Misericordia y Caserío Agirretxu, ni tan siquiera los armarios y cajones pueden ser cerrados con llave.

En ninguna de las residencias visitadas es observable el interior de las habitaciones desde el exterior, estando la puerta cerrada, aunque lo habitual en las asistidas es que ésta permanezca abierta permanentemente, para facilitar la tarea de vigilancia.

Las habitaciones cuentan con espacio suficiente para recibir visitas en la Residencia de Amurrio, Sta. y Real Casa de Misericordia, Residencia S. Prudencio y Caserío Agirretxu.

Por lo que se refiere a otro tipo de disponibilidades, cabe tener en cuenta que carecen de antena de TV en las habitaciones de la Residencia Asistida de Leioa, Residencia S. Roque, Geriátrico S. Esteban y Caserío Agirretxu. En la Residencia S. Roque, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Clínica Alava, Caserío Agirretxu y Centro Julián Rezola no existe la posibilidad de controlar la calefacción desde las habitaciones, y en la última de las citadas tampoco se dispone de luz suficiente para poder leer. Finalmente, ninguna de las consideradas cuenta con teléfono en la habitación.

En cuanto a medidas de seguridad, no disponen de detectores de humo en el Centro Julián Rezola, Residencia S. Roque, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Residencia Zorroaga, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Caserío Agirretxu. En la Residencia S. Roque, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Residencia Zorroaga y Residencia Municipal Sagrado Corazón no se dispone de "luces de sueño" o puntos luminosos permanentes, y todas las habitaciones visitadas carecen de pasamanos.

c) Equipamientos y ayudas técnicas

En todas las residencias, exceptuando la Residencia de Amurrio, Residencia Sta. M^a Magdalena, Clínica Alava y Residencia S. Prudencio, hay habitaciones que carecen de ducha y WC. Además, en la Residencia S. Roque y Geriátrico S. Esteban se carece de baños geriátricos. Únicamente en la Residencia Asistida de Leioa, en la Residencia de Amurrio y en el Caserío

Agirretxu todos los baños disponen de espacio suficiente para que pueda girar una silla de ruedas.

En algunas instituciones hay importantes barreras en los baños -concretamente en la Residencia Municipal Sagrado Corazón y en la Clínica Alava las puertas no dan cabida a una silla de ruedas-, y faltan elementos adaptados para personas con discapacidades en muchas de ellas.

Aunque es sobradamente conocido el riesgo de accidentes que existe en los baños, en muchas residencias no se han tenido en cuenta medidas de seguridad elementales. Por ejemplo, sólo en la Residencia Asistida de Leioa, Residencia Sta. M^a Magdalena y la Clínica Alava disponen de timbres en los baños; en ninguna de las residencias se dispone de piso antideslizante en la totalidad de los cuartos de baño, exceptuando el Caserío Agirretxu, que sólo dispone de un cuarto de baño y una ducha, y en éstos el suelo es antideslizante. En la Residencia Asistida de Leioa, Residencia Sta. M^a Magdalena, Centro Julián Rezola, Residencia S. Roque, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Sta. y Real Casa de Misericordia las duchas, bañeras e inodoros carecen de pasamanos o barras de seguridad. Sólo en la Residencia de Amurrio, Residencia S. Roque, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Residencia S. Prudencio y Caserío Agirretxu las puertas de los baños se pueden cerrar con pestillo, con previsión de apertura desde el exterior⁹.

Existe en general un déficit importante en cuanto a la disponibilidad de ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria, respondiendo, probablemente, al general retraso que arrastramos en este ámbito con relación a otros países¹⁰.

7.3.2. Protocolos de actuación¹¹

Hay que señalar también un déficit prácticamente generalizado en lo referente a instrumentos de control y evaluación del proceso asistencial. Asimismo, las organizaciones tienden a ser en general poco transparentes en la medida en que no existe constatación escrita de los objetivos y de los procedimientos.

⁹La especificación técnica n^o 9 del anexo II del decreto 218/1990 establece los requisitos que deben cumplir los servicios.

¹⁰SIIS. *Ayudas técnicas. Sistemas de prestación*. 1991.

¹¹El requisito específico n^o 17 para las residencias pequeñas, medianas y grandes del anexo I del decreto 218/1990 establece que éstas deberán constar de:

- Fines del centro.
- Destinatarios.
- Requisitos para el acceso.
- Criterios y baremo de selección.
- Derechos y deberes de los residentes.
- Normas de funcionamiento interno.

Según se ha indicado con anterioridad, son numerosos los establecimientos estudiados que carecen de reglamento de régimen interior: Residencia Asistida de Leioa, Centro Julián Rezola, Residencia S. Roque, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Sta. y Real Casa de Misericordia. Por otra parte, en ninguno de ellos se ha encontrado un procedimiento o registro de quejas por escrito, ni un manual de buena práctica o libro de instrucciones para uso del personal, ni protocolos de actuación para casos de emergencia.

Excepto en la Residencia S. Roque y en el Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, el resto de los centros disponen de un archivo de residentes, pero únicamente en la Residencia S. Prudencio se hace constar en la ficha un plan de actuación individual.

Sólo en la Residencia de Amurrio, Residencia Zorroaga, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Residencia S. Prudencio existe un registro de accidentes de los residentes y del personal.

7.3.3. Algunos aspectos de los recursos humanos y de la organización del personal en los centros residenciales¹²

Los ratios de personal/residente satisfacen por lo general las exigencias del decreto 218/1990. Sólo en el Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista y en el Geriátrico S. Esteban -lo mismo ocurre en el Caserío Agirretxu, pero en este caso es difícil aplicar un ratio- la plantilla resulta escasa con relación al número de usuarios.

¹²El anexo I del decreto 218/1990, que establece las condiciones de calidad acreditativas, señala en el apartado nº 35 de los requisitos generales para todo tipo de centros que:

La proporción o ratio personal/residentes mínima será de 0,25 en centros residenciales de válidos y de 0,40 en residencias de asistidos, según cálculo decidido en la especificación técnica nº 21; en residencias mixtas el ratio se deberá ajustar a lo indicado en esa misma especificación técnica.

Asimismo, en el apartado B del anexo I del referido decreto 218/1990 se establece en el requisito específico nº 26 para las residencias pequeñas y medianas:

1. En las residencias de asistidos, la proporción del personal de atención directa (auxiliares de clínica, cuidadores, camareras, limpiadoras, celadores o similares) deberá superar el 60% de la plantilla total.
2. Médico a jornada parcial o mediante concierto con institución acreditada. En residencias de asistidos de más de 100 plazas el médico deberá estar a jornada completa.
3. Una persona como mínimo, con la debida preparación, que se dedique específicamente al desarrollo del programa de acción social.
4. El suficiente número de ATS como para asegurar un adecuado servicio de enfermería: en las residencias grandes de válidos y en todas las de asistidos, el servicio de enfermería incluirá la presencia física del ATS o DUE durante la jornada completa. En cualquier caso, todas las residencias deberán garantizar el rápido traslado de los residentes que lo precisen a los centros sanitarios que les correspondan.

Son generales las quejas de las plantillas en el aspecto de las posibilidades de formación continuada y de reciclaje. De hecho, en ninguna de las residencias estudiadas se organizan cursos de orientación destinados a los trabajadores de nueva contratación.

Asimismo, si se exceptúa el caso de la Residencia Asistida de Leioa, Residencia Sta. M^a Magdalena de Hernani o Residencia S. Prudencio de Vitoria-Gasteiz, en el resto de las instituciones las reuniones de personal tienen lugar con periodicidad inferior a la semanal, aunque en algunos casos, como en el de la Residencia de Amurrio, se realizan con carácter informal.

En términos muy generales, puede hablarse de la existencia de dos culturas en lo que se refiere al enfoque profesional en el ámbito residencial. Existen todavía vestigios de un período histórico reciente, en el que las órdenes religiosas se hacían cargo de la administración del personal, muchas veces propio, con criterios particulares, y no se tenían siempre en cuenta los derechos y las obligaciones generalizados en el medio laboral. Los esquemas organizativos rígidos dificultan las acomodaciones requeridas por las variaciones que se producen entre los residentes con el transcurso del tiempo, como consecuencia del natural deterioro que sufren.

Los esquemas organizativos precisan, por tanto, de un dinamismo que permita una adaptación a la nueva situación que se produzca.

Algunas instituciones públicas presentan esquemas organizativos rígidos a los que, como respuesta, en caso de conflicto, se acogen también con rigidez los trabajadores, todo ello en detrimento de la calidad asistencial. De las residencias estudiadas, es en la Residencia Asistida de Leioa donde probablemente con más claridad se aprecia este fenómeno.

En esta residencia, aunque no exclusivamente en ella, se señala la existencia de una elevada proporción de eventuales de escasa formación, y una compartimentación de funciones que dificulta enormemente la articulación de la oferta de servicios. Por otro lado, las dificultades para la resolución de conflictos, junto con la elevada dimensión de la plantilla como factor adicional, hacen que problemas de orden menor aumenten en importancia hasta convertirse en prácticamente insalvables. Son varios los ejemplos que ilustran el absurdo al que puede conducir la situación en sus términos actuales, y que revelan el clima de conflicto existente entre distintos estamentos profesionales.

Aunque este extremo no ha sido estudiado, algunos estamentos técnicos de la Residencia Asistida de Leioa dan cuenta de la elevada incidencia del "síndrome del quemado", que presuntamente se manifiesta a través de una importante tasa de absentismo laboral. Son varios los trabajadores que estiman la necesidad de incorporar un servicio de asesoramiento o apoyo psicológico, justificándolo en la dificultad que supone atender a un colectivo tan amplio, en el que la prevalencia de discapacidades graves es tan importante.

A pesar de que el ratio de personal/residente alcance el mínimo exigido por el decreto 218/1990, en algunas residencias, como es el caso de la Residencia S. Roque de Markina, se detectan ciertas carencias. Concreta-

mente el turno de noche -de las 22 horas a las 8, los siete días de la semana- lo efectúa una religiosa mayor que tiene dificultades físicas para manejar a los residentes con discapacidades graves, lo que le impide poder cambiarles en caso de necesidad¹³.

Conviene señalar, por último, que los ratios establecidos en el decreto 218/1990 son mínimos. Analizada mediante otros parámetros técnicos, la situación es, sin duda, más deficitaria¹⁴. En general, las plantillas de personal de atención directa tienden a ser más exiguas que las de personal auxiliar. En el segundo nivel puede encontrarse alguna plantilla holgada, pero todas son como mínimo limitadas en el primero. Además, en lo que respecta a la formación, es perceptible el resultado de una mayor atención de los aspectos de tipo sanitario, en detrimento de los socioculturales, en el personal de atención directa, quien tiende a considerarse como perteneciente al "sector salud"; cuando resulta obvia la importancia de los aspectos de orden psicológico y sociocultural en la atención del anciano.

7.3.4. Disponibilidad de servicios

En este apartado se valoran los servicios, programas y actividades que ofrecen las residencias, a modo de indicadores; su utilización se considera que forma parte de la atención directa, y se analizará en el siguiente capítulo.

a) Servicio de salud

Como se puede ver en la lista de indicadores de estructura, se han valorado determinados servicios de salud que se consideran importantes en la atención residencial: servicio médico y de enfermería, rehabilitación, terapia ocupacional, sicoterapia. No se han tenido en cuenta, por el contrario, otros cuya existencia no se considera imprescindible en las residencias de anciano, es el caso del laboratorio de análisis clínicos y del servicios de radiología que existe en algún centro, concretamente en la Clínica Alava.

La disponibilidad de servicios de salud resulta elevada en términos relativos en la Residencia de Zorroaga y en la Residencia S. Prudencio, en relación con el tipo de usuario que atienden estos centros. Del colectivo estudiado, únicamente la Residencia de Amurrio, Residencia Sta. M^a Magdalena, Residencia S. Roque y, naturalmente, el Caserío Agirretxu carecen de servicio médico.

¹³En otro orden de cosas, hay que señalar que la religiosa en cuestión carece de un espacio apropiado para pasar la noche, por lo que se ve obligada a hacerlo en el cuarto de plancha, a veces entre ropa húmeda.

¹⁴Aplicando, por ejemplo, los *Staffing ratios in residential establishments* de David Lane y Vince Prad.

Estos dos últimos establecimientos carecen asimismo de servicio de enfermería.

Además de en la Residencia Zorroaga y en la Residencia S. Prudencio, existe servicio de rehabilitación en la Residencia Asistida de Leioa, Centro Julián Rezola y Residencia Municipal Sagrado Corazón, y cuentan con servicio de terapia ocupacional, además de los mencionados, la Residencia Sta. M^a Magdalena. Ningún centro dispone de servicio de sicoterapia.

Carecen del mínimo servicio de terapia ocupacional la Residencia de Amurrio, Residencia S. Roque, Santo Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Geriátrico S. Esteban, Clínica Alava, Sta. y Real Casa de Misericordia, Residencia S. Prudencio¹⁵ y, lo que sin duda es más explicable, el Caserío Agirretxu. El resto de las instituciones cuentan al menos con el concurso de un profesional dedicado a tiempo completo o parcial a la elaboración e implantación de programas de laborterapia, lo que obviamente tampoco es garantía de dotación suficiente ni de adecuado funcionamiento en todos los casos.

b) Asistencia en la vida diaria

Trata de los servicios que la institución proporciona a los residentes para la realización de las tareas y hábitos de la vida diaria: aseo y cuidados personales, peluquería, lavandería, servicio de transporte, asistencia para salir, realizar compras, etc.

Existe un servicio de peluquería en todas las residencias, salvo en el Geriátrico S. Esteban, y en todas ellas, sin excepción, el de lavandería. La Residencia Zorroaga y la Residencia Municipal Sagrado Corazón disponen de servicio de transporte.

En ninguna institución, si se exceptúa el Caserío Agirretxu, se ofrece asistencia para salir al exterior, y como consecuencia muchos residentes viven prácticamente aislados. Ya se ha indicado a este respecto que menos de la mitad de los residentes salen al exterior del recinto residencial; cuando menos una vez al año y únicamente una vez al año, refiriéndonos a los residentes de los centros evaluados, salieron, no ya a la calle, sino al patio o al jardín del establecimiento la semana que fue visitado. Como caso extremo cabe citar el de una residente en la Residencia S. Roque que utiliza silla y que lleva diez años sin salir de su habitación. Se presta asistencia para la realización de compras en la Residencia Asistida de Leioa, Residencia S. Roque, Santo Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Residencia Zorroaga, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Caserío Agirretxu.

¹⁵En la Residencia S. Prudencio el servicio de terapia ocupacional iba a comenzar coincidiendo con las fechas del estudio.

A la luz del MEAP, la disponibilidad de asistencia en la vida diaria resulta de tipo medio en la mayoría de las residencias; no es elevada en ninguna, y baja en el Geriátrico S. Esteban, Residencia Asistida de Leioa y Clínica Alava, porque tratándose de residencias asistidas la valoración es más exigente.

c) Actividades socio-recreativas

Se valoran en este apartado la variedad de programas de actividades que organiza la propia institución y su frecuencia: manualidades, actividades artísticas, fiestas, espectáculos, juegos, grupos de conversación, etc. No se tienen en cuenta las actividades espontáneas de los residentes.

Las actividades más frecuentes las constituyen las fiestas, la asistencia a servicios religiosos, los espectáculos y las excursiones, con unos índices medios de participación entre el 20 y el 40%. Son relativamente bien aceptadas otras actividades, como la gimnasia, juegos de mesa -cartas y bingo- y conferencias y charlas, en las que toman parte una media del 10 al 20% de los usuarios de las residencias estudiadas. Los índices de participación más bajos en términos generales (menos del 10%) corresponden a las manualidades, actividades artísticas, cine, teatro y grupos de conversación o de orientación.

En general en las residencias pequeñas -menos de 100 plazas- la variedad de actividades es menor, así en la Residencia S. Roque y en el Caserío Agirretxu únicamente se realizan fiestas esporádicamente.

El programa de actividades de la Residencia de Amurrio es más rico a pesar de que se trata de una residencia pequeña; cuenta con una sesión de gimnasia tres veces por semana en la que participa el 77% de los residentes, grupos de conversación, películas, trabajos manuales y juegos de cartas, con una participación superior al 20% en todos los casos.

En la Residencia S. Prudencio, Residencia Sta. M^a Magdalena y Residencia Municipal Sagrado Corazón se organizan además conferencias y representaciones de teatro, aunque no existen grupos de conversación.

En el Centro Julián Rezola cuentan con grupos de gimnasia, de conversación, de autoayuda, trabajos manuales y fiestas, pero la participación es escasa, no llega al 7% en ninguna de las actividades citadas. Únicamente las misas celebradas en la capilla de la propia residencia atraen al 20% de los residentes.

En la Residencia Asistida de Leioa y Residencia Zorroaga se organizan, además de las fiestas y servicios religiosos, otras actividades como manualidades, juegos de cartas, conferencias y grupos de gimnasia, y sesiones de teatro y cine en la Residencia Asistida de Leioa.

Entre las residencias grandes, la Clínica Alava y Sta. y Real Casa de Misericordia son las que cuentan con menos actividades. En la primera se organizan fiestas y espectáculos de forma esporádica con una participación masiva, y existe un grupo reducido de residentes que realiza gimnasia y traba-

jos manuales. En la Sta. y Real Casa de Misericordia hay un grupo de canto y algunas personas juegan a cartas y realizan trabajos manuales.

De cualquier forma, se observa a través del MEAP una disponibilidad media de actividades socio-recreativas en la Residencia de Amurrio, Residencia S. Prudencio, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Residencia Zorroaga, y baja en el resto de los establecimientos evaluados.

7.3.5. La atención directa y su incidencia en los derechos de los residentes

En general, las necesidades básicas de los residentes, en lo que se refiere a higiene y alimentación, están bien cubiertas en los centros estudiados. Resulta más difícil valorar si los procesos de atención personal respetan requisitos mínimos, en la medida en que no existen criterios suficientemente claros respecto a cuáles deberían ser esos mínimos referenciales. Es pues complicado, o más exactamente, comprometido, calificar determinados hábitos o conductas asimilándolas al mal trato, o simplemente a la desatención, pero en honor a la verdad es preciso hacer constar que numerosas prácticas observadas impiden, o entorpecen seriamente, el ejercicio de derechos asumidos culturalmente fuera del marco institucional.

A este respecto, es preciso señalar la excesiva naturalidad con que se tiende a asumir la inevitabilidad de las restricciones que impone la vida institucional en el ámbito de la libertad personal y, concretamente, en los márgenes de elección individual. Es cierto que vivir en comunidad puede imponer una serie de condicionamientos y que, en última instancia, la economía determina muy directamente la calidad del proceso de atención. Sin embargo, muchas veces, las deficiencias en la práctica asistencial, o las restricciones en la libertad de elección, incluso en materias en las que, aparentemente, las repercusiones económicas son más claras -la oferta de varios menús alternativos, por ejemplo-, obedecen fundamentalmente a una inercia cultural propia de las instituciones residenciales.

Resulta absolutamente necesario determinar los límites a partir de los cuales debería considerarse que la práctica asistencial afecta a los derechos de los residentes. En este sentido, se echan en falta los manuales de uso o de buena práctica que vienen a regular en otros países de nuestro entorno la acción de los distintos estamentos profesionales comprometidos en la atención. Cuestiones, no por sencillas menos importantes, como la forma de dirigirse a los residentes -evitando el trato infantiloides o el muy extendido tuteo indiscriminado-, o las conductas que deben observarse para preservar la privacidad y la dignidad en materias como la incontinencia o la actividad sexual, quedan demasiadas veces al arbitrio de personas que carecen de la formación necesaria.

En varias residencias -Residencia Asistida de Leioa, Residencia Zorroaga, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Clínica Alava y

Sta. y Real Casa de Misericordia, concretamente se ha observado la existencia de alguna práctica restrictiva de la libertad individual, o síntomas de un trato no suficientemente considerado con los usuarios. En demasiados casos se acepta como normal e inevitable que los ancianos permanezcan aislados e inactivos ante televisores que, encendidos o apagados, no captan su atención, sin que, por otra parte, se les plantee ningún tipo de propuesta alternativa.

Se señala, a este respecto, el peligro de la justificación ideológica de lo que se ha definido anteriormente como inercia institucional, tomando como base diversas interpretaciones erróneas del papel de las residencias y de la naturaleza de las necesidades de las personas ancianas.

El máximo error de interpretación consiste en considerar que las residencias tienen como objetivo satisfacer las necesidades básicas de los ancianos en lo que se refiere a higiene y alimentación, dejando al margen, por tanto, otros aspectos ligados al desarrollo de la autonomía personal o de la integración social, vitales, sin embargo, para su bienestar. El tamaño de algunas instituciones, grande en exceso, dificulta enormemente el desarrollo de prácticas de atención que garanticen el respeto a la intimidad, y, en cualquier caso, no favorece un trato suficientemente personalizado. Además, la elevada proporción de residentes confusos o con evidentes signos de deterioro mental¹⁶ podría constituir una dificultad añadida en lo que respecta al establecimiento de un buen clima convivencial.

En cualquier caso, en muchas residencias se observa una escasa interacción personal-residentes. Por lo general, aquellos se dirigen a los usuarios casi exclusivamente con ocasión de la realización de alguna tarea directa de atención personal -"no hay tiempo para nada, se hace todo contra el reloj", se quejan algunos auxiliares de la Residencia Asistida de Leioa-, pero puede hablarse de auténtica relación únicamente en contados casos. En la Residencia S. Roque y en el Caserío Agirretxu el personal parece tener la disponibilidad necesaria para que los residentes puedan levantarse, acostarse o bañarse cuando lo desean; también en la Residencia de Amurrio, al igual que en los dos casos citados, destinan parte de su tiempo a estar con los residentes para intercambiar opiniones y conocer sus deseos.

De la observación directa y de las conversaciones mantenidas con los usuarios se deduce que la atención es por lo menos precaria en algunos casos. En la Residencia Zorroaga, los ingresados en enfermería permanecen mucho tiempo solos, y en la Residencia Asistida de Leioa, así como en la Clínica Alava y en el Centro Julián Rezola, es frecuente oír quejas relativas a la demo-

¹⁶El Centre for Policy on Ageing -*Coping with mental frailty*-, institución de prestigio en el establecimiento de criterios asistenciales, recomienda que no se exceda la proporción de 1/5 en la densidad o prevalencia de ancianos con problemas mentales en los servicios residenciales. Aceptando los criterios de las instituciones estudiadas para definir la confusión mental, habría que convenir en que dicha proporción resulta superior en todas ellas sin excepción. Bien es cierto que el personal de atención directa, quien ha facilitado los datos, tiende a ser laxo en su valoración de la desorientación, confusión mental.

ra en acudir a las llamadas de los timbres. En la Residencia Municipal Sagrado Corazón se detectó el caso de una mujer que, discapacitada como consecuencia de una caída, no puede acudir al gimnasio porque no encuentra a nadie que le ayude. En la Clínica Alava uno de los miembros del equipo de evaluación observa la siguiente escena: Una señora visitante conduce a una residente en silla de ruedas. Quieren salir al exterior pero se encuentran con que una rueda está desinflada. La señora lleva el inflador en la mano y le pide a un auxiliar que pasa silbando por el pasillo que le infle la rueda. Este contesta que "mañana".

En la Sta. y Real Casa de Misericordia de Bilbao las personas con discapacidades no pueden salir al jardín. Quienes están impedidos para la marcha permanecen sentados en sillas normales, y únicamente se les desplaza a una de ruedas para su traslado al comedor.

Se echa de menos que ninguno de los esquemas organizativos aplicados en las residencias estudiadas contemple la figura del trabajador clave o de referencia. Es evidente, sin embargo, la conveniencia de que cada residente tenga asignada una persona responsable, que pueda canalizar y coordinar multitud de aspectos del proceso de atención en el que intervienen diferentes profesionales. La figura del trabajador de referencia, una especie de tutor en realidad, podría evitar la desorientación de muchos residentes, y en parte también, la angustia e inseguridad que les producen los cambios en el personal de atención directa.

En otro orden de cosas, por lo que se deduce del análisis de determinadas rutinas, se diría que éstas se establecen más en función de los intereses de la propia institución -de sus directivos y/o de sus trabajadores- que de las necesidades de los usuarios, las cuales tienden a ser relegadas a un segundo plano. Es obvio que la residencia constituye simultáneamente el lugar de trabajo de las personas que tienen por misión atender a los ancianos y la vivienda de estos últimos. Por desgracia, la contradicción entre ambos términos constituye un problema más que teórico, y se resuelve muchas veces en detrimento de los derechos del anciano. Como ya se ha indicado con anterioridad, aunque nunca se insistirá suficientemente en ello, el origen de muchas prácticas inadecuadas, o cuando menos la justificación de las mismas, se fundamenta en la no superación del concepto de beneficencia en la atención de los ancianos que demandan una plaza residencial.

Señalamos a continuación algunos de los aspectos más relevantes observados en las residencias analizadas en lo que concierne a las prácticas de atención directa.

a) Derecho a la intimidad

El decreto 218/1990, en el artículo 8.1. d) establece como requisito necesario para la autorización "la garantía suficiente de los derechos de los usuarios". El anexo I del decreto en su apartado A.8 declara que:

“La asunción práctica de los principios operativos enunciados en el articulado del Decreto que, deberá implicar como mínimo las siguientes pautas concretas de comportamiento:

- Respeto escrupuloso de los derechos individuales de los residentes con especial referencia, entre otros, al derecho a la intimidad;...”

Obviamente, el número de camas por habitación condiciona muy directamente el derecho a la intimidad de los usuarios. Al margen de la dificultad de mantener una deseable privacidad en habitaciones compartidas, la ignorancia de los usuarios acerca de los criterios de adjudicación de las de tipo individual constituye, en la mayoría de los establecimientos, una fuente de insatisfacción para los ancianos, quienes, con razón o sin ella, tienden a sentirse discriminados. Sería conveniente que se garantizase la transparencia del proceso de adjudicación cerrando el paso a posibles malinterpretaciones mediante el establecimiento de baremos, de forma similar a como se viene realizando en la Residencia Asistida de Leioa y en la Residencia S. Roque, entre las residencias estudiadas.

En todas las instituciones está permitido cerrar la puerta de la habitación, pero únicamente en la Residencia Zorroaga y en la Residencia S. Prudencio es posible hacerlo con llave. Es cierto que en la Sta. y Real Casa de Misericordia pueden hacerlo los hombres, puesto que las puertas de sus habitaciones disponen de cerradura. En el caso de las mujeres, no sólo no pueden, sino que parece estar “mal visto”, según expresión de algunas de ellas, incluso entornar la puerta y, en consecuencia, la intimidad es imposible.

El personal llama a la puerta sistemáticamente antes de entrar en las habitaciones y espera a que se le invite a entrar en esas dos residencias citadas, Residencia Zorroaga y Residencia S. Prudencio, y también en la Residencia de Amurrio, en la Residencia S. Roque y en el Caserío Agirretxu.

En la Residencia Asistida de Leioa, Centro Julián Rezola, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Sta. y Real Casa de Misericordia, la privacidad en el baño, en el momento de vestirse o desvestirse, no está garantizada. Concretamente, en el primero de los centros citados y por razones de eficacia se viste a algunos residentes con discapacidades graves en el pasillo, y se les conduce hasta la ducha cubiertos con una sábana.

El decreto 218/1990 recoge como derecho individual de los residentes el derecho al ejercicio de la vida afectiva y sexual, sin embargo, el derecho a la intimidad en lo referente a la posibilidad de mantener relaciones sexuales únicamente se ha planteado de manera explícita en la Residencia de Amurrio. Por otra parte, puede ser indicativo de cuál es la situación al respecto en la Sta. y Real Casa de Misericordia, el que en esta residencia no existan comedores mixtos: los hombres no comen con las mujeres, ni pueden verse en sus respectivas plantas fuera del horario de visita. Entre los usuarios hay solamente un matrimonio. Uno de los cónyuges, persona con discapacidad, se halla ingresado en la planta de asistidos, y el otro, en la de válidos. Es presumible que el bajo porcentaje de matrimonios que se observa en esta institución se

deba al efecto disuasorio que la rigidez de las reglas consuetudinarias, en materia de relación entre sexos, tiene sobre los posibles solicitantes casados. En cualquier caso, algunos residentes y miembros del personal señalan la existencia de un ambiente desfavorable a la constitución de parejas entre los usuarios, ya que las actitudes ante este tipo de comportamientos son poco respetuosas y comprensivas.

b) Derecho a la libre elección

Obviamente, los aspectos relacionados con la libertad de elección atañen también más o menos directamente a la dignidad personal. En realidad, todos los aspectos que se consideran con relación a la atención personal afectan simultáneamente a diferentes valores, sea al derecho a la independencia, a la libre elección, a la dignidad, a la privacidad, etc. No hará falta, en consecuencia, que se repitan los indicadores analizados a la hora de ilustrar un ámbito determinado, el de la intimidad por ejemplo, para analizar otros aspectos como, pongamos por caso, la libre elección.

El hecho de que se despierte a los residentes a una hora determinada puede afectar sin duda a la libertad de elección -posibilidad de elegir libremente entre una serie de opciones-, a la independencia -posibilidad de pensar y actuar sin necesidad de referirse a otra persona, incluida la posibilidad de asumir cierto grado de riesgo calculado-; y desde luego, a la dignidad personal. En cualquier caso, el sistema de "toque de diana", que se expresa en la obligación de estar en la mesa a la hora del desayuno, se practica en la Residencia Asistida de Leioa, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Sta. y Real Casa de Misericordia. Algunos directores justifican la práctica, al margen de necesidades del servicio, como medida para evitar la vigilia nocturna, y en algún caso, concretamente en el Geriátrico S. Esteban, se impide que los ancianos concilien el sueño durante el día, agitándoles o llamándoles en voz alta al primer síntoma de adormecimiento, mientras que en el Centro Julián Rezola se dispensa ayuda para meterse en la cama a la hora de la siesta, sólo bajo indicación médica. También en este centro las horas de acostarse son fijas, al igual que en la Residencia Asistida de Leioa, Geriátrico S. Esteban, Clínica Alava y Sta. y Real Casa de Misericordia.

Las visitas son libres, sin un horario establecido, únicamente en la Residencia de Amurrio, Residencia S. Roque, Clínica Alava, Residencia S. Prudencio y Caserío Agirretxu. En la Residencia Sta. M^a Magdalena se recomienda no recibir visitas en las habitaciones dobles o triples. En el Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Sta. y Real Casa de Misericordia se prohíbe recibir visitas en las habitaciones, y únicamente en la Residencia Asistida de Leioa, en la cafetería de la institución, existe la posibilidad de invitar a comer a personas del exterior. En esta residencia sin embargo, al igual que en el Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, en el Geriátrico

S. Esteban y en la Residencia Municipal Sagrado Corazón, no les está permitido a las familias pernoctar en el centro, ni tan siquiera en situaciones especiales. Se observa pues, en algunas instituciones, cierta tendencia a establecer normas restrictivas con el fin, posiblemente, de facilitar ciertas tareas, o de simplificar su organización, y quizá también como forma de evitar posibles riesgos.

Así por ejemplo, se prohíbe el consumo de alcohol en las habitaciones en la Residencia de Amurrio, en la Residencia S. Roque y en la Residencia Zorroaga, y de forma total y absoluta en el Geriátrico S. Esteban, donde no se permite ni un vaso de vino en las comidas. En esta institución las restricciones de la libertad son quizá especialmente numerosas. Concretamente, se prohíbe hacer uso de las habitaciones durante el día, tampoco se puede tener comida y no está permitido fumar. Por contra, algunos residentes de la Residencia Asistida de Leioa se quejan porque los fumadores, tanto trabajadores como residentes, no respetan los derechos de los no fumadores.

Ya nos hemos referido a la escasa personalización que muestran en general las habitaciones. Es cierto que, como hacen observar algunos responsables de residencias, muchas veces resulta difícil estimular a las personas ancianas para que las decoren o adornen a su gusto, pero, sin ignorar las razones de orden psicológico y cultural que contribuyen a explicar cierto grado de desinterés e incluso de desidia, no cabe duda de que se contribuye poco a fomentar el interés por la mejora del hábitat y, en última instancia, del bienestar personal, prohibiendo el traslado de enseres propios a la habitación -cosa que ocurre en el Centro Julián Rezola, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón y Sta. y Real Casa de Misericordia-, o impidiendo el cambio de situación de los muebles, lo que ocurre en la Residencia Asistida de Leioa, Centro Julián Rezola, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Geriátrico S. Esteban, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Clínica Alava y Sta. y Real Casa de Misericordia.

Cosas tan elementales como frecuentes en la comunidad, y tan beneficiosas en el plano afectivo para las personas ancianas, como la posesión en la habitación de un animal doméstico, sea un pez o un pájaro, están permitidas únicamente en la Residencia de Amurrio y en el Caserío Agirretxu. La preparación de un plato frío en la habitación, o de un café o una infusión, es posible sólo en la Residencia S. Prudencio y en el Caserío Agirretxu, en ese caso en la cocina. En este último centro, así como en la Residencia Asistida de Leioa, Residencia Zorroaga y Residencia Municipal Sagrado Corazón, se permite el lavado de prendas menores en la habitación. En la Residencia Sta. M^a Magdalena de Hernani, en algunas de las salas, disponen de una pequeña cocina para que los propios residentes preparen platos.

En general, los residentes tienen asignado un lugar en el comedor, y no pueden cambiarlo sin solicitar permiso, exceptuando el caso de la Residencia S. Roque, del Caserío Agirretxu y de la Residencia S. Prudencio, donde existe cierta elasticidad en el horario de desayunos almuerzos y cenas, ya que, durante un período de tiempo variable, la comida está disponible para los resi-

dentés. Se ofrece la posibilidad de elegir, como mínimo, entre dos menús alternativos, en la Residencia Asistida de Leioa, Residencia S. Roque, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista, Sta. y Real Casa de Misericordia, Residencia S. Prudencio y Caserío Agirretxu.

Puede decirse que, como norma general, las rutinas de limpieza, así como los horarios de comida y aseo, están excesivamente condicionados por cuestiones ligadas a la organización y al personal, sin tener en cuenta, en la medida en que sería deseable, las necesidades de los usuarios. Así por ejemplo, solamente en la Residencia S. Roque y en el Caserío Agirretxu la limpieza de las habitaciones se ajusta en su horario a los deseos de los residentes. En algunos casos, las necesidades de horario del personal obligan a que la distribución de las comidas a lo largo del día no sea todo lo racional que debiera, lo que se traduce, de ordinario, en el adelantamiento del servicio de cenas y en el retraso del servicio de desayunos, ajustándolos a un horario más cómodo para el personal, pero que, como mínimo, tiene la consecuencia de que algunos períodos entre comidas resulten excesivamente largos, y otros, excesivamente cortos. En el Geriátrico S. Esteban, por ejemplo, las cenas comienzan a servirse a las 18.00 horas de manera que a las 20.30 todos los residentes se encuentran acostados. Es fácil comprender que, si bien con ese horario se logra que el personal de tarde abandone su trabajo a una hora más acorde con el horario ordinario de la generalidad de los trabajadores, no resulta el más indicado para enriquecer las relaciones sociales de los residentes.

En la misma línea, sucede con frecuencia que se tiende a facilitar, simplificar o hacer rutinario el servicio en detrimento de los deseos y necesidades de los usuarios, comprometiendo incluso su bienestar muy seriamente. En este sentido, el uso de material desechable, aún representando, en general, un avance indudable en lo referente a la mejora de la calidad de vida de los residentes y de las condiciones de trabajo de sus cuidadores, facilita también -pensemos en la aplicación generalizada de pañales en los casos de incontinencia- el trato indiscriminado de problemáticas muy específicas que requieren respuestas personalizadas. En el Centro Julián Rezola, Residencia Zorroaga, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Clínica Alava y Sta. y Real Casa de Misericordia, se observa cierta tendencia a hacer más sencillo o cómodo el servicio, incluso en detrimento de los residentes.

c) El problema específico de la incontinencia

El adecuado tratamiento de la incontinencia, junto con la diversidad, calidad y abundancia de las comidas, así como la privacidad en las habitaciones, constituyen las reivindicaciones más sentidas de los ancianos que ingresan en residencias.

Ya se ha señalado que la mayoría de las cuestiones analizadas afectan indistintamente a diferentes ámbitos, sea el de la privacidad, el de la dignidad o el de la libre elección, y éste de la incontinencia constituye, sin duda, el

ejemplo más claro. En efecto, este problema, de elevada incidencia entre la población ingresada en residencias, repercute en numerosos aspectos de la vida: afecta, desde luego, a la dignidad personal, limita la libre elección y, en general, la calidad de vida, pero no es menos cierto que su inadecuado tratamiento suele tener, si cabe, repercusiones más graves.

Entre las recomendaciones de la Sociedad Británica de Geriátrica¹⁷, para una buena calidad asistencial en residencias de ancianos e instituciones de larga estancia, las referentes a la promoción de la continencia fecal y urinaria ocupan un lugar destacado. La entidad, de reconocido prestigio, señala al respecto que cada centro debería contar con un manual sobre la materia, redactado en un lenguaje de fácil comprensión, para uso de todo el personal, y subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinar del problema. Aunque todos los manuales de buena práctica incorporan elementos para la confección de planes individuales de cara a la promoción de la continencia, ninguno de los establecimientos estudiados dispone de tales instrumentos. Obviamente, para un adecuado tratamiento de la incontinencia resulta imprescindible contar con una suficiente dotación de servicios de WC, y lo que es más difícil, la necesaria disponibilidad del personal para ayudar a las personas que lo requieren, precisamente en el momento en que lo requieren.

Lamentablemente, en la Residencia Asistida de Leioa, Centro Julián Rezola, Residencia Zorroaga, Residencia Municipal Sagrado Corazón, Clínica Alava y Sta. y Real Casa de Misericordia los residentes que precisan ayuda no pueden ir al servicio cuando lo desean.

Constituye una práctica bastante común la de recurrir a la colocación de pañales y sondas, y facilitar el traslado al retrete o realizar el cambio sistemáticamente a una hora determinada. Algunos residentes consideran que esta práctica les resulta degradante, y en el caso de la Residencia Asistida de Leioa, concretamente, le atribuyen la responsabilidad de un alto índice de llagas e irritaciones, sobre todo porque en algunas noches no se cambia a todas las personas que lo precisan. En la Residencia Municipal Sagrado Corazón muchos residentes permanecen sentados en sillas con inodoro, y en la Clínica Alava, donde se ofrece la posibilidad de ayuda para acudir al WC a media mañana y a media tarde, algunos residentes se lamentaban de que, en ciertas ocasiones, en lugar de dicha ayuda se les ofreciese la posibilidad de hacer uso de bacinillas.

Es preciso señalar que el personal no es consciente, en muchos casos, de la importancia que reviste para las personas ancianas el adecuado manejo de su problema de incontinencia. Se alude a veces al natural empeño de los residentes por controlar su incontinencia haciendo uso del WC, y al rechazo, por tanto, del recurso sistemático al pañal como una "manía" propia de la edad,

¹⁷Recomendaciones que datan de 1992 de la British Geriatrics Society, en colaboración con el Royal College of Physicians of London. Puede encontrarse una traducción del texto en *Rev. Esp. Geriat. Gerontol.*, 27, sup. 1 (53-57), 1992.

ilustrativa de la pérdida de facultades. Alguna supervisora se refería a este legítimo, e insistimos, natural deseo, como “una auténtica obsesión”. En contraste con esta actitud poco comprensiva, algunos residentes realizan esfuerzos verdaderamente extraordinarios por mantener su autonomía y preservar su dignidad haciendo uso del WC. Sirva el ejemplo de una mujer ciega, con una pierna amputada, residente de la Clínica Alava, la cual, al no haber su silla en el WC, se ve obligada a realizar lo que en su caso constituyen arriesgadas acrobacias para alcanzar el inodoro.

d) Respeto a la dignidad

No es necesario insistir en que prácticamente todas las cuestiones analizadas inciden simultáneamente en diferentes niveles relativos a la dignidad de los residentes. Dificilmente las restricciones en la libre elección pueden no afectar a la dignidad personal, y otro tanto cabe decir en relación con la falta de privacidad. El tratamiento inadecuado de la incontinencia, que acabamos de examinar, constituye un buen ejemplo de desconsideración de la dignidad de los residentes y de su derecho a la privacidad.

Así pues, aunque bajo el epígrafe denominado Respeto a la dignidad podrían recordarse la mayoría de los aspectos ya considerados, vamos a referirnos exclusivamente al tratamiento de las conductas irregulares que se da en algunas instituciones, y trataremos de ilustrar una problemática que sin duda alguna es mucho más general.

Lo primero que cabe señalar a este respecto es que la carencia de normativa o de reglas escritas de funcionamiento interno -de hecho, como ya se ha tenido ocasión de señalar, muchas instituciones carecen de reglamento interno- da pie a que circulen numerosas historias, falsas o verdaderas, acerca de los severos castigos que merecieron en el pasado determinadas conductas irregulares, lo que favorece un clima de temor e inseguridad¹⁸. Obviamente, la misma carencia reglamentaria hace que para muchos residentes no esté demasiado clara la frontera que delimita lo tolerable y lo irregular, y eso mismo constituye un motivo de incertidumbre.

En cualquier caso, la cuestión de las sanciones en los establecimientos residenciales dentro de la cuestión más general de los derechos y obligaciones del personal y de los usuarios requieren que se establezca, mediante el instru-

¹⁸En la Residencia Municipal Sagrado Corazón algunos residentes notificaban que, como respuesta a la “fuga” de una pareja, se había procedido a la expulsión de la mujer. De ser cierta la historia, no sería difícil deducir las razones por las que fue la mujer, y sólo ella, la expulsada. En la Santa y Real Casa de Misericordia se daba por cierta la expulsión de cuatro “rebeldes” en el pasado. Señalamos estos hechos, que no han sido verificados, porque ilustran la existencia de un clima de temor a la expulsión por razones difusas; y que podría, si no deberse, sí al menos verse favorecido por la ausencia de la oportuna normativa.

mento jurídico adecuado, una tabla de infracciones y sanciones que permita a los residentes conocer qué conductas no son admisibles y la sanción que se deriva de la comisión de esas conductas.

El principal motivo para la imposición de sanciones es sin duda el abuso del alcohol que, aparentemente, tiene una elevada incidencia en algunas instituciones. Es frecuente que a quienes, como resultado de una intoxicación etílica, perturban el orden institucional, se les aisle o se les impida la salida durante un período de tiempo determinado. En la Residencia Zorroaga, que se encuentra bastante alejada del centro urbano, ello se consigue mediante el control del servicio de transporte propio del establecimiento, pero más frecuente parece ser el procedimiento de privar al interesado de la ropa de calle, como es el caso de la Sta. y Real Casa de Misericordia de Bilbao.

El manejo del problema del alcoholismo no es ciertamente sencillo, pero someter a quienes lo padecen a un tratamiento próximo al escarnio no constituye la mejor manera de abordarlo.

Hay que decir que, en varios establecimientos, los propios trabajadores reconocen que se suele tratar a los residentes con altivez. Para ilustrar la situación nos referiremos al caso de un establecimiento en el que la calidad asistencial resulta del mejor nivel, como es la Residencia de Amurrio.

En esta residencia, el personal tiende a manifestar de manera bastante generalizada que no se trata a las personas ancianas con la amabilidad necesaria. Sin embargo, ningún residente era de ese parecer. Ello indica probablemente, al margen de que los trabajadores de esa institución puedan sentirse con un mayor margen de libertad subjetiva para manifestar su opinión, que los residentes aceptan como normal un tratamiento que aquéllos considerarían inadecuado. También indica quizá -insistimos en que la calidad asistencial de la Residencia de Amurrio, debido en gran medida a su personal, resulta satisfactoria en términos absolutos y altamente satisfactoria en términos relativos- que la situación es mucho más delicada en otros establecimientos con problemas de personal mucho más graves, derivados de su cuantía, cualificación u organización.

Se han observado indicios de trato incorrecto en la Misericordia de Bilbao. Concretamente, una auxiliar insultaba a un residente en presencia de los evaluadores. También se ha observado que los ancianos, a la hora de mantener las entrevistas, tenían estar controlados y recibir represalias por criticar la institución. Algunos hicieron referencia a que en ocasiones se les propinaban pellizcos y coscorriones.

Naturalmente, hay que admitir la posibilidad de que las manifestaciones recogidas estén influenciadas por factores psicológicos y culturales ajenos al tratamiento que reciben los ancianos en las instituciones, y que sean más o menos fantasiosas. Pero es evidente que la relación personal-anciano suele ser demasiadas veces de tal naturaleza, que puede dar pie, como mínimo, a interpretaciones erróneas. Evidentemente, la desaparición de la cultura del capón "cariñoso" daría lugar a menos equívocos.

El temor a recibir represalias por criticar la institución, al que aludían algunos residentes en las conversaciones con los evaluadores, así como el fatalismo que con frecuencia exhibían -"para qué nos vamos a quejar", "toda la vida pobres, hemos aprendido a sufrir", son algunas de las manifestaciones más frecuentes-, pueden ser atribuibles a factores psicológicos y culturales ajenos al tratamiento que reciben en los establecimientos residenciales, pero haríamos mal en desconsiderar la posible base real de tales aseveraciones.

No cabe duda de que debe influir en el conformismo de algunos residentes la conciencia de que su aportación económica no es suficiente para sufragar los gastos que ocasiona su atención. En la Residencia S. Roque es probablemente donde resulta más evidente la presión que se ejerce sobre los usuarios con los problemas económicos de la institución. En la Misericordia de Bilbao, una residente manifestaba que se había visto obligada a trabajar cuatro años en la lavandería, porque "no cobraba pensión y de alguna forma debía contribuir a su mantenimiento".

La participación de los residentes en las tareas de la casa o en la atención de convecinos con limitaciones en su autonomía sería útil y beneficiosa para la mayoría de ellos. Sin embargo, esta contribución debe reglamentarse y solicitarse adecuadamente con el fin de que, por una parte, ningún residente se sienta obligado a prestarla en razón de su situación económica y, sobre todo, para que no dé pie a la constitución de una subcategoría de residentes marcada por su obligación laboral.

7.3.6. El tratamiento de la muerte en las instituciones residenciales

En principio, las residencias tienen como misión prestar la atención que precisa el anciano hasta su muerte. Ello implica, naturalmente, que deben contar con los medios materiales y humanos necesarios para dispensar los cuidados adecuados a las personas en situación terminal, siempre que no requieran una atención especializada que exija a su vez el traslado a un centro hospitalario. El personal debe contar con la necesaria formación para informar adecuadamente a los allegados y a los compañeros del fallecido, y en general para que, llegado el caso, puedan tratar con los residentes el tema de la muerte de manera comprensiva, haciéndose cargo de las posibles voluntades y disposiciones de los ancianos.

Esta cuestión, importante en sí misma, sirve, por otra parte, para poner de manifiesto algunos de los puntos débiles de la atención residencial.

En primer lugar, hay que hacer constar que la muerte, como la enfermedad o la invalidez, no son tratadas en el ámbito residencial. Al menos así lo manifiestan la mayoría de las personas entrevistadas, tanto residentes como trabajadores, quienes, por otra parte, tienden a considerar que sería conveniente ocuparse de esas cuestiones. Sin embargo, no existe un clima propicio para ello y los trabajadores tampoco reciben el asesoramiento que sería nece-

sario. Así pues, la cuestión revela una falta de comunicación, de asesoramiento y de reciclaje del personal.

La muerte en el ámbito residencial pone también de manifiesto la desconsideración de aspectos que afectan a la intimidad y a la dignidad personal. Es conocido que aumenta la seguridad de las personas ancianas el saber que no van a ser trasladadas de su habitual lugar de residencia para morir. Las atenciones necesarias deben prestarse, dentro de lo posible, en la propia habitación y no en "unidades especiales" que se asocian rápidamente con la muerte.

El adecuado tratamiento de los moribundos encuentra la dificultad de las habitaciones compartidas, ya que resulta difícil conciliar en ellas la voluntad íntima de todas las partes implicadas, incluida la de los familiares y amigos que desean acompañar a la persona querida, y la de los compañeros de habitación, los cuales se sienten perturbados e invadidos a su vez en su propia intimidad. En algunos centros, como es el caso del Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista de Portugalete, se reserva una habitación para los agonizantes, pero como se ha indicado, ese procedimiento no parece el más adecuado.

En general, el hecho de la muerte se trata con demasiada reserva en la mayoría de los centros, de manera que, en los de elevado número de plazas, puede ocurrir que algunos residentes no tengan noticia de fallecimientos hasta transcurridos varios días, cuando captan la ausencia de algún residente en el comedor -un residente de la Residencia Asistida de Leioa nos señalaba al respecto: "nos gustaría enterarnos cuando mueren nuestros vecinos"-; ello refleja, en cierta forma, la pobreza de las relaciones sociales en el medio residencial.

Señalemos finalmente que los fallecimientos, o para ser más exactos, las dificultades acerca de la preceptiva certificación de defunciones revela también la existencia de algunos problemas en la organización médico-administrativa. Como consecuencia de ello se han podido dar circunstancias tan lamentables como que el cadáver haya tenido que permanecer varios días en su habitación, en algún caso compartida, a la espera de que el médico de cabecera extendiese el certificado de defunción. Ocurre, en efecto, que los médicos de urgencia, que son requeridos los días de fiesta para certificar la muerte, eluden tal responsabilidad y derivan al médico forense, quien preceptivamente debe realizar la autopsia, si bien es cierto que, en algunos casos, se resuelve la situación sin recurrir a ella tras el acuerdo entre ambos facultativos.

Resulta sintomático de las dificultades relacionales existentes en algunos centros, el hecho de que la citada circunstancia pueda constituir un problema grave, incluso contando la institución con uno o incluso más médicos en plantilla. Por tanto, debe imputarse, en una importante medida, a la falta de entendimiento entre las partes, la existencia de este problema, cual es la dificultad para hacer frente a una situación -la que deriva de la necesidad de certificar también los fallecimientos que se producen al inicio de un período de días festivos- que, por gracia o por desgracia, no puede ser muy frecuente a lo largo del año. En efecto, ni los óbitos ni los "puentes" son tan numerosos a lo

largo del año como para que ambas circunstancias puedan coincidir habitualmente.

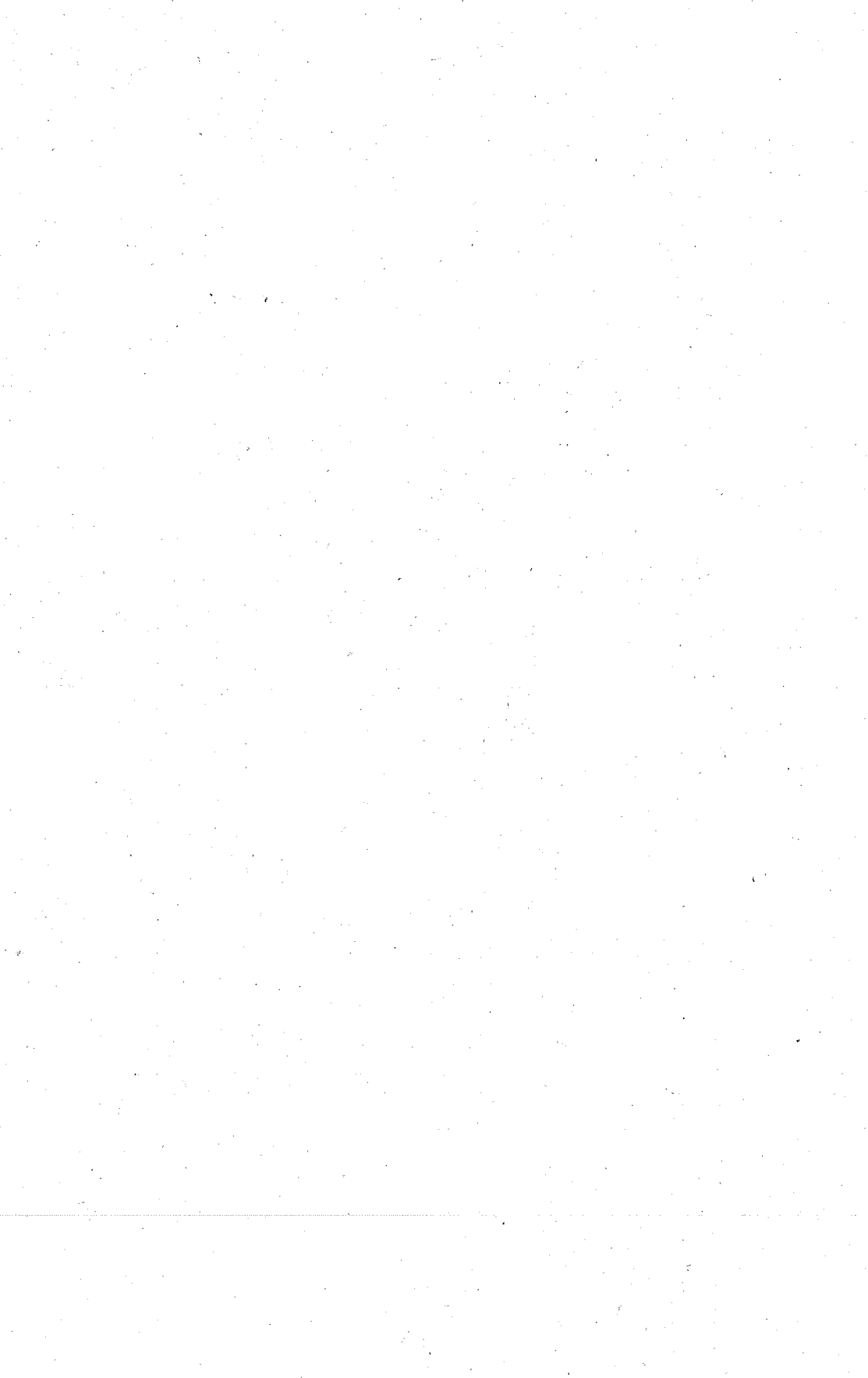
Una vez más, el personal de la Residencia Asistida de Leioa se muestra especialmente perturbado por esta circunstancia. Algunos trabajadores señalaban que “los cuerpos de los fallecidos en puente o fin de semana deben esperar a la llegada de los médicos el primer día laborable”, y especificaban incluso que “a veces, los cuerpos han estado hasta tres días en una habitación compartida porque, si bien se procura trasladar al compañero, puede ocurrir que no haya camas libres”.

El problema, sin embargo, no se circunscribe a dicha residencia. En circunstancias totalmente distintas, por no decir opuestas, en el caserío Agirretxu de Berango concretamente, se dió la circunstancia de que tuvieron que esperar cinco días hasta lograr el certificado de defunción, según notificaba la responsable.

Insistimos una vez más en que estas, llamémosles lamentables disfunciones administrativas y/o competenciales en torno a la muerte, constituyen el reflejo de penurias de muy diverso orden. Revelan desde carencias materiales, como la falta de lugar apropiado para el acomodo del cadáver o del compañero de habitación del difunto, hasta, lo que resulta más grave, falta de entendimiento y restrictiva o cicatera interpretación de derechos y obligaciones¹⁹.

Se ha hecho famosa, como paradigma del absurdo conflicto competencial, la discusión suscitada acerca de la obligación de trasladar un cadáver, entre los trabajadores de atención directa -de ancianos vivos, interpretaban ellos, y no de cuerpos inertes- y los de servicios auxiliares, quienes consideraban que, inerte o no, el cuerpo correspondía a un residente y, en consecuencia, debían manejarlo los cuidadores.

¹⁹En la especificación técnica nº 19 del anexo II del decreto 218/1990 se regula la exigencia de un área de mortuorio.



CAPITULO VIII

RECAPITULACION

8.1. CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA RESIDENCIAL. LAS RESIDENCIAS: UN RECURSO ESCASO DENTRO DE LA RED DE SERVICIOS SOCIALES

No cabe duda de que nuestra sociedad ha ido superando la vieja "ideología de la beneficencia" que presidía la acción de las viejas casas de misericordia. Es cierto, sin embargo, que tales antecedentes influyen todavía en la realidad de las instituciones residenciales y en la percepción de dicha realidad por parte de sus usuarios.

Muchas personas tienden a ver las residencias como el "último refugio" en el que se ingresa a falta de otra solución, cuando así lo imponen la soledad, la penuria económica o la carencia de vivienda. Es lógico, en consecuencia, que se sigan asociando, en alguna medida, al fracaso personal, y se las considere como la consecuencia y culminación de un fracaso de vida.

El carácter discrecional que, en gran medida, todavía conservan los servicios sociales en general y los residenciales en particular, no favorece, obviamente, la actitud crítica de los usuarios ni de sus familias. Esto, unido a otros factores de índole económica, social, psicológica y cultural, entre los que cabe destacar el déficit de la oferta asistencial, hace que los usuarios tiendan a dar por bueno lo que reciben y sean muy escasas -incluso aceptando un adecuado nivel general de atención- las reclamaciones que se realizan, tanto en términos absolutos como en términos relativos.

En base a las aludidas razones ideológicas, aunque amparándose en otros argumentos como las peculiares características psicológicas de los ancianos, los responsables de algunas instituciones no realizan el esfuerzo que sería deseable para garantizar y favorecer la participación de los usuarios en la toma de decisiones que afectan directamente a su vida.

En este contacto el "espacio residencial" debe ser considerado como de elevado riesgo desde el punto de vista de conculcación de derechos. En efecto, a pesar del avance que en las últimas décadas ha tenido lugar en la atención de las personas ancianas en residencias, es preciso tener presente que, la mayoría de ellas, continúan siendo "instituciones totales".

Por otra parte, las características físicas y psicológicas, y también de orden cultural de muchos residentes, les hacen especialmente vulnerables a las prácticas abusivas, y desde este punto de vista, constituyen sin duda un "grupo riesgo", cuya situación exige especial control y vigilancia.

La consideración del trato recibido como abusivo está condicionado culturalmente. Quiere decirse que lo que para determinadas personas, en determinados espacios de vida, constituye un comportamiento claramente abusivo, calificable de mal trato, puede no serlo en otro espacio o ante otras personas. Es difícil, en consecuencia, deslindar claramente la frontera entre las conductas abusivas y las tolerables.

En las instituciones estudiadas no existen evidencias de malos tratos en el sentido en que comúnmente suele interpretarse el término, es decir, tomando como referencia las situaciones escandalosas que con demasiada frecuencia saltan a las páginas de sucesos de los periódicos. Pero no cabe duda de que en la práctica asistencial de algunos establecimientos, condicionada por una peculiar cultura institucional no desprovista del todo de restos de la ideología asilar, cabe reconocer procedimientos y descubrir carencias inconcebibles en otros ámbitos de la sociedad.

Es por ello por lo que, al margen de reformas técnicas y materiales, la mejora de la calidad asistencial y, obviamente, la erradicación de situaciones de abuso exige la superación de la ideología benéfico-asilar, la correcta definición de los objetivos de la atención residencial y el debate permanente de las instituciones y personas implicadas, con el fin de desarrollar una cultura que garantice la libertad y respete la dignidad de las personas ancianas. En esta tarea, se muestra fundamental la función promotora que deben ejercer los poderes públicos.

Es evidente que el grueso de la problemática relacionada con el abuso y el mal trato, igual que las situaciones de abandono y extrema precariedad, deben darse en los domicilios particulares, aunque sólo sea porque prácticamente el 97% de la población está atendida -o desatendida- fuera del marco institucional.

Existe la evidencia de que un elevado número de ancianos gravemente discapacitados viven en la comunidad en situaciones muy difíciles, comprometiéndose seriamente la felicidad del entorno familiar y, a veces, en condiciones infrahumanas que, felizmente, resultan inimaginables dentro del marco institucional.

Ignorando dichas situaciones, buena parte de la oferta pública de servicios exigía, y aunque los criterios de admisión hayan variado en este sentido, exigen todavía un elevado nivel de autonomía personal a los solicitantes de plaza, tratando de asumir, en consecuencia, la problemática menos grave y, dejando a cargo de la comunidad, la que plantea exigencias de atención más intensas.

Es cierto que en los últimos años se han realizado esfuerzos importantes para desarrollar la oferta de servicios de atención alternativos y/o complementarios a los de carácter residencial y el ejemplo más ilustrativo en este sentido lo constituye quizá la atención domiciliaria.

Algunos estudios ponen de relieve que la demanda de plaza residencial viene motivada, en muchos casos, por la carencia de apoyos o ayudas -a veces meramente económicas- para continuar en la comunidad o simplemente

te en previsión de futuras carencias, por lo que servicios más ligeros y de menor coste podrían satisfacer en buena medida las necesidades de muchos ancianos en lista de espera.

Por otra parte, prácticamente todas las encuestas ponen de relieve que sólo una minoría de ancianos optarían de buen grado por una solución de tipo residencial.

No es menos cierto sin embargo que, en muchos casos, los denominados servicios alternativos cuya cobertura, a pesar del esfuerzo institucional al que se ha aludido, es menor que la de países de nuestro entorno con superiores tasas de atención residencial, no constituyen sino malos paliativos de ésta.

Hay que tener en cuenta además que, aun siendo cierto que la inmensa mayoría de las personas ancianas desean eludir el ingreso en una institución, la alternativa residencial con el actual nivel de oferta, sólo es posible para el 3,34% de la población anciana, proporción ésta que debe resultar inferior sin duda a la constituida por quienes necesitan y desean atención residencial.

Actualmente existen en la Comunidad Autónoma del País Vasco un total de 8.890 plazas residenciales. La tasa de cobertura, en relación con la población de 65 y más años, 3,34%, varía sustancialmente de Alava a Bizkaia y Gipuzkoa: 5,08% en el primer caso y 3,1 y 3,4% respectivamente en los dos territorios restantes.

La titularidad de prácticamente la mitad de las plazas es pública y una cuarta parte adicional está regida por fundaciones, que en su mayoría son también públicas. El 17% del total de plazas las gestionan instituciones sin fin de lucro y, en consecuencia, no llegan al 10% las que pertenecen, estrictamente, al sector privado.

Las empresas privadas, prácticamente inexistentes en Alava y en Gipuzkoa, ostentan la titularidad del 30% de las instituciones residenciales vizcaínas y prácticamente del 17% de las plazas.

En Alava destaca el papel directo de Diputación y en Gipuzkoa el esfuerzo mayor lo llevan a cabo las corporaciones locales, puesto que ostentan la propiedad y llevan a cabo la gestión de más de la mitad de las plazas, sin contar su intervención a través de fundaciones. En el Territorio Histórico de Bizkaia las fundaciones, las empresas privadas y las instituciones sin fin de lucro tienen un mayor peso específico.

La insuficiencia del esfuerzo institucional para hacer frente a la demanda residencial se pone de manifiesto con la existencia estimada de más de 6.000 ancianos encamados o confinados en un sillón, dentro de la población total, y de un colectivo adicional superior a las 8.000 personas que no pueden atender a su aseo personal o vestirse solas.

Frente a este colectivo de más de 14.000 personas con gravísimos problemas de autonomía, no llegan a 3.500, la cuarta parte, los ancianos de similares niveles de discapacidad atendidos en instituciones residenciales.

La oferta de plazas residenciales existente en otros países de nuestro entorno y las cifras que se aceptan comúnmente en trabajos de planificación, apuntan hacia un stock de camas equivalente al 5% de la población de 65 y

más años, proporción ésta que coincide precisamente con la que se da en el territorio alavés.

De cara a la evaluación de necesidades, hay que tener en cuenta, además, el paulatino incremento de la población anciana. No debe olvidarse al respecto que un incremento de las plazas equivalente al 21% en los últimos diez años se ha traducido en un aumento de tan sólo un 4% en la tasa de cobertura.

La previsión de una tasa de cobertura del 5% el año 2016 significa incrementar el actual stock de camas en prácticamente un 120%, para llegar a las prácticamente 20.000 necesarias, es decir; a un ritmo de crecimiento de casi 500 plazas anuales.

Incluso el sostenimiento del actual nivel de cobertura exige un crecimiento del 50% de las plazas existentes en un período de 25 años, a un ritmo de 160 nuevas anuales, con el fin de llegar a las 13.000 necesarias para albergar el 3,34% de la población anciana el año 2016.

El incremento derivado de la necesidad de reformar un número indeterminado de las plazas existentes, para adaptarlas a los requerimientos del decreto 218/1990 o ajustarlas a las necesidades de usuarios más ancianos y con mayor nivel de discapacidad, no es tenido en cuenta en los cálculos señalados en el apartado anterior.

Simplemente la necesidad de eliminar las habitaciones de tres o más ocupantes exigiría la transformación de cerca de 1.000 camas residenciales.

8.2. REGIMEN JURIDICO DE LA PRESTACION ASISTENCIAL RESIDENCIAL EN LA CAPV

La incorporación de los derechos sociales a las normas constitucionales, como manifestación del Estado social, ha supuesto un importante paso en el camino de la superación de la concepción benéfica con la que se entendía la asistencia social, y en la significación de ésta como un derecho.

En la manera en que se configura la asistencia social, debemos entener que la misma es comprensiva de distintas submaterias que vienen definidas en función de sus destinatarios. Es así que las actuaciones de tercera edad forman parte de un derecho genérico a la asistencia social.

El estudio de la relación jurídico-administrativa de la prestación asistencial de la tercera edad nos ha llevado a detenernos en la necesidad de determinar cuáles son los destinatarios de la misma.

A pesar de que, genéricamente, la tercera edad suele entenderse vinculada a la edad de jubilación laboral, es conveniente que la norma que regule los servicios sociales residenciales declare expresamente quiénes son los destinatarios de este servicio.

Para poder determinar el alcance del derecho de los ancianos a la prestación asistencial, es preciso analizar la naturaleza del mismo.

Cuando la CE contempla el derecho a la protección de la tercera edad, lo hace en el epígrafe correspondiente a los principios rectores de la política social y económica. Ello supone que forma parte de los principios que deben informar la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos.

Sin perjuicio de que la Ley 6/1982 de Servicios Sociales del País Vasco no ha concretado el contenido de este derecho, ateniéndonos a la doctrina más avanzada, puede entenderse que, lejos de ser una facultad discrecional de los poderes públicos, existe un deber de los mismos para crear los servicios sociales que hagan efectivos los mandatos constitucionales.

Si en lo que respecta a la plena exigibilidad por parte de los destinatarios del derecho, éstos se encuentran con la dificultad inherente a la falta de su adecuado desarrollo legal, no ocurre sin embargo lo mismo con el derecho que tienen a ocupar una plaza en las residencias existentes en la CAPV.

En efecto, los titulares del derecho a los servicios sociales previstos en la ley 6/1982 del País Vasco que tengan la condición de ancianos tendrán un derecho a acceder en condiciones de igualdad. Por ello, la denegación arbitraria de una solicitud puede ser emplazada ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

La actuación del Ararteko muestra gran parte de su razón de ser en la protección de estos derechos, cuya tutela judicial tiene dificultades adicionales.

La incorporación de los derechos sociales, como tales derechos, hace necesaria la determinación de cuáles son los poderes públicos a los que compete la prestación de los mismos.

La CAPV, a través del Estatuto de Autonomía, asumió las competencias exclusivas en materia de asistencia social, y a la misma corresponden las funciones legislativa y ejecutiva en esta materia.

En el seno de la comunidad autónoma, y en función de la distribución de la denominada Ley de Territorios Históricos, corresponde al Parlamento y Gobierno vascos el ejercicio de la competencia legislativa y de desarrollo normativo en materia de asistencia social y de tercera edad.

A los territorios históricos les corresponde la ejecución de la legislación autonómica en materia de asistencia social, sin perjuicio de la acción directa de las instituciones comunes.

La Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las Instituciones Comunes y los Organos Forales de los Territorios Históricos, y la posterior LRBRL, así como el importante esfuerzo que durante esta década han realizado los poderes públicos, plantean la necesidad de proceder a una adaptación de las previsiones contenidas en la Ley 6/1982 de Servicios Sociales del País Vasco.

La adaptación competencial no debe constituir el único motivo para proceder a una modificación normativa. Será necesario regular, además, aspectos que configuren un auténtico marco de garantías de los derechos del usuario de los servicios sociales, y, por tanto, de los residentes de centros de tercera edad.

El ámbito de relaciones de sujeción especial en que se sitúan los destinatarios de los servicios residenciales de tercera edad conlleva importantes consecuencias jurídicas, y entre éstas, algunas suponen restricciones en el ejercicio de algunos derechos fundamentales.

Esa especial relación de sujeción de los usuarios de las residencias de tercera edad, de ningún modo puede, sin embargo, suponer limitaciones injustificadas de sus derechos.

Los derechos fundamentales tienen eficacia, aun en este ámbito de relaciones, y sólo pueden ser restringidos si la Constitución los reconoce y son necesarios para el funcionamiento eficaz de las instituciones concretas.

La técnica utilizada no es adecuada, y por ello, la nueva ley de servicios sociales deberá contemplar una tabla de derechos y deberes de los usuarios de estos servicios.

Por medio del decreto 218/1990 del Gobierno Vasco tuvo lugar una aproximación al establecimiento de algunos derechos.

La relación a la que nos venimos refiriendo es la que surge como consecuencia del ingreso en una residencia, lo que constituye una dificultad, dada la insuficiente oferta de plazas.

Es por ello que el propio acceso a los servicios residenciales debe ser objeto de regulación, en base fundamentalmente al principio de igualdad que ha de informar el acceso a todos los servicios públicos.

Las modificaciones que la nueva normativa sobre servicios sociales deberá incorporar, con el fin de configurar un marco garantista de los derechos sociales, son las siguientes:

- a) El establecimiento de una tabla de derechos de los usuarios de servicios sociales.
- b) La regulación de un régimen garantizador del derecho de acceso a los servicios sociales en condiciones de igualdad.
- c) La fijación de una tabla de deberes de los usuarios como garantía de los derechos de los demás residentes.
- d) Plasmación del Derecho administrativo sancionador en el ámbito de la relación jurídica de asistencia social residencial, con la regulación de una tabla de infracciones y sanciones de los centros residenciales, así como de los propios usuarios.

8.3. RESULTADOS DE LA EVALUACION

8.3.1. Aspectos generales

Los objetivos institucionales no están, por lo general, claramente definidos, o no pasan en su formulación de un nivel global puramente genérico -"cuidar", "atender"- sin tener en cuenta la definición de objetivos operativos, concretos, medibles en resultados.

Esta indefinición favorece la inercia asistencial y explica, en buena parte, la carencia de programas. Sirva como ejemplo ilustrativo de dicha carencia el que no lleguen a la mitad los usuarios de las residencias estudiadas que salen alguna vez a la calle, y que únicamente en torno a la tercera parte salieron al exterior, no ya a la calle, sino al jardín o al patio, a lo largo de la semana en que se visitó el establecimiento.

La inactividad y apatía patentes en algunas residencias no parecen ser siempre la consecuencia de la insuficiencia de medios. No son pocos los profesionales, en diferente nivel de responsabilidad, que definen la función de las instituciones en su vertiente puramente hotelera y consideran la inactividad de los residentes como algo "natural" que es preciso respetar como un derecho individual.

Se ignora con excesiva frecuencia que las residencias constituyen el hogar de los residentes y que las rutinas laborales y los horarios deben ajustarse a sus necesidades y no a la conveniencia de los trabajadores.

El nombre de algunas de las residencias estudiadas -Santa y Real Casa de Misericordia, Sto. Hospital Glorioso S. Juan Bautista- evoca un tiempo en el que la atención de las personas ancianas y enfermas se sustentaba en la acción de instituciones de caridad y no era exigible como un derecho.

Muchas prácticas institucionales delatan una concepción de la atención residencial anclada en el pasado, y la actitud de los usuarios resulta por lo general sumisa y poco crítica, incluso ante regímenes de atención poco flexibles o no muy respetuosos con su intimidad. Posiblemente tales actitudes vienen favorecidas por el peculiar sistema de relaciones que se establece en algunas residencias en base a la administración de premios y castigos.

En algunos establecimientos se les hace recordar a los residentes de manera explícita que sus ingresos económicos no resultan suficientes para cubrir el coste de la plaza que ocupan. Este extremo, unido a la conciencia general de que existe un déficit de plazas residenciales, no contribuye ciertamente al desarrollo de una capacidad crítica en los residentes.

Algunos sistemas de colaboración vecinal o de recogida de donativos, aunque organizados sin duda con la mejor buena voluntad, evocan, cuando menos, actitudes paternalistas poco acordes con el respeto de los derechos y libertades que debe gobernar un moderno servicio residencial. Las memorias de ciertas instituciones con sus listados de protectores y benefactores, contribuyen, sin duda, a mantener cierta imagen asilar.

En torno a esta cuestión, cabe realizar las siguientes puntualizaciones:

- Sería deseable que algunas instituciones actualizasen sus denominaciones y las de sus órganos rectores, ligados de manera demasiado evidente a la "cultura de la beneficencia".
- En algunos establecimientos, la actualización tiene un contenido mucho menos formal. De hecho, son raras las instituciones visitadas que cuentan con órganos de participación de los usuarios en sus sistemas de funcionamiento.
- En pocos centros se realizan asambleas generales y en ninguno de los visitados se edita algún tipo de boletín o periódico interno.
- Para mayor claridad informativa, respeto y defensa de los derechos y mejor uso de los servicios, sería aconsejable que cada institución contase con un folleto en el que, de la forma más clara posible, se hiciesen constar los objetivos de la institución, las instalaciones y servicios, el reglamento de régimen interior, con especificación de normas sobre el uso de servicios, normas de seguridad, precios públicos, procedimientos de reclamación, etc.

La atención sanitaria de los usuarios de servicios residenciales, como la de cualquier ciudadano, está asegurada por los servicios generales de salud. Por razones no exclusivamente económicas, los usuarios de las residencias deberían, en la medida de lo posible, evitando la duplicidad de servicios, recibir la atención sanitaria que precisan en la red comunitaria.

Dicha aplicación, sin embargo, no está exenta de dificultades. La más importante consiste en que la presencia de un establecimiento residencial provoca un incremento de la prevalencia de personas ancianas y, en consecuencia, un incremento de la carga de trabajo de los facultativos adscritos a determinado sector o área de salud.

Una dificultad importante para la adecuada integración de la atención sanitaria de los ancianos institucionalizados en la red comunitaria estriba, probablemente, en el reducido interés económico que comporta el componente capitativo de la retribución a nivel general, y en particular, la escasa repercusión salarial del número de titulares ancianos dentro del complemento de productividad.

Más difícil y problemática es la cuestión referente a la atención de las personas que ocupan camas "asistidas". En efecto, habida cuenta de que, desde el punto de vista médico, tales usuarios son de las mismas características que los ocupantes de camas hospitalarias de las denominadas -en los países en los que la distinción administrativa es clara- de larga estancia, no cabe duda que su atención podría corresponder, como lo sostienen algunos políticos y técnicos, a la administración sanitaria.

Lo peligroso en esta situación es, evidentemente, que como resultado de un conflicto competencial, se produzca un vacío de responsabilidad y la asistencia de los ancianos con discapacidades graves se convierta en una especie de "tierra de nadie", o quede sujeta a la atención inadecuada o insuficiente de la estructura más débil o vulnerable.

Felizmente, se han dado pasos en el proceso de coordinación administrativa de las estructuras de salud y bienestar social que permiten albergar esperanzas en relación con la atención de los aspectos sanitarios de los usuarios de residencias de válidos y la clarificación del papel de ambas en el cuidado global de los ancianos con discapacidades graves.

El Decreto del Gobierno Vasco 218/1990, sobre los Servicios Residenciales para la Tercera Edad impone a toda clase de residencias la obligación de contar con un reglamento con la debida publicidad y difusión, en el que al menos consten los requisitos para el acceso y los criterios y baremos de selección (Anexo I.B.27). Pese a ello, la regulación del procedimiento de ingreso se encuentra dispersa en disposiciones de distinto rango. Con carácter general los requisitos exigidos se refieren a la edad y el período de residencia del solicitante en el municipio que corresponda.

En los tres territorios históricos son los servicios sociales de base los que canalizan las solicitudes e informan sobre la situación sociofamiliar y necesidades del anciano, su actitud ante el ingreso, centro en el que quiere ingresar y propuesta.

La determinación del orden de prioridades y la valoración de las solicitudes se efectúa por comisiones técnicas conforme a un baremo aprobado al efecto, que tiene en cuenta distintos factores referidos básicamente a la situación sociofamiliar, situación de incapacidad física y psíquica, situación de vivienda y situación económica del solicitante.

Las plazas de cada centro se dirigen preferentemente a los ancianos que residen en los municipios de su zona de influencia, aun cuando, atendiendo a razones de urgencia, puedan excepcionarse los requisitos de edad y de residencia.

Algunos autores consideran oportuna la implantación de la figura del contrato, que sustituya a la solicitud, de manera que los derechos y deberes de los residentes se igualen en importancia.

Es difícil conocer la demanda real de plazas no atendida, en la medida en que son variados los instrumentos de registro y las instituciones en donde constan los datos. No obstante, las cifras aportadas por los mismos responsables del área de los tres territorios históricos apuntan a un número aproximado de 2.500 personas en lista de espera en toda la comunidad autónoma.

Van ganando terreno las tesis de corresponsabilidad sociedad-Estado en la asunción del gasto en servicios sociales. Así, pedir más servicios a la Administración no tiene porqué suponer que sean gratuitos, debiendo contribuir el que los solicita a soportar este gasto de acuerdo con su capacidad económica.

La Ley de Servicios Sociales establece un sistema de distribución de la carga financiera entre las administraciones y los usuarios que después ha sido desarrollado de distinta manera en cada uno de los territorios históricos. En general las diputaciones establecen la aportación municipal para el mantenimiento y el desarrollo de los diferentes servicios, y el resto se sufraga con lo aportado por ellas mismas y los residentes.

La contribución de los usuarios tiene como límite el 75% de sus ingresos anuales totales, determinados teniendo en cuenta tanto los procedentes del trabajo como los generados en capitales y otro tipo de pensiones.

En Gipuzkoa el 75% de los ingresos así calculados no podrá superar el costo real estimado de la plaza ocupada, mientras que en Bizkaia y Alava se establece un costo teórico máximo.

Igualmente se deja a salvo para la libre disposición del residente una cantidad mínima que oscila en torno a las 11.000 pts.

Junto al usuario del servicio, se establece la responsabilidad subsidiaria de los familiares obligados civilmente a prestar alimentos cuando el obligado principal carezca de ingresos suficientes para hacer frente al pago del precio público estipulado.

Por lo que respecta a las garantías de que disponen las administraciones públicas para el cobro de la diferencia entre lo aportado por el residente y el costo real de la plaza que ocupa, hoy por hoy está prácticamente generalizada la inclusión de cláusulas que imponen al solicitante el reconocimiento de la deuda contraída con la residencia.

Tratándose de precios públicos, y atendiendo a lo establecido en el artículo 57 del Reglamento General de Recaudación, si llegado el vencimiento no se efectuara por los familiares el pago de los mismos, cabría iniciar la vía de apremio, que podría culminar con el embargo de los bienes del deudor en cuantía suficiente para hacer frente al pago de la deuda tributaria. Este procedimiento goza de las ventajas del procedimiento administrativo en relación con los procesos de la jurisdicción ordinaria.

El procedimiento de incapacitación jurídica se aplica raramente a las personas ingresadas en instituciones residenciales, a pesar de que, como mínimo, un 10% de la población padece una deficiencia intelectual o psicológica grave.

Ciertamente, el instrumento es delicado y, en consecuencia, debe aplicarse con sumo cuidado, teniendo en cuenta que su finalidad es la de proteger al anciano de posibles abusos.

Las circunstancias que rodean este problema son asimismo una fuente de inseguridad para algunos trabajadores -fundamentalmente asistentes sociales-, por la inseguridad que conlleva la intervención en asuntos de personas gravemente discapacitadas sin la suficiente protección y con el riesgo de que sus actuaciones sean mal interpretadas.

Es preciso romper definitivamente con la creencia de que la incapacitación jurídica abre la puerta a posibles abusos por parte de las personas a las que se encomienda la gestión de los asuntos del declarado incapaz. Todo lo contrario, la configuración jurídica de la tutela articula tales mecanismos de garantía que prácticamente puede decirse que, hoy por hoy, la función tutelar carece de atractivo alguno para aquellas personas que no estén preocupadas realmente por el bienestar del anciano.

Precisamente, uno de los argumentos utilizados por el estamento judicial para justificar la excesiva duración de los procesos es la dificultad de encontrar personas dispuestas a asumir la tutela derivada en el proceso de incapacita-

ción. En estos casos sería muy interesante la asunción de la tutela por instituciones o entidades sin ánimo de lucro, lo que requeriría la flexibilización de algunas limitaciones pensadas en la legislación civil para las personas físicas.

Con ocasión de los comicios electorales, suele plantearse de manera invariable en muchas instituciones con diferente grado de repercusión en el exterior, incluida la prensa, el tema de la presunta utilización de que son objeto las personas ancianas intelectual y psicológicamente discapacitadas. Hay bases más que suficientes para admitir tal posibilidad, y de hecho se tiene constancia de algunos abusos en este sentido, y también de la existencia de métodos irregulares para combatirlos por parte de algunas instituciones.

Aunque sólo fuera con el fin de evitar en lo posible las polémicas poco beneficiosas para la imagen de los ancianos, de las instituciones y de la democracia misma que suelen suscitarse en ocasión de los comicios electorales, no estaría de más regular, de manera específica, la cuestión, centrándola en tres ejes fundamentales: la declaración de incapacidad, la apertura de las instituciones a las campañas electorales y la garantía de acceso de los residentes a los colegios electorales con el fin de evitar el uso partidista de las ayudas que algunas personas o instituciones hacen para ese fin.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco, se cuenta con un instrumento normativo interesante para garantizar la calidad de los servicios residenciales, cual es el decreto 218/1990.

Al margen de la idoneidad de los estándares que define la norma, el principal motivo de crítica que suscita estriba en la insuficiencia de las disposiciones relativas a sanciones por incumplimiento. Sin embargo, sería más exacto decir que la insuficiencia de su contenido radica más en la ausencia de disposiciones específicas que detallen el procedimiento sancionador.

El decreto 218/1990 ha tenido una incidencia positiva a un nivel didáctico o cultural, ya que, los estándares, constituyen una referencia a la hora de evaluar o enjuiciar técnicamente la realidad asistencial, al tiempo que cumple con una función importante como es la de señalar el horizonte al que deberían evolucionar los servicios.

Ello no obstante, hay que hacer notar que algunos de los objetivos perseguidos por la norma se han visto mediatizados en su cumplimiento, pues algunos de los mecanismos previstos para ello han carecido de virtualidad: registros; inspección y régimen sancionador fundamentalmente.

No conviene idealizar, sin embargo, las estrategias sancionadoras. El diálogo, la persuasión y la promoción de determinados valores conducen a mejores resultados, en opinión de muchos expertos, que la exigencia mediante amenaza de sanción.

Hay que admitir que el establecimiento de normas sancionadoras resulta problemático cuando existe un déficit de oferta, a no ser que se establezcan exigencias realmente mínimas que, obviamente, están condenadas a tener escasa influencia en la realidad. Otro problema adicional estriba en que, en numerosas ocasiones, tendría que ser la propia Administración la que fuese responsable directa de las infracciones.

Resultaría de gran interés, para garantizar la calidad de la atención, que se generalizase el uso y aplicación de “manuales de buena práctica” y reglamentos de régimen interior. También es importante el desarrollo de una cultura de la evaluación. La evaluación sistemática y la divulgación de los resultados contribuye a abrir las instituciones y a formar culturalmente a los ciudadanos sobre sus derechos, lo que constituye requisito indispensable para el logro de un buen nivel de calidad asistencial.

En ese mismo sentido, las residencias tienen que abrirse a la comunidad. Un anciano atendido en una residencia no debería ser un “caso resuelto” y “cerrado” para el servicio social de base correspondiente, y no necesitado, en consecuencia, de ningún tipo de seguimiento. Los servicios sociales de base deberían poder ejercer un eficaz papel de tutela y control, que constituiría uno de los mejores procedimientos para garantizar la calidad asistencial.

8.3.2. Consideraciones de carácter particular

La calidad institucional está fuertemente condicionada por el tamaño de las instituciones. Una dimensión reducida no es garantía para asegurar un buen nivel de calidad, pero en las residencias pequeñas es más fácil favorecer el establecimiento de unas relaciones armoniosas entre los residentes y entre éstos y los trabajadores.

De las residencias estudiadas se deduce que las de gran tamaño ofrecen, en términos generales, más confort, seguridad, servicios de salud y ayudas recreativas, pero en las pequeñas es mayor el grado de utilización de servicios asistenciales y recreativos, los residentes influyen más en la organización y mejora también el funcionamiento del personal.

El estado de los edificios es, como mínimo, aceptable en todos los casos, aunque algunos, independientemente de criterios estéticos o arquitectónicos, tengan un carácter claramente asilar.

A varias instituciones se accede mediante escaleras y carecen de rampas a pesar de ser varios los usuarios de las mismas que utilizan silla de ruedas.

En algunas residencias existen evidentes problemas de espacio y las áreas de esparcimiento y de comedor no cumplen con la normativa del decreto 218/1990 en lo que se refiere a espacio disponible por residente. En la mayoría de los casos las escaleras y rampas carecen de material antideslizante y las ayudas para la orientación son escasas.

Son varias las residencias en las que resulta difícil encontrar salas donde poder evadirse de la TV o recibir visitas con cierta privacidad.

En varios centros la iluminación es deficiente. La limpieza por lo general es más que aceptable y sólo en algún caso aislado existen zonas en las que el olor resulta desagradable.

Desde el punto de vista de la seguridad las deficiencias son más evidentes. En algún caso, el acceso de los bomberos resulta prácticamente imposi-

ble, la dotación de extintores no es la suficiente y se carece de luces de emergencia. Varios establecimientos carecen de alarmas y puertas cortafuegos.

Desgraciadamente hay que hacer constar la existencia de instituciones que cuentan todavía con salas de hasta 20 camas corridas. Por más que muchos residentes acepten las habitaciones múltiples con resignada naturalidad, no cabe duda que la exigua oferta de habitaciones individuales constituye uno de los puntos negros más importantes de la oferta asistencial.

Esta carencia de habitaciones individuales es uno de los aspectos que mayor incidencia puede tener en el derecho a la intimidad de los residentes.

Parece, sin embargo, que el respeto de la intimidad exige ya, y lo hará con más intensidad de cara a las necesidades de las futuras generaciones de ancianos, la generalización de habitaciones individuales. En consecuencia, se impone la necesidad de llevar a cabo un plan de reconversión que posibilite el incremento cualitativo de la oferta, eliminando las habitaciones múltiples.

En varias instituciones las habitaciones no cumplen los requisitos del decreto 218/1990 en cuanto a tamaño y dotación mínima de mobiliario. Las hay incluso que carecen de ventana.

Únicamente en dos instituciones las habitaciones están adaptadas para personas en silla de ruedas.

Generalmente su aspecto es uniforme e institucional y sólo excepcionalmente se observan esfuerzos de personalización. En varias instituciones se prohíbe expresamente colgar cuadros con el fin de no dañar las paredes.

En la mayoría de los establecimientos no cabe cerrar las habitaciones con llave y los trabajadores no siempre llaman y esperan a que se les autorice antes de entrar. En varias de ellas no existe la posibilidad de cerrar ni tan siquiera los armarios.

Ninguna de las residencias evaluadas cuenta con teléfono en las habitaciones y bastantes carecen de antena de TV. Por lo general tampoco disponen de control de calefacción.

En lo que respecta a medidas de seguridad, muchas habitaciones carecen de detectores de humo, bastantes carecen de "luces de sueño" y ninguna dispone de pasamanos.

En la mayoría de las instituciones hay habitaciones que carecen de ducha y WC y son una minoría las que cuentan con baños donde pueda girar una silla de ruedas. En algunas incluso el acceso por este medio resulta imposible.

Las medidas de seguridad en baños son escasas. Pocos disponen de timbres y el piso antideslizante resulta excepcionalmente raro. Muchos establecimientos carecen de un elemento de seguridad económico, a la vez que insustituible, como el pasamanos o barra de seguridad de baños, duchas e inodoros. Asimismo, son los menos los establecimientos cuyos baños pueden cerrarse con pestillo y con previsión de apertura desde el exterior.

Existe, en general, un déficit importante en cuanto a la disponibilidad de ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria.

Los ratios de personal satisfacen por lo general las exigencias del decreto 218/1990.

Son generales las quejas de las plantillas en relación con las escasas posibilidades de formación continuada y reciclaje.

Puede hablarse de la existencia de dos "culturas" en cuanto al enfoque profesional en el ámbito residencial. Por una parte, existen vestigios de un período histórico reciente, en el que las órdenes religiosas se hacían cargo de la administración del personal con criterios particulares que no tenían siempre en cuenta derechos y obligaciones generalizados en el medio laboral. La retribución era escasa y las funciones poco específicas. La consecuencia más negativa de este sistema "paternalista" son, quizás, la injusticia salarial y el tratamiento discriminatorio.

En el otro extremo, en las instituciones públicas sobre todo, es patente el estancamiento y rigidez de funciones que, llevados al límite, en situaciones de conflicto, tienen como consecuencia más directa la pérdida de calidad asistencial.

Las plantillas tienden por lo general a ser más exiguas en lo que respecta al personal de atención directa que al auxiliar. Es perceptible, además, aspecto que viene condicionado probablemente desde los mismos programas de formación, una tendencia a considerar con mayor atención los aspectos de tipo sanitario, en detrimento de los sociales y culturales en el personal de atención directa.

La disponibilidad de servicios resulta, por lo general, más elevada en las instituciones grandes, que tienden a tener servicios médicos y de rehabilitación. Pocos cuentan con programas de laborterapia o similares y la disponibilidad de actividades socio-recreativas es pobre.

Ninguna de las instituciones estudiadas ofrece asistencia para salir al exterior. Debe ser, en buena parte, por esa razón de que menos de la mitad de los residentes salen por lo menos una vez al año de la institución. Cabe señalar el caso, bien que extremo, de una persona en silla de ruedas que lleva varios años sin salir de su habitación.

La ausencia de manuales de buena práctica en la atención a los residentes es generalizada.

No existen prácticamente instrumentos de control establecidos para evaluar el proceso asistencial. Tampoco es habitual que los trabajadores dispongan de protocolos de actuación y sólo en algún caso existen planes de actuación individual.

Las necesidades básicas de los residentes, en lo que se refiere a higiene y alimentación están, por lo general, bien cubiertas en los establecimientos estudiados.

Debe resaltarse la inexistencia en muchos casos de una configuración de lo que son los derechos individuales de los residentes. A esta ausencia hay que añadir, en ocasiones, la insuficiente promoción que de los mismos se hace en aquellas residencias en las que los derechos de los residentes, bien sea en los reglamentos de régimen interior o en algún otro instrumento, han sido configurados.

Asimismo, muchos de los establecimientos carecen de reglamento de régimen interior, y los cauces de presentación de quejas son inexistentes.

Si algunos aspectos fundamentales del derecho a la intimidad tienen que ver con las características de las habitaciones, otras limitaciones que sufren los derechos de los residentes tienen que ver con el trato que reciben en determinadas circunstancias, o con la falta de permisividad ante algunos deseos, hábitos o conductas.

En este contexto se da pie a que determinadas situaciones sean entendidas, y muchas así lo son, como arbitrarias.

No resulta fácil determinar la frontera que separa las prácticas admisibles del abandono y el mal trato. Cabe decir, en cualquier caso, que determinados hábitos y conductas observadas impiden, o entorpecen seriamente, el ejercicio de derechos culturalmente asumidos fuera del marco institucional. También es de señalar la tendencia a asumir como inevitable las restricciones que impone la vida institucional en el ámbito de la libertad personal y en los márgenes de elección individual.

La cuestión del derecho a la intimidad de cara a la posibilidad de mantener relaciones sexuales sólo se ha planteado excepcionalmente en una residencia. También es excepcional el hecho, pero ilustrativo como indicador de la situación: en una residencia de las de gran tamaño, no existen comedores mixtos y los hombres y las mujeres no pueden verse en sus respectivas plantas salvo en horas de visita. Se da la circunstancia asimismo de que los miembros de un matrimonio están separados en la misma residencia en las respectivas secciones de válidos e asistidos.

Constituye una práctica frecuente la de despertar a los residentes a una hora determinada. Algunos directores la justifican como medida para evitar la vigilia nocturna. Se da el caso de una residencia en la que se impide a los ancianos conciliar el sueño durante el día agitándoles o llamándoles en voz alta al primer síntoma de adormecimiento. En otro caso, la siesta se permite únicamente bajo indicación médica y, al igual que ocurre por la mañana, la hora de acostarse es fija también en bastantes establecimientos.

El sistema de horario libre de visitas resulta prácticamente excepcional y son varios los centros en los que se prohíbe recibir en las habitaciones. También son varias las residencias en las que está prohibido pernoctar a los familiares, incluso en situaciones especiales.

En general, se observa cierta tendencia a establecer normas restrictivas como medida más sencilla para facilitar ciertas tareas del personal, simplificar su organización o quizás también como forma de evitar posibles riesgos.

En varias residencias se limita el consumo de alcohol, prohibiéndolo en las habitaciones y en una de ellas la interdicción es total y absoluta y se extiende también al consumo de tabaco.

Son escasas las instituciones en las que se permite al residente tener sus propios enseres en la habitación, e incluso cambiar la situación de los muebles. Constituyen asimismo una excepción las instituciones en las que está

permitido tener pájaros o peces en las habitaciones, y en muy pocas es posible prepararse una infusión o un plato frío o lavar prendas menores.

En general, los residentes tienen asignado un lugar en el comedor y no pueden cambiarlo sin solicitar permiso. El horario de comidas permite cierta elasticidad únicamente en un par de establecimientos.

También en general, la rutina de limpieza, horarios de comida y aseo están excesivamente condicionados por cuestiones ligadas a la organización y de personal. Como consecuencia de ello, la higiene de habitaciones se ajusta a un horario y en ocasiones la distribución del horario de comidas no es el más deseable para los residentes.

Entre las distintas limitaciones que pueden afectar a la dignidad de los residentes, algunas son resultado de la escasa adaptación de la atención directa a las necesidades de los usuarios. Varias de estas limitaciones, y muy importantes, tienen que ver con el inadecuado tratamiento que tiene el problema de la incontinencia.

Ninguno de los establecimientos estudiados confecciona planes individuales de cara a la promoción de la continencia y, en la mayoría de ellos, se recurre con excesiva facilidad a procedimientos que resultan denigrantes o incómodos para las personas afectadas, como el cambio sistemático de pañales o el traslado al retrete a una hora determinada. En algún caso los residentes permanecen sentados en sillas con inodoro, y son los menos los establecimientos en los que se acompaña a los residentes al WC cuando lo desean.

El manejo inadecuado de los problemas de incontinencia podrían ser causa del alto índice de llagas e irritaciones que se hace notar en algún caso.

El personal no es consciente en muchos casos de la importancia que reviste para las personas ancianas el adecuado tratamiento de su problema de incontinencia.

En íntima conexión con los derechos individuales y las limitaciones a las que en ocasiones se ven sometidos los mismos, está lo que podemos llamar régimen sancionador o corrección de determinadas conductas de los residentes. La ausencia general de una clara tipificación de conductas que pueden dar lugar a sanciones es algo constatable.

El principal motivo para la imposición de sanciones lo constituye, sin duda, el abuso de alcohol que, aparentemente, tiene una elevada incidencia en algunas instituciones. Es frecuente que, a quienes como consecuencia de una intoxicación etílica perturban el orden institucional, se les aisle o impida la salida durante un período de tiempo determinado, privándoles a veces de la ropa de calle.

Hay evidencias de que el tratamiento es poco correcto en alguna institución. Existe una generalizada tendencia al tuteo indiscriminado, la familiaridad puede ser excesiva a veces y, no pocas, el tratamiento resulta infantiloides.

La muerte, como la enfermedad o la invalidez son cuestiones que no reciben un adecuado tratamiento en las residencias estudiadas.

La consideración que tienen la muerte y la atención de los moribundos pone de relieve fallos del sistema tanto conceptuales como organizativos y materiales.

Se deben subrayar, concretamente, las graves dificultades que impone el sistema de habitaciones compartidas para lograr la necesaria intimidad que requiere la atención a la muerte. En efecto, muchas veces resulta difícil conciliar la voluntad de familiares y amigos que quisieran acompañar a sus seres queridos y la de los compañeros de habitación, que se sienten perturbados e invadidos a su vez en su propia intimidad.

Revela también la existencia de dificultades o fallos médico-administrativos. Como consecuencia de ellas, ha sucedido que un cadáver haya tenido que permanecer varios días en su habitación, en algún caso compartida, a la espera del certificado médico de defunción que los facultativos de urgencia, requeridos los días de fiesta, se niegan a emitir, por desconocer a la persona fallecida y las circunstancias de su muerte.

Resulta sintomático de las dificultades relacionales existentes en algunos centros, el que incluso las instituciones que cuentan con un médico en plantilla no están exentas del problema señalado más arriba, ya que algunos de ellos, como respuesta a actuaciones que consideran injustas, o simplemente no sintiéndose motivados para salirse del estricto marco de sus obligaciones, se niegan a prestar el servicio ocasional de emitir certificados médicos fuera de su horario laboral.

Algunos procedimientos como el aislamiento de los moribundos en habitaciones especiales no parece que sean apropiados. Ante el hecho de la muerte y el adecuado tratamiento de los moribundos, parece manifestarse mejor que ante cualquier otro aspecto la necesidad de definir adecuadamente las actuaciones de todos los estamentos asistenciales, y el mejor instrumento para ello sería la puesta a punto de manuales de buena práctica y de protocolos de actuación.



CAPITULO IX

RECOMENDACIONES



1. De acuerdo con la atención más urgente que requieren las personas ancianas con discapacidades, la oferta residencial deberá dar prioridad a la cobertura de las necesidades de este colectivo.

2. Las residencias de nueva creación deben ajustarse a un modelo mixto y dar prioridad en todo momento al ingreso de las personas con discapacidades.

3. El deterioro natural de los residentes en instituciones que fueron concebidas para personas válidas demanda adecuaciones estructurales y organizativas que permitan garantizar la asistencia que requiere la modificación de las condiciones físicas o síquicas de los ancianos.

4. Deberán ampliarse aquellas ofertas asistenciales alternativas que permitan a los ancianos permanecer en su entorno habitual.

5. La corrección del déficit existente en la oferta de plazas residenciales deberá ser un objetivo prioritario en la política social. El incremento de plazas deberá alcanzar el 5% de la población de 65 y más años, tal y como sucede en los países de nuestro entorno.

6. La previsión de este nivel de cobertura -5%- para el año 2016 significa incrementar la actual oferta en un 120%, a un ritmo de crecimiento de 500 plazas anuales.

7. El mantenimiento de las actuales tasas -3,34%- para el año 2016 exigiría un crecimiento de 160 nuevas plazas anuales, y ello sin tener en cuenta el incremento derivado de la necesidad de reformar un número indeterminado de las plazas existentes.

8. Deberán cumplirse las prescripciones contenidas en el decreto 218/1990 relativas a la existencia en todas las residencias de un reglamento en el que consten, con la debida publicidad y difusión, los requisitos para el acceso y los criterios y baremos de selección.

Sería necesario establecer a este respecto un procedimiento que, al tiempo que garantice el principio de igualdad y racionalidad en el acceso, se base en el grado de necesidad objetiva del ingreso, descartando criterios como la mera antigüedad en las listas de espera, que tradicionalmente se han venido considerando más asépticos y objetivos. Igualmente, en aras de una mayor transparencia y eficacia en la gestión de las plazas vacantes, y del posible control y fiscalización de las adjudicaciones, sería aconsejable contar con un instrumento que aglutine la demanda no satisfecha en cada territorio histórico, y que permita disponer de una información que se ajuste lo más posible a la demanda real existente en cada momento.

La actual oferta, claramente inferior a la demanda, es un motivo adicional para que el acceso de los ancianos a las residencias tenga lugar con respecto al principio de igualdad.

9. El régimen de derechos y obligaciones de los usuarios de una residencia de tercera edad debe ser objeto de regulación, en tanto que resulta fundamental para garantizar los derechos de los residentes.

10. Hay que evitar una concepción de la atención residencial anclada en el pasado, de manera que la asistencia a los ancianos sea enunciada como un auténtico derecho, superando así la concepción benéfica que ha regido este servicio.

11. La actual regulación de los requisitos y régimen de autorización de residencias corre el riesgo de quedar en una mera enunciación normativa. Su aplicación exige que los mecanismos previstos en el decreto 218/1990: registros, inspección, régimen sancionador, comiencen a ser instaurados.

12. Se hace necesario un ineludible cumplimiento por parte de las administraciones públicas de los preceptos citados, que se materializa de la siguiente manera:

1. Puesta en marcha, por parte de las respectivas diputaciones forales, de los servicios de inspección necesarios para dar cumplimiento a las funciones de vigilancia reglamentariamente atribuidas.
2. Puesta en marcha, por el Departamento de Trabajo y Seguridad Social, de "la Alta Inspección sobre el cumplimiento de la normativa por las Administraciones Públicas competentes".
3. Regulación, por parte de las diputaciones forales, de la estructura y funciones de sus respectivos registros de servicios sociales para la tercera edad.
4. Creación efectiva, por parte del Departamento de Trabajo y Seguridad Social, del Registro general de servicios residenciales.
5. Funcionamiento efectivo de la Comisión de Acreditación de Servicios Residenciales para la Tercera Edad, como órgano administrativo de carácter consultivo en la materia.
6. Políticas de actuación de todos los poderes públicos competentes en la materia, dirigidas a que el cumplimiento de las condiciones de calidad acreditativas sean una realidad, que se concretarían:
 - a) En el ámbito de las residencias propias de titularidad pública, en la dotación presupuestaria necesaria para hacer efectivas las condiciones exigidas y corregir las deficiencias existentes.
 - b) En el ámbito de las residencias privadas sin ánimo de lucro, en una política adecuada de ayudas económicas que sirvan para corregir los incumplimientos existentes.
 - c) En el ámbito de las residencias privadas con ánimo de lucro, en la exigencia del cumplimiento de las condiciones referidas, en los plazos previstos en las disposiciones 2ª y 3ª del decreto (5 años, susceptibles de ser prorrogados 3 años más).

d) En el supuesto de residencia de nueva creación, en la utilización de la técnica administrativa de autorización, exigiendo rigurosamente el cumplimiento de las condiciones establecidas en el decreto.

13. Para asegurar el respeto de los derechos de los residentes, los poderes públicos deberán acompañar el ejercicio de las facultades normativas y de ejecución con una promoción de las condiciones necesarias para lograr la efectividad de los mismos.

14. Es necesario que cada residencia cuente con un folleto informativo en el que, de un modo claro, se hagan constar los objetivos de la institución, las instalaciones y servicios, el reglamento de régimen interior, las especificaciones sobre el uso de servicios, normas de seguridad, precios, cauces de participación y procedimientos de reclamación.

15. Dadas las deficiencias observadas, tanto en cuanto a la escasez de recursos como a la desatención del denominado espacio socio-sanitario, deberá acentuarse la aplicación del principio de coordinación institucional entre los propios órganos competentes en materia de bienestar social, así como el de éstos con las estructuras sanitarias.

16. El derecho a la intimidad está relacionado con el espacio privado disponible para los residentes. Por ello, deberán arbitrarse las medidas que permitan respetar la privacidad de los residentes y, entre ellas, la creación de habitaciones individuales, con carácter general, debe ser un objetivo prioritario.

17. Parece oportuno que exista un criterio único a nivel de los tres territorios históricos en lo que respecta a la regulación de quiénes hayan de ser responsables subsidiarios en el caso de que el usuario no pueda hacer frente al pago del precio público correspondiente, y en cuanto a los modos y procedimiento de ejecución de estas deudas contra su patrimonio.

18. Una asistencia de calidad está íntimamente ligada al personal que trabaja en las residencias. Por ello, la formación permanente del personal y la información de los objetivos que deben presidir el servicio pueden ayudar en su motivación.

19. En muchos centros, bien sea por la rigidez de la organización o bien por la delimitación de las funciones del personal, quienes atienden a labores sanitarias tienden a excluir de su cometido cualquier función que pueda entenderse como atención social, y al contrario, quienes atienden a funciones sociales se desentienden completamente de las labores sanitarias. Esta circunstancia debe ser objeto de especial cuidado por las situaciones de desatención que causan en los residentes.

20. Se echa de menos que ninguno de los esquemas organizativos aplicados en las residencias estudiadas contemple la figura del trabajador clave o de referencia. Es evidente la conveniencia de que cada residente tenga asignada una persona responsable que pueda canalizar y coordinar multitud de aspectos del proceso de atención en el que intervienen diferentes profesionales. La figura del trabajador de referencia, una especie de tutor en realidad, podría

evitar la desorientación de muchos residentes, y en parte también, la angustia e inseguridad que les producen los cambios en el personal de atención directa.

21. Los ancianos son los principales protagonistas de las residencias en las que viven. Por ello, la promoción de su participación en el funcionamiento general de la residencia debe constituir un objetivo de la misma.

22. La elaboración de manuales de atención permitiría mejorar la escasa adaptación que existe respecto de las necesidades de los ancianos, como es el caso del tratamiento que recibe la incontinencia.

23. Se debe procurar un cambio en los hábitos existentes en el tratamiento dispensado a los residentes, que resulta de excesiva familiaridad en ocasiones y no pocas veces se produce en un tono infantiloides, poco respetuoso con la dignidad de los ancianos.

24. Conforme expresa el código civil, será preciso instar la tramitación de los procesos de incapacitación de todos aquellos ancianos en los que concurra una enfermedad persistente, de carácter físico o psíquico, que les impida gobernarse por sí mismos.

La generalización de estos procedimientos debe venir de la mano de su agilización, para lo que una medida efectiva consistiría en dotar de medios personales y materiales especializados a los juzgados y tribunales encargados de su sustanciación. En este sentido sería conveniente trasladar a los territorios de Gipuzkoa y Alava la experiencia de Bizkaia, en el que recientemente se ha creado un juzgado de los de 1ª instancia (el nº 14), exclusivamente dedicado al la sustanciación de este tipo de procesos.

25. En el aspecto concreto del ejercicio del derecho de sufragio, debería regularse de manera específica la apertura de las instituciones a las campañas electorales y la garantía de acceso de los residentes a los colegios, con objeto de evitar el uso partidista de las ayudas que algunas personas o instituciones ofrecen para este fin.

26. La recomendación, la persuasión y el diálogo son importantes de cara al logro de una mejora en la calidad de la atención. A este respecto es necesario insistir en dos aspectos fundamentales:

Por una parte, en el interés de los manuales de buena práctica y de los reglamentos de régimen interior, en lo referente a la divulgación de las pautas de comportamiento adecuadas, así como de los derechos y obligaciones de residentes y trabajadores. Sólo con el conocimiento puede llegarse a la concienciación, y la concienciación ciudadana constituye, sin duda, la mejor garantía sobre el respeto de los derechos.

Por otra parte, es imprescindible el desarrollo de una cultura de la evaluación. Al margen del interés de la reglamentación y de los instrumentos de inspección y sanción, la evaluación sistemática de los servicios y el conocimiento público de los resultados puede contribuir enormemente a que se produzca el cambio cultural que, en última instancia, determine la exigencia y consecución de un buen nivel de calidad asistencial.

27. El estado de los edificios puede considerarse aceptable en general. Ello no obstante, cabe resaltar la necesidad de una intervención para la corrección de determinadas carencias contrarias a las especificaciones contenidas en el decreto 218/1990:

- Accesibilidad exterior: rampas, suelos antideslizantes.
- Habitaciones: accesibilidad en silla de ruedas, espacio disponible por residente, pasamanos.
- Baños: instalación de sistemas de aviso o alarma, pasamanos o barras de seguridad.
- Medidas de protección contra incendios: suficiente dotación de extintores, luces de emergencia, puertas cortafuegos.

28. Las modificaciones que la nueva normativa sobre servicios sociales deberá incorporar con el fin de configurar un marco garantista de los derechos sociales, son los siguientes:

- a) El establecimiento de una tabla de derechos de los usuarios de servicios sociales.
- b) La regulación de un régimen garantizador del derecho de acceso a los servicios sociales en condiciones de igualdad.
- c) La fijación de una tabla de deberes de los usuarios como garantía de los derechos de los demás residentes.
- d) Plasmación del derecho administrativo sancionador en el ámbito de la relación jurídica de asistencia social residencial con la regulación de una tabla de infracciones y sanciones de los centros residenciales así como de los propios usuarios.

BIBLIOGRAFIA

- ABANTO, J.J. y OTROS. Valoración de los residentes y las residencias de tercera edad de los distritos municipales X y XI de Zaragoza. En *Revista española de geriatría y gerontología*, vol. 27, nº 3, 1992, pp. 141 a 146.
- AIZPURUA, M. Reflexiones en torno a algunos aspectos de la admisión en residencias de ancianos. En *Zerbitzuan*, nºs 20-21, 1992, p. 74.
- ALLEN, I. y OTROS. *Elderly people: choice, participation and satisfaction*. Londres: Policy Studies Institute, 1992, 362 pp.
- APPLEBAUM, R. y PHILLIPS, P. Assuring the quality of in-home care: the "other" challenge for long-term care. En *The gerontologist*, vol. 30, nº 4, 1990, pp. 444 a 450.
- ASMUTH, V. y WEBB, L. Nursing home residents' participation in a creative communication course: The influence of age, activity and attendance. En *Journal of applied gerontology*, vol. 9, nº 3, 1990, pp. 266 a 282.
- AYUNTAMIENTO DE VITORIA-GASTEIZ y DIPUTACION FORAL DE ALAVA - DEPARTAMENTO DE BIENESTAR SOCIAL. *Primeras Jornadas Gerontológicas en Vitoria-Gasteiz*. Libro de actas. 1993.
- BALDWIN, N. y OTROS. *Residents' rights: a strategy in action in homes of older people*. Hants (GB): Avebury, 1993, 215 pp.
- BARCELO, M. Derechos y deberes constitucionales en el Estado autonómico. En *Cuadernos Civitas*. Madrid: Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis Autònòms, 1991.
- BARNES, M. y MILLER, N. Performance measurement in personal social services. En *Research, policy and planning*, vol. 6, nº 2, 1988, p. 47.
- BEAULIEU, J.E. The quality of home and community-based services. En *Journal of applied gerontology*, vol. 10, nº 1, 1991, pp. 88 a 102.
- BECK, J. Measure for measure. En *Social work today*, vol. 22, nº 37, 1991, p. 22.
- BELTRAN, J.L. *El régimen jurídico de la acción social pública*. HAAE/IVAP. Colección TESIS, 1992.
- BERKOWITZ, M.W. y OTROS. The effects of a resident self-help model on control, social involvement and self-esteem among the elderly. En *The Gerontologist*, vol. 28, nº 5, 1988, pp. 620 a 624.

- BERKSHIRE COUNTY COUNCIL. *Registered homes act 1984. NHS & Community care act 1990. Annual inspection*. Londres (GB): Berkshire County Council, 1990, 22 pp.
- BERKSHIRE COUNTY COUNCIL. *Residential care for elderly people in Berkshire*. Berkshire (GB): Berkshire County Council, 1990, 41 pp.
- BLAND, R. y BLAND, R.E. *Client characteristics and patterns of care in local authority old people's homes*. Stirling (GB): University of Stirling, 1985, 134 pp.
- BLAND, R. y OTROS. *Efficiency, effectiveness and quality of care in old people's homes in Scotland. Report of a preliminary study*. Stirling (GB): Social Welfare Research Centre, 1989, 207 pp.
- BOND, J. y BOND, S. Outcomes of care within a multiple-case study in the evaluation of the experimental national health service nursing homes. En *Age and ageing*, vol. 19, nº 1, 1990, pp. 11 a 18.
- BOND, J. y OTROS. Pragmatic and explanatory trials in the evaluation of the experimental national health service nursing homes. En *Age and ageing*, vol. 18, nº 2, 1989, pp. 89 a 95.
- BOND, J. y OTROS. The implementation of a multicentred randomized controlled trial in the evaluation of the experimental national health service nursing homes. En *Age and ageing*, vol. 18, nº 2, 1989, pp. 96 a 102.
- BOND, J. y OTROS. Measurement of outcomes within a multicentred randomized controlled trial in the evaluation of the experimental NHS nursing homes. En *Age and ageing*, vol. 18, nº 5, 1989, pp. 292 a 302.
- BOND, J. y OTROS. Evaluation of an innovation in the continuing-care of very frail elderly people. En *Ageing and society*, vol. 9, nº 4, 1989, pp. 347 a 381.
- BOND, J. y OTROS. *Evaluation of continuing-care accommodation for elderly people*. Volume 2: The randomized controlled trial of the experimental NHS nursing homes and conventional continuing-care wards in NHS hospitals. Gran Bretaña: University of Newcastle upon Tyne, 1989, 160 pp.
- BOND, J. y OTROS. *Evaluation of continuing-care accommodation for elderly people*. Volume 4: The 1984 and 1987 surveys of continuing-care institutions in six health authorities. Gran Bretaña: University of Newcastle upon Tyne, 1989, 104 pp.
- BOND, S. y BOND, J. *Evaluation of continuing-care accommodation for elderly people*. Volume 3: A multiple-case study of NHS hospital wards and nursing homes: some aspects of structure and outcome. Gran Bretaña: University of Newcastle upon Tyne, 1989, 167 pp.
- BOOTH, T. *Home truths old people's homes and the outcome of care*. Hants (GB): Gower, 1985, 276 pp.

- BOOTH, T. y OTROS. Staff attitudes and caring practices in homes for the elderly. En *British journal of social work*, vol. 20, nº 2, 1990, pp. 117 a 131.
- BRADSHAW, J. y GIBBS, I. *Public support for private residential care*. Aldershot, Hants (GB): Avebury, 1988, 179 pp.
- BRANNON, D. y OTROS. The psychosocial quality of nursing home work. En *Journal of aging and health*, vol. 4, nº 3, 1992, pp. 369 a 389.
- BROWN, D. *Report of an inspection of Grampian House, OPH, Grampian Drive, Peterlee, CO Durham, on 15 and 16 september 1987*. Londres (GB): Social Services Inspectorate, 1988, 30 pp.
- BROWN, D. y MURRAY, U. *Report of an inspection of Royal National Institute for the blind homes for elderly people*. Gateshead (GB): Social Services Inspectorate, 1991, 61 pp.
- BUFFUM, W.E. Measuring person-environment fit in nursing homes. En *Journal of social service research*, vol. 11, nº 2/3, 1988, pp. 35 a 54.
- CALVO, J.J. y OTROS. Demanda de institucionalización y posibles alternativas en la población anciana de San Sebastián. En *Zerbitzuan*, nº 11, 1990, pp. 23 a 32.
- CARD, J.A. Perceived leisure functioning of nursing home patients: Does recreation make a difference?. En *Activities, adaptation and aging*, vol. 13, nº 1/2, 1988, pp. 29 a 40.
- CARRINGTON, D. *Quality of life in residential care project - Salford*. Salford (GB): Salford Social Services Department, 1989, 30 pp.
- CARTWRIGHT, A. The role of residential and nursing homes in the last year of people's lives. En *British journal of social work*, vol. 21, nº 6, 1991, pp. 627 a 645.
- CASSAM, E. *Meals inspection*. Londres (GB): Norfolk County Council Social Services Department, 1990, 147 pp.
- CELMA, F. y OTROS. La alimentación en el anciano: análisis cualitativo de la alimentación ofertada en una residencia geriátrica. En *Revista de gerontología*, vol. 2, nº 2, 1992, pp. 102 a 105.
- CENTRE FOR POLICY ON AGEING. *Home life: a code of practice for residential care*. Londres (GB): Centre for Policy on Ageing, 1984, 115 pp.
- CITY OF SALFORD SOCIAL SERVICES DEPARTMENT. *Inspection & registration unit. Inspection procedures*. Salford (GB): Salford Social Services Department, 1991, 11 pp.
- CITY OF SALFORD SOCIAL SERVICES DEPARTMENT. *Policy and procedures for the registration and inspection of residential care homes registered homes act 1984*. Salford (GB): Salford Social Services Department, 1991, 55 pp.

- CLAIR, A. y BERNSTEIN, B. A preliminary study of music therapy programming for severely regressed persons with Alzheimer's-type dementia. En *Journal of applied gerontology*, vol. 9, n° 3, 1990, pp. 299 a 311.
- CLARK, P. y BOWLING, A. Observational study of quality of life in NHS nursing homes and a long-stay ward for the elderly. En *Ageing and society*, vol. 9, n° 2, 1989, pp. 123 a 148.
- CLARK, P. y BOWLING, A. Quality of everyday life in long stay institutions for the elderly. An observational study of long stay hospital and nursing home care. En *Social science and medicine*, vol. 30, n° 11, 1990, pp. 1.201 a 1.210.
- CLARK, P.A. y OTROS. Working well together. Report of an inspection of bedside assessment unit Tynedale House, Blyth, Northumberland. Gateshead (GB): Social Services Inspectorate, 1991, 14 pp.
- COLEMAN, P.G. Assessing self esteem and its sources in elderly people. En *Ageing and society*, vol. 4, n° 2, 1984, pp. 117 a 135.
- COLVEZ, A. y OTROS. *Approche épidémiologique des besoins en services pour les personnes âgées dépendantes*. Montpellier (FR): INSERM, 1990, 46 pp.
- COSSEY, B. *Tell us what it's really like to be a resident in local authority care in Norfolk in 1988*. Norwich (GB): Norfolk County Council Social Services Department, 1989, 51 pp.
- COSSEY, B. *Tell us what it's really like to be a resident in local authority care in Norfolk in 1988*. Norfolk (GB): Norfolk County Council Social Services Department, 1989, 35 pp.
- DAVIS, A. *Managing to care in the regulation of private nursing homes*. Cornwall (GB): Patten Press, 1987, 55 pp.
- DAVIES, B. *American experiments to substitute home for institutional long-term care: policy logic and evaluation*. Kent (GB): Personal Social Services Research Unit, 1985, 29 pp.
- DAVIES, B. y KNAPP, M. *Costs and residential social care*. Canterbury (GB): Personal Social Services Research Unit, 1987, 102 pp.
- DAY, P. y KLEIN, R. Quality of institutional care and the elderly: policy issues and options. En *British medical journal*, n° 294, 1987, pp. 384 a 387.
- DEFENSOR DEL PUEBLO. Residencias públicas y privadas de la tercera edad. En *Informes, estudios y documentos*, 1990.
- DEPARTMENT OF HEALTH. *Long-term care for elderly people. Purchasing, providing and quality*. Londres (GB): HMSO, 1992, 72 pp.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. *Public support for residential care. Report of a joint central and local government working party*. Londres (GB): Department of Health and Social Security, 1987, 124 pp.

- DEPARTMENT OF HEALTH, WELSH OFFICE. *Making sense of inspection. A training course for registration and inspection staff*. Londres (GB): HMSO, 1990, 163 pp.
- DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. La asistencia domiciliaria en Europa. En *Documentos de bienestar social*, nº 32.
- DIPUTACION FORAL DE ALAVA - SECRETARIA DE SERVICIOS SOCIALES. *Situación socio-sanitaria de los ancianos en Alava*, Vitoria-Gasteiz, 1991, 250 pp.
- DIXON, S.R. *Autonomy and dependence in residential care. An evaluation of a project to promote self determination in a home for older people*. Londres (GB): Age Concern Institute of Gerontology, 1991, 128 pp.
- DONALDSON, C. y BOND, J. *Evaluation of continuing-care accommodation for elderly people*. Volume 6: Surveys of NHS hospital wards and nursing homes: views of relatives and volunteers. Gran Bretaña: University of Newcastle upon Tyne, 1989, 52 pp.
- DUPONT, A. y OTROS. *Evaluation de la qualité de vie dans les structures d'hébergement pour personnes âgées*. París (FR): Fondation National de Gerontologie, 1988, 180 pp.
- EUSKO JAURLARITZA. Decreto 218/1990 de 30-7-90, por el que se regulan los centros residenciales para la tercera edad, 1990, 98 pp.
- EUSTAT. *Estadística de servicios sociales (entidades y centros)*, 1991. Vitoria-Gasteiz, 1993, 133 pp.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y OTROS. *Proyecto: programas y servicios de asistencia al anciano y su valoración*. Volumen 1. Madrid: INSERSO, 1989, 240 pp.
- FISK, S. y DICKSON, I. *Social Services Department. Inspection and registration unit report*. Londres (GB): Salford Social Services Department, 1991, 13 pp.
- FRIAS, R. y KAUFMANN, A. Análisis institucional de la atención a los ancianos en establecimientos residenciales. En *Revista de gerontología*, vol. 2, nº 1, 1992, pp. 30 a 36.
- FRIGINAL, L. *La protección de los derechos fundamentales en el ordenamiento español*. Madrid: Editorial Montecorvo, S.A., 1981.
- GARCIA, R. *Las relaciones de especial sujeción en la Constitución Española*. Editorial Tecnos, 1992.
- GARCIA, R. Sanciones administrativas y relaciones de sujeción especial. *Reda 72*, 1991.
- GERON, S.M. Regulating the behavior of nursing homes through positive incentives: an analysis of Illinois' quality incentive program (QUIP). En *The gerontologist*, vol. 31, nº 3, 1991, pp. 292 a 301.

- GIBBS, I. y SINCLAIR, I. Consistency: a pre-requisite for inspecting old people's homes? En *British journal of social work*, vol. 22, nº 5, 1992, pp. 535 a 550.
- GILLESPIE, K.A. y OTROS. Utilizing importance-performance analysis in the evaluation and marketing of activity programs in geriatric settings. En *Activities, adaptation and aging*, vol. 13, nº 1/2, 1989, pp. 77 a 89.
- GLASS, A.P. Nursing home quality: a framework for analysis. En *Journal of applied gerontology*, vol. 10, nº 1, 1991, pp. 5 a 18.
- GOBIERNO VASCO - DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL. Ancianos en residencias. En *Serie estadísticas y documentos de trabajo*, nº 9, 1985.
- GOFFMAN, E. *Internados*. Buenos Aires (AR): Amorrortu Editores, 1970.
- HARRINGTON, M. Assuring quality of care: nursing home resident councils. En *Journal of applied gerontology*, vol. 10, nº 1, 1991, pp. 103 a 116.
- HODGKINSON, J. Home work: meeting the needs of elderly people in residential homes, booklet 7. *Coping with mental frailty*. Londres (GB): Centre for Policy on Ageing, 1989, 22 pp.
- HUGHES, B. y WILKIN, D. *Residential care of the elderly. A review of the literature*. Donostia-San Sebastián: Fondo de Documentación del SIIS, 1980, 73 pp.
- HUGHES, R.D. y OTROS. *Homes are for living in*. Two residential homes for the elderly in Lancashire. Londres (GB): Social Services Inspectorate, 1989, 35 pp.
- HUMPHREYS, C. *Elford close resource centre: an evaluation*. Londres (GB): Directorate of Social Services, 1989, 94 pp.
- JUSTICIA DE ARAGON. *Informe extraordinario del Justicia a las Cortes de Aragón. Los derechos de los ancianos. Las residencias de la tercera edad en la Comunidad Autónoma*. Boletín oficial de las Cortes de Aragón, nº 14, año X, legislatura III, 21-01-1992.
- KANE, E. *Quality control in public and private homes for the elderly*. Norwich (GB): Social Work Monographs, 1986, 40 pp.
- KELLAHER, L.A. Determinants of quality of life in residential settings for old people. En *Residential care for elderly people*. Londres (GB): HMSO, 1986, pp. 127 a 137.
- KELLAHER, L.A. y OTROS. *Living in homes: a consumer view of old people's homes*. Londres (GB): Centre for Environmental and Social Services in Ageing, 1985, 67 pp.
- KNAPP, M. The outputs of old people's homes in the post-war period. En *International journal of sociology and social policy*, vol. 3, nº 3, 1983, pp. 55 a 85.

- KNAPP, M. y OTROS. Lessons from a demonstration programme. En *Care in the community*, nº 9, 1990, p. 39.
- KRASILOVSKY, G. Seating assessment and management in a nursing home population. En *Physical and occupational therapy in geriatrics*, vol. 11, nº 2, 1993, pp. 25 a 38.
- LEMKE, S. y MOOS, R.H. Measuring the social climate of congregate residences for older people: sheltered care environment scale. En *Psychology and aging*, vol. 2, nº 1, 1987, pp. 20 a 29.
- LEMKE, S. y MOOS, R.H. Ownership and quality of care in residential facilities for the elderly. En *The gerontologist*, vol. 29, nº 2, 1989, pp. 209 a 215.
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. *Pour une gériatrie efficace. Documents affaires sociales*. París (FR): La Documentation Française, 1988, 101 pp.
- MONK, J. *Enabling or disabling? An evaluation of the disability project*. Derbyshire (GB): Social Services Department, 1985, 13 pp.
- MOOS, R.H. y LEMKE, S. *Multiphasic environmental assessment procedure (MEAP)*. Palo Alto, CA (USA): Social Ecology Laboratory, 1988, 450 pp.
- MacMAHON, D. y OTROS. *A caring home. Improving quality and standards of care in homes and hospitals for the elderly*. A conference report. Londres (GB): Newbourne Health Services, 1990, 19 pp.
- NATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH AUTHORITIES. *Handbook on the registration and inspection of nursing homes*. 1988 supplement. Birmingham (GB): National Association of Health Authorities, 1988, 28 pp.
- NATIONAL INSTITUTE FOR SOCIAL WORK. *Residential care for elderly people: using research to improve practice*. Londres (GB): National Institute for Social Work, 1988, 70 pp.
- NEILL, J. *Assessing elderly people for residential care: a practical guide*. Londres (GB): National Institute for Social Work, 1989, 57 pp.
- NIETO, A. *Derecho administrativo sancionador*. Editorial Tecnos, 1993.
- NORFOLK COUNTY COUNCIL SOCIAL SERVICES DEPARTMENT. *Guide to the procedures and requirements for the registration of private and voluntary residential care homes*. Londres (GB): Norfolk County Council Social Services Department, 1989, 88 pp.
- PALFREY, C., PHILLIPS, C. y OTROS. *Efficiency, economy and the quality of care*. Norwich (GB): Social Work Monographs, 1991, 37 pp.
- PAYNE, C. *Evaluation begins at home*. Kent (GB): Personal Social Services Research Unit, S/A, 20 pp.
- PAYNE, C. y OTROS. *Better services for older people*. Londres (GB): National Institute for Social Work, 1989, 112 pp.

- PEACE, S.M. Quality of institutional life. En *Reviews in clinical gerontology*, vol. 3, nº 2, 1993, pp. 187 a 193.
- PEAKER, C. *Registration and inspection: time for a change?* Londres (GB): National Council for Voluntary Organizations, S/A, 44 pp.
- PHILLIPS, C.J. Developing a method of assessing quality of care in nursing homes, using key indicators and population norms. En *Journal of aging and health*, vol. 3, nº 3, 1991, pp. 407 a 422.
- PHILPOT, T. *The residential opportunity? The Wagner report and after.* Surrey (GB): Community Care, 1989, 166 pp.
- POWER, M. y OTROS. Evaluating volunteer support to elderly people in residential homes. En *Research, policy and planning*, vol. 2, nº 2, 1984, pp. 14 a 20.
- SALFORD SOCIAL SERVICES DEPARTMENT. *Quality standards for residential care.* Salford (GB): Salford Social Services Department, 1991, 60 pp.
- SANZ, F. *La potestad sancionatoria de la Administración: la Constitución Española y el Tribunal Constitucional.* Editorial Revista de Derecho Privado. Editoriales de Derecho Reunidas, 1985.
- SANZO, L. y ANSOTEGUI, J.C. *Ancianos en residencias. Una evaluación de la situación de los ancianos en residencias de la Comunidad Autónoma Vasca.* Vitoria-Gasteiz: Eusko Jurlaritz, 1985, 235 pp.
- SCHNELLE, J.F. *Managing urinary incontinence in the elderly.* New York (USA): Springer, 138 pp.
- SCHNELLE, J.F. y OTROS. Assessment and quality control of incontinence care in long-term nursing facilities. En *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 39, nº 2, 1991, pp. 165 a 171.
- SIIS. *La asistencia domiciliaria en Europa.* Vitoria-Gasteiz: Eusko Jurlaritz, 1990, 95 pp.
- SIIS. *Sistemas de autorización y acreditación de servicios residenciales para ancianos: panorama internacional.* Donostia-San Sebastián: SIIS, 1992, 276 pp.
- SINCLAIR, I. y OTROS. Evaluating effects of institutional treatment. En *Evaluative research in social care.* Londres (GB): Policy Studies Institute, 1981, pp. 99 a 148.
- SINCLAIR, I. y PAYNE, C. *The consumers' contribution. Management and inspection of residential homes for elderly people.* Londres (GB): Social Services Inspectorate, 1991, 15 pp.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Certain standards. Inspection of the implementation of the 1984 registered homes act.* Londres (GB): Department of Health and Social Security, S/A, 27 pp.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Homes are for living in,* Londres (GB): HMSO, 1990, 126 pp.

- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Inspection of local authority residential care for elderly people in Oxfordshire*. Oxfordshire (GB): Department of Health, 1989, 41 pp.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Inspection of local authority residential care for elderly people in Oxfordshire. An assessment of some aspects of hotel service provision in residential homes for elderly people*. Oxfordshire (GB): Department of Health, 1991, 15 pp.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Caring for quality. Guidance on standards for residential homes for elderly people*. Londres (GB): HMSO, 1990, 55 pp.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Homes are for living in: how the model was tested in 2 London boroughs*. Londres (GB): Department of Health, 1991, 23 pp.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Towards a climate of confidence. Report of a national inspection of management arrangements for public sector residential care for elderly people*. Londres (GB): Department of Health, 1991, 83 pp.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Managing home care in metropolitan districts*. Londres (GB): Department of Health, 1989, 67 pp.
- SOCIAL SERVICES INSPECTORATE. *Inspection of local authority residential care for elderly mentally disordered people*. Londres (GB): Department of Health and Social Security, 1985, 4 pp.
- SPECTOR, W.D. y TAKADA, H.A. Characteristics of nursing homes that affect resident outcomes. En *Journal of aging and health*, vol. 3, nº 4, 1991, pp. 427 a 454.
- STONE, P. *Report of an inspection for syke house and watling house old people's homes*. Durham Tyne and Wear (GB): Social Services Inspectorate, 1991, 12 pp.
- TIMKO, K. y MOOS, R.H. A typology of social climates in group residential facilities for older people. En *Journal of gerontology*, vol. 46, nº 3, 1991, pp. S160 a S169.
- TIMKO, K. y MOOS, R.H. Determinants of interpersonal support and self-direction in group residential facilities. En *The Gerontological Society of America*, 1990, pp. S184 a S192.
- WAGNER, G. *Residential care. The research reviewed*. Londres (GB): National Institute for Social Work, 1988, 388 pp.
- WAGNER, G. *Residential care. A positive choice*. Londres (GB): National Institute for Social Work, 1988, 227 pp.
- WAGNER DEVELOPMENT GROUP. *Staffing in residential care homes*. Londres (GB): National Institute for Social Work, 1990, 54 pp.

- WEAVER, T. y OTROS. *The business of care: a study of private residential homes for old people*. Londres (GB): Centre for Environmental and Social Studies in Ageing, 1985, 170 pp.
- WILLCOCKS, D. y OTROS. *The residential life of old people. A study in 100 local authority homes, research report*. Vol. 1 and vol. 2. Research report N.º 12. Londres (GB): The Polytechnic of North London, 1982, 613 pp.
- WISEMAN, V. y POTTER, P. Net curtains and flowers. En *Social work today*, vol. 20, n.º 41, 1989, pp. 15 y 16.
- WRIGHT, K. *Cost-effectiveness in community care*. Discussion paper 33. York (GB): Centre for Health Economics, 1987, 48 pp.
- WRIGHT, L.K. A reconceptualization of the "Negative staff attitudes and poor care in nursing homes" assumption. En *The gerontologist*, vol. 28, n.º 6, 1988, pp. 813 a 820.