



Los “Centros de Día” como recurso asistencial para las personas en situación de dependencia¹

“Day Centres” as a Medical Care Resource for People Needing Long Term Care

■ Gregorio Rodríguez Cabrero

Resumen

En este artículo damos cuenta de manera sintética del concepto de Centro de Día como recurso asistencial para las personas en situación de dependencia, diferenciándolo de otros sistemas asistenciales aparentemente similares. Describimos la experiencia española en este campo basándonos en una investigación empírica realizada en 2005. Finalmente, nos referiremos a algunas de las tendencias de desarrollo de este dispositivo asistencial cuyo crecimiento e importancia será crucial en años venideros.

Palabras clave

Dependencia. Centro de día. Proceso rehabilitador. Programas de intervención de calidad. Apoyo informal.

Abstract

In this article we understand synthetically the concept of the Day Centre as a medical care and nursing resource for people in need of long term care, thus differentiating it from other apparently similar medical care systems. Spanish experience in this field, based on an empirical investigation which was carried out in 2005, is reported. Finally, reference is made to some of the deve-

El autor es Catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid (España).

¹Este artículo tiene su origen y fuente de información en la investigación *Los Centros de Día. Aproximación a la experiencia internacional y española*, realizada por Gregorio Rodríguez Cabrero (coordinador), Pilar Rodríguez y Vicente Marbán, y publicada en 2006 por la Fundación Pfizer en colaboración con el Área de Gobierno de Empleo y Servicios a la Ciudadanía (Dirección General de Mayores) del Ayuntamiento de Madrid y la Universidad de Alcalá (Madrid, España). Los lectores interesados en el tema podrán solicitar la monografía a la Fundación Pfizer (www.fundacionpfizer.org), donde además encontrarán las fuentes bibliográficas en las que se apoya este artículo, que por razones de espacio y oportunidad no se han incluido.

lopment tendencies of this medical care mechanism whose growth and importance will be crucial in coming years.

Key words

Long term care. Day centre. Rehabilitation process. Quality intervention programmes. Informal support.

■ Introducción

La futura ley de "promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" contempla el *Centro de Día* (a partir de ahora CdD) como un servicio asistencial en el catálogo de servicios del artículo 13 del Anteproyecto de Ley. Exactamente, se consideran los CdD para mayores, para menores de 65 años y los CdD de atención especializada. En este artículo nos referiremos de manera particular a los de personas mayores, cuyo desarrollo en España está teniendo una creciente importancia como un recurso social dirigido al mantenimiento de la autonomía de los mayores en situación de dependencia que viven en su domicilio, así como al apoyo a sus cuidadores/as informales.

Las políticas sociales de las Comunidades Autónomas y de la propia Administración Central han desarrollado a partir de 1985 y de manera creciente el Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD), favoreciendo la idea del envejecimiento en el propio domicilio. Sin embargo, en un plazo de 10 años, aproximadamente entre 1985 y 1995, ha cambiado la composición de la población mayor (con un crecimiento importante de los mayores de 80 años y con problemas de tipo cognitivo); también lo ha hecho la estructura de la población cuidadora tradicional (ya que la mujer cuidadora se ha incorporado al mercado de trabajo y parte de los cuidados informales tienen que ser realizados por las propias personas mayores); y, finalmente, ha cambiado la propia visión y práctica de los geriatras y gerontólogos sociales sobre cómo hay que abordar el cuidado de la persona en situación de dependencia.

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

El CdD es un recurso específico dentro de un modelo comunitario orientado a la atención psicofísica y social de la persona mayor dependiente que, al mismo tiempo, trata de dar respuesta a tres realidades sociales que el envejecimiento de la población en la Unión Europea ha puesto de manifiesto: *a)* el crecimiento de las dependencias de tipo cognitivo (Alzheimer sobre todo); *b)* la especial incidencia de las dependencias en el medio urbano, donde no sólo se encuentra el mayor número de personas muy mayores en situación de dependencia, sino que su situación se ve agravada por barreras sociales y físicas, sin olvidar que en los entornos rurales más aislados se encuentran personas mayores dependientes sin apenas cuidadores familiares y alejados de las redes de servicios sociales, y *c)* los cambios en las redes de apoyo

familiar, consecuencia de una creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo en el mundo urbano y de los nuevos modos de convivencia y solidaridad familiar.

Desde esta perspectiva, en este trabajo queremos destacar dos aspectos del desarrollo de los CdD. En primer lugar el conceptual, tratando de contribuir a su clarificación teórica y metodológica que, en no pocas ocasiones, se presta a confusión con otro tipo de dispositivos asistenciales. En segundo lugar, describiremos las características más importantes de su desarrollo reciente en España a través de una muestra significativa de casos en seis Comunidades Autónomas. Y, finalmente, destacaremos algunas de las líneas de su desarrollo futuro como recurso social al servicio de las personas dependientes y de sus cuidadores familiares.

El Centro de Día para personas mayores en situación de dependencia

Siguiendo a Pilar Rodríguez, definimos el CdD "como un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia, que, en régimen ambulatorio y de manera especializada, presta atención integral a la persona mayor en situación de dependencia". Su fundamento teórico supone un enfoque global de la atención por sus múltiples dimensiones (pluralidad de actores, variedad de necesidades y multiplicidad de objetivos), por la necesaria colaboración entre disciplinas que conlleva la intervención profesional (social, sanitaria, psicológica), y por la exigible flexibilidad organizativa.

Se trata de un recurso relativamente nuevo, en rápida expansión en el medio urbano, con tendencia a la especialización debido a la enfermedad de Alzheimer, y que cuenta con un apoyo creciente por parte de las familias cuidadoras. Su posición "intermedia" en la cadena asistencial, como eslabón entre la residencia y la atención domiciliaria, le concede una posición estratégica en el conjunto del sistema asistencial a las personas mayores dependientes, lo cual exige clarificar sus diferencias con otros programas de atención diurna, definir sus objetivos y concretar los recursos que debe poseer.

El CdD forma parte del conjunto de recursos intermedios de la cadena asistencial para personas mayores como son: estancias de día y de noche; estancias temporales; programas de respiro de fin de semana; centros rurales de apoyo diurno; hospitales de día, o centros sociales u hogares del pensionista y de personas mayores. Todos ellos son servicios intermedios, pero el CdD tiene una naturaleza asistencial específica porque: a) se trata de un centro gerontológico terapéutico especializado para personas mayores a cargo de un equipo multidisciplinar que aplica diferentes técnicas de trabajo; b) es un servicio de apoyo doble a la familia, ya que la libera en parte de la carga de cuidados y le ofrece programas de apoyo, formación y orientación, y c) se trata de una atención en régimen ambulatorio.

El objetivo global de un CdD como el señalado es mejorar la calidad de vida de la persona mayor dependiente y su familia cuidadora con el fin de favorecer la permanencia en su entor-

no habitual mediante asistencia profesional. Pero, además de la atención y cuidado de la persona dependiente y de su red informal, también pretende el apoyo a los profesionales del centro en términos de formación permanente, reducción del estrés profesional y colaboración con los cuidadores informales.

El CdD, de acuerdo con la experiencia en el caso español, al que luego haremos referencia, es un *centro flexible* en cuatro sentidos. En primer lugar, en cuanto a la edad de entrada, que no debe fijarse en los 65 años, ya que existen personas que a partir de los 50 sufren discapacidades importantes o deterioros cognitivos del tipo Alzheimer que requieren tratamientos preventivos y rehabilitadores. En segundo lugar, es necesaria la flexibilidad en la tipología de personas en situación de dependencia, ya que el CdD no debe excluir *a priori* a los que supongan un mayor coste asistencial o admitir sólo a un tipo determinado de usuarios. En tercer lugar, flexibilidad asistencial, ya que comprende la asistencia continua a personas con necesidades de apoyo permanente, junto con ayuda a la red informal y otras modalidades asistenciales de tipo parcial, como parte de la jornada, o con un carácter temporal para abordar problemas concretos como puede ser la rehabilitación física después de una estancia hospitalaria o la aplicación de un programa preventivo determinado. Finalmente, flexibilidad en la modalidad de centro, ya que el CdD no tiene que ser un centro *ad hoc* sino que puede formar parte de un complejo residencial o compartir su espacio para otros fines asistenciales, con tal de que efectivamente se cumplan los protocolos asistenciales exigibles.

Desde esta concepción flexible del CdD, la clave asistencial estriba en la existencia de un plan de intervención apoyado en unos servicios asistenciales, unos programas de intervención y un sistema de control de calidad. A ello nos referiremos a continuación.

En primer lugar, desde el punto de vista de la eficacia asistencial, el CdD para personas mayores debe disponer de un conjunto de *servicios básicos* como son: el transporte accesible (cuyo coste es elevado); la asistencia en las actividades diarias y la manutención, ya que esas personas suelen estar en el CdD 8 h o más. Además, debe disponer de servicios de atención social, psicológica y sanitaria, terapia ocupacional y servicios de integración social. En segundo lugar, el CdD tiene que desarrollar una serie de *programas de intervención psicosocial y sanitaria de carácter especializado* con el fin de lograr una asistencia de calidad, como son: *a)* los programas para personas en situación de dependencia (fundamentalmente programas terapéuticos —funcionales, cognitivos, socializadores y psicoafectivos— y sanitarios); *b)* los programas de intervención con familiares o cuidadores informales (formación, asesoramiento, grupos de apoyo mutuo, etcétera); *c)* programas de formación continua de los profesionales del CdD, y *d)* los programas de intervención ambiental y con organizaciones colaboradoras, públicas y privadas.

Para hacer frente a los requerimientos asistenciales del CdD son necesarios recursos humanos y materiales que van implícitos en lo antedicho. Pero es preciso recordar que para que tenga éxito es necesario un *equipo multidisciplinar permanente* (si bien todos sus miembros no necesitan una dedicación exclusiva, ni estar necesariamente adscritos en su totalidad al

CdD ya que pueden ser compartidos con otros servicios asistenciales). En la tabla 1 se muestra la composición del equipo multidisciplinar, su dedicación y adscripción.

Por otra parte, el CdD debe tener un espacio propio, aunque forme parte de un complejo asistencial, y disponer de salas o espacios para la realización de programas de intervención claramente diferenciadas de espacios de ocio, comedor, etc. La accesibilidad al mismo, la ergonomía de su mobiliario, la suficiencia y calidad del material terapéutico, la seguridad y adecuado medio ambiente, son requisitos básicos.

Estos recursos deben ir dirigidos a la calidad asistencial, a su vez basada en la aplicación de criterios como: *a)* la participación permanente en la gestión del CdD de las personas en situación de dependencia, sus familiares o cuidadores informales y los profesionales del centro; *b)* son requisitos el reconocimiento y salvaguarda de los derechos de las personas mayores, junto a un sistema de obligaciones o deberes; las cartas o códigos de derechos y deberes de los usuarios se han extendido durante los últimos años y su cumplimiento es una garantía de calidad. Finalmente, *c)* la aplicación de un plan general de intervención especí-

Tabla 1. Equipo multidisciplinar de los centros de día

| Categoría profesional | Total | Tiempo de dedicación diaria | Adscripción |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Auxiliar de enfermería o gerocultores | 1 por cada 6 usuarios con deterioros cognitivos, o 1 cada 10 para discapacidades físicas | Jornada completa | CdD |
| Enfermero/a | 1 | Según demanda o programación | Desplazado Centro de Salud Compartido con Residencia |
| Trabajador/a social | 1 | 4 h/día | Compartido con otro centro de mayores Compartido con Residencia |
| Psicólogo/a | 1 | 1-3 h/día, según tipología usuarios/as | Compartido con otro recurso Compartido con Residencia |
| Terapeuta ocupacional | 1 | 4 h/día | CdD Compartido con Residencia |
| Fisioterapeuta | 1 | De 2 h a media jornada, en función del perfil de usuarios | CdD Compartido con Residencia |
| Médico/a | 1 | Según demanda o programación | Desplazado Centro de Salud Compartido con Residencia |

fico en cuanto a programas y objetivos finales, constituye el tercer criterio de medida de la calidad.

Desde el punto de vista de los *sistemas de valoración de la calidad asistencial*, la práctica profesional nos indica que la existencia de una guía de buenas prácticas y de protocolos de evaluación de la cobertura (si el CdD llega al grupo objetivo), del esfuerzo (valoración de los medios humanos y materiales disponibles), del proceso de intervención (valoración de tareas y actividades), de los resultados (evaluación de la prevención, de la mejora funcional y/o cognitiva, satisfacción de los usuarios), reforzado todo ello con auditorías externas de calidad, forman parte de los sistemas exigibles en la valoración de estos centros.

Los Centros de Día en España. Una aproximación

El contexto europeo

Como premisa del análisis de la situación de los CdD en España, es preciso recordar que nuestro país comparte con la mayoría de los países de la UE un contexto similar de envejecimiento, que ha obligado a cambiar la estructura y objetivos de los servicios sociales dirigidos a las personas dependientes. En sociedades cada vez más envejecidas como las europeas ha habido un doble proceso de cambio en los sistemas asistenciales ante el crecimiento de la población mayor dependiente. Así, por una parte, se ha producido la transición desde un modelo asistencial residencial dominante a otro de tipo comunitario; y, por otra, se han desarrollado modelos integrales que combinan lo profesional con lo informal; lo preventivo con lo asistencial y rehabilitador; lo social con lo sanitario.

En este contexto, existe cierta convergencia en los distintos modelos del *Estado de Bienestar* para desarrollar un tipo de servicios como los CdD que, por ser considerados como un recurso sociosanitario y de apoyo familiar "intermedio" entre la institucionalización de la persona dependiente en centros residenciales y la atención a domicilio, pueden contribuir a su autonomía y permanencia en su entorno social.

El CdD acoge habitualmente a personas que mantienen o pueden mantener cierto nivel de contacto con el entorno, excluyéndose aquéllas con graves déficit funcionales y conductuales, lo cual determina las características espaciales y funcionales que debe poseer el centro. Esto supone que sea imprescindible afrontar la dificultad de acotar los límites de la dependencia y autonomía de los usuarios, y la constatación del momento en que deben pasar a un nivel residencial.

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

El modelo conceptual de la efectividad de un CdD se apoya en tres grandes objetivos: la mejora del bienestar de la persona dependiente, la adaptación del cuidador reduciendo su estrés y el retraso de la institucionalización. Ahora bien, como tales objetivos tienen que adap-

tarse a las personas en situación de dependencia, la tipología de CdD es una combinación de tipos y grados de dependencia, objetivos y programas. En general, la tendencia dominante es la existencia de centros mixtos, en los que se atiende a personas con dependencia física y cognitiva, y dirigidos al logro del mencionado triple objetivo. Pero, al mismo tiempo, se ha consolidado un modelo específico para personas con Alzheimer u otras demencias, tal como está sucediendo en España.

A medida que la población envejece, creciendo la población de 80 y más años, y se hacen más complejas las situaciones de dependencia, el CdD tiende a diversificar sus programas en función de la edad, el tipo de dependencia e, incluso, del tipo de hábitat.

En los países del sur de Europa, como España, se distinguen dos categorías de CdD: los socioterapéuticos, para todo tipo de dependencias, o polivalentes (Centro de Día en España; *Centre Diurne per Anziani Fragili*, con funciones de rehabilitación y socialización, en Italia), y los especializados en demencias, también denominados Centros Psicogeriátricos. Los primeros pueden ser centros independientes, integrados o anejos a un complejo residencial. Los segundos son especializados y tienden a constituirse como centros específicos, si bien pueden estar integrados en un complejo residencial.

Marco general del desarrollo de los CdD en España

El anteproyecto de "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" de 2006, en su artículo 13.2 diferencia entre Centros de Día para mayores, Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día de atención especializada y Centros de Noche dentro del grupo de "Servicio de Centro de Día y de Noche". En el análisis de la muestra significativa de centros analizados, que luego consideraremos, se comprueba efectivamente que en el caso de las personas mayores encontramos tres modalidades: para mayores, especializados y centros de noche; estos no siempre como recurso específico sino como oferta residencial *ad hoc*.

Según la información del Libro Blanco, en enero de 2004 había en España 1.756 CdD con 33.709 plazas; con una media de 19 plazas por centro y una tasa de cobertura de la población mayor de 65 años del 0,46%, siendo la cobertura de las plazas públicas y concertadas del 0,27%. Sólo Cataluña, Madrid, País Vasco y La Rioja tenían una tasa de cobertura superior a la media nacional.

Se trata de un modelo de oferta de tipo mixto, ya que más de la mitad de las plazas son de titularidad privada (el 59%), si bien buena parte de ellas son financiadas públicamente (el 56% del total de plazas en Centros de Día están financiadas por el sector público). Este recurso está teniendo una fuerte expansión en España como sistema intermedio de atención de personas dependientes, aunque, como el mencionado Libro Blanco señala, "no se dispone de información suficiente sobre las características esenciales de nuestros Centros de Día: programas que realizan, profesionales y disciplinas que prestan sus servicios en ellos, grado de dedicación, horarios y días de apertura, funcionamiento del transporte, etcétera".

La muestra de centros que aquí analizamos, a modo de estudio piloto, pretende profundizar en el análisis de los actuales CdD desde una perspectiva gerontológica. Para ello haremos una descripción general del marco regulador e institucional de los CdD en las seis Comunidades Autónomas donde se ha realizado trabajo de campo: Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid y País Vasco para, posteriormente, valorar algunos de los resultados más relevantes.

Denominación y regulación de los CdD en varias Comunidades Autónomas

- La "Ley de atención y protección a las personas mayores" en **Andalucía** diferencia, como en el caso de **Castilla-La Mancha**, entre CdD y Unidades de Estancia Diurna. Los primeros son centros de promoción del bienestar, convivencia, participación e integración de las personas mayores; pueden servir de apoyo para la prestación de servicios sociales, pero fundamentalmente son centros de ocio, relación e integración social. A su vez, las Unidades de Estancia Diurna están dirigidas a la atención integral de personas mayores en situación de dependencia física y/o psíquica. Su objetivo es doble: mejora o mantenimiento de la autonomía del dependiente y apoyo a la familia o cuidadores habituales.
- En **Asturias**, el CdD se concibe como centro gerontológico socioterapéutico y de apoyo a la familia. Atiende durante el día a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente promoviendo su autonomía y permanencia habitual en su entorno habitual. El CdD desarrolla objetivos en relación con los colectivos que intervienen: *a)* mayores dependientes (recuperar su autonomía; evitar o retrasar la institucionalización; prevenir el incremento de la dependencia); *b)* la familia cuidadora (orientación y asesoramiento; proporcionar tiempo libre y descanso; desarrollo de habilidades para reducir el estrés y mejorar la calidad de los cuidados: prevención de conflictos), y *c)* los cuidadores profesionales (formación continua, reducción del estrés, satisfacción laboral). En el modelo de centro público de Asturias las modalidades de asistencia pueden ser de tipo completo o parcial en función de las necesidades de la persona mayor dependiente.

Todo CdD debe contar con un Plan General de Intervención (PGI), donde se enmarcan los servicios y los programas de cada centro. Se consideran *servicios* del centro los siguientes: los de tipo básico, como manutención, transporte y asistencia en las actividades básicas; los de tipo especializado, como atención psicosocial, terapia ocupacional y cuidados de salud; y, finalmente, *servicios complementarios*, como cafetería, peluquería, etcétera. En cuanto a los *programas de intervención*, se diferencian seis: de intervención terapéutica, atención sanitaria, intervención ambiental, intervención con familias, programas con colaboradores y de formación continua.

Asimismo, el CdD debe elaborar una Memoria anual que debe incluir la evaluación del centro en función de un Protocolo de Evaluación.

- En **Castilla-La Mancha** se diferencia entre el CdD y el Servicio de Estancias Diurnas (SED). El primero, se define como un "establecimiento de carácter social en el que se faci-

lita la estancia durante el día y la convivencia entre las personas mayores, con el objeto de propiciar la participación activa, la relación personal y la integración social mediante la realización de actividades socioculturales y recreativas, estableciendo, en su caso, servicios básicos de información, orientación y atención social". Según esta definición, podemos concluir que el CdD es equivalente al Centro Social o de socialización y convivencia.

A su vez, el SED (que puede realizarse en un Centro Social, residencia o espacio específico) se define como el "que ofrece durante el día atención integral a las personas mayores que tienen una situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Asimismo proporcionan a los familiares o cuidadores habituales el apoyo y la orientación necesaria para facilitar su atención, promoviendo su autonomía y la permanencia en su ambiente familiar y social". Es decir, en sentido estricto el SED es equivalente al CdD.

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

Aunque existen centros específicos en los que se desarrolla el SED, éste suele formar parte de algún complejo o centro gerontológico que presta varios servicios integrados que se complementan mutuamente: centro de noche (para respiro de las familias en casos de demencias y control de síntomas), consultas externas y atención domiciliaria.

Finalmente, el aumento de la demanda de atención de día por causa del Alzheimer u otras demencias está presionando a favor de nuevos recursos específicos o CdD para personas con problemas cognitivos.

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

El CdD, o Acogimiento Diurno, es un centro asistencial dirigido a la persona dependiente. En el primer caso se considera CdD como tal, mientras que el Acogimiento Diurno tiene lugar en el seno de un complejo o centro gerontológico.

En Cataluña los CdD están dirigidos a la atención de personas en situación de dependencia y suelen incluir servicios de apoyo a la familia. Tal como se define en el Decreto 182/2003, de 22 de julio, "los Servicios de Acogida Diurna para personas mayores proporcionan apoyo a las personas que necesitan organización, supervisión y asistencia en las actividades de la vida diaria y complementan la atención propia del entorno familiar".

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

En cuanto a las modalidades asistenciales por tipo de jornada y horarios, suele ser bastante flexible. El sistema tiende a ser "modular", o "a la carta", al estimarse que el establecimiento rígido con horarios de 9 de la mañana a 5 de la tarde haría que muchas familias no pudieran satisfacer plenamente sus necesidades asistenciales. Esa parece ser la tendencia general.

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

Los CdD forman parte de la Red de Servicios Sociales Comunitarios, que atiende a usuarios con diferentes grados de discapacidad física y psíquica, en muchas ocasiones complementado con el Servicio de Ayuda a Domicilio. Normalmente se estructuran en espacios diferenciados en función de su grado de dependencia, aunque la normativa actual precisa cuál es el perfil de usuario, en parte por la propia naturaleza de la persona dependiente que está en una situación a medio camino entre el domicilio insuficiente y la residencia aún no necesaria.

En Madrid capital prevalece un modelo con horario estándar (de 8:00 a 18:00 o 20:00 h) y excepcionalmente para noches o fines de semana, ya que por la propia estructura física y el coste de este tipo de servicios adicionales no es probable que lo ofrezca un CdD y sí una Residencia.

- La **Diputación Foral de Álava** tiene una larga y destacada tradición en la atención a las personas en situación de dependencia, habiéndose prestado una atención especial en los últimos años a los recursos de tipo psicogeriatrico. Aquí el CdD está claramente diferenciado de los Centros Sociales o Centros Socioculturales, y de los Centros Rurales, cuyo objetivo es la integración social.

El CdD para Personas Dependientes es una estructura autónoma, si bien existe también la Atención Diurna en Residencias, un equivalente del anterior. Se concibe como un recurso de apoyo a la familia que cuida de personas en situación de dependencia, además de mantener a la persona en su medio natural con la máxima autonomía posible. Aunque el *ratio* de cobertura de plazas de atención diurna en el País Vasco para personas mayores de 65 años es de 0,55%, en el caso de Álava es el doble: 1,2% para mayores de 60 años.

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

Resultados de un estudio piloto

Los resultados que a continuación se señalan de manera esquemática se basan en las entrevistas realizadas a seis expertos de las diferentes Comunidades Autónomas antes citadas y en las realizadas a doce directivos de CdD de cada una de ellas (en cada Comunidad Autónoma se ha entrevistado un CdD público y otro privado, con la excepción del País Vasco, donde las entrevistas han sido en dos centros públicos de Álava). El objetivo del trabajo de campo y posterior análisis se ha centrado en los objetivos del CdD: cobertura, funcionamiento básico y plan de intervención, recursos humanos, costes y procesos de evaluación de la calidad.

- Conceptualmente, la denominación de CdD es similar en las Comunidades Autónomas analizadas, con la excepción de Castilla-La Mancha y Andalucía, donde se habla respectivamente de "Servicios" y de "Unidades" de Estancia Diurna. La principal diferencia entre estas denominaciones se centra fundamentalmente en la tendencia a usar el término "centro" cuando se ofrecen servicios integrales de atención a dependientes en un espacio definido, mientras que se habla de servicios o unidades cuando éstos se prestan integrados en distintos centros. Esta diferencia puede responder a la preferencia de algunas Comunidades Autónomas hacia un modelo de "servicios" más que a un modelo de "centros", a los distintos grados de institucionalización y desarrollo de los CdD en las distintas Comunidades Autónomas, o a la denominación normativa propia de cada Comunidad Autónoma. En todo caso, mediante el trabajo de campo hemos pretendido, además de destacar las diferentes denominaciones que provocan cierta confusión (originada en la transferencia de servicios por el IMSERSO hace más de una década), establecer la diferenciación metodológica entre CdD propiamente dichos y otros servicios de integración social (Centro Social) o al apoyo de personas frágiles con problemas iniciales de dependencia (servicios de atención diurna que se prestan en Centros Sociales o Residencias).
- La gran mayoría de los CdD son mixtos, predominando en ellos las personas con dependencia cognitiva (Alzheimer sobre todo) sobre las que tienen dependencia física. En Cataluña y Madrid este predominio alcanza entre el 80% y el 90% según los expertos entrevistados, lo que casi los convierte en centros especializados. Con la excepción del País Vasco, donde se diferencian dos tipos de centros: los centros asistidos (para personas mayores dependientes físicos) y los psicogerítricos (para personas mayores con demencia), los especializados no son la norma habitual (en Madrid tan sólo 4 de los 34 CdD municipales están especializados en problemas cognitivos, lo que sí sucede en los

centros de la red privada), sino que suelen responder a situaciones puntuales como el acogimiento de los CdD a planes de Alzheimer (caso del CdD público de Granada), o a nuevos convenios con centros privados ya especializados en un tipo de dependencia concreta (CdD de Valdepeñas).

- La **media del número de plazas**, en torno a las 25-30, tiende a aumentar cuanto mayor es el tamaño del hábitat de la zona de influencia del CdD, tanto en los centros privados como en los modelos de atención más institucionalizados.
- En los casos analizados, el **horario** tipo oscila entre las 8:00-9:00 h de la mañana y las 18:00 h de la tarde cuando se trata de centros públicos, ya que la mayoría de los centros privados y concertados, o bien tienden a jornadas más largas que alcanzan hasta las 20:00 h de la tarde, o incluso llegan a funcionar durante todo el día. También en Castilla-La Mancha y Andalucía suelen disponer de horarios más amplios (hasta las 21:00 h de la tarde), entre otras razones porque en estas Comunidades Autónomas predomina un tipo de atención con servicios de atención diurna, más flexibles que los propios CdD y porque suelen ampliar sus horarios en períodos puntuales como las fechas de recolección en el campo.
- Los **CdD privados** también son más flexibles en las modalidades asistenciales, llegando a funcionar durante los fines de semana; algunos hasta tienen programas de atención nocturna. Son centros, como en Madrid capital, orientados en mayor medida que los centros públicos a satisfacer la demanda de las familias que cuidan de personas mayores con demencias, haciéndolo con criterios de flexibilidad según la preferencia de los clientes.
- En cuanto al **Plan General de Intervención (PGI)**, la variedad de servicios ofertados en los CdD es amplia e independiente de la titularidad del centro o de la Comunidad en cuestión, estando en función de las propias características organizativas y de ubicación de los centros. Por otra parte, la mayoría de ellos tienden a ofrecer gran parte de los programas de intervención considerados como básicos para los usuarios sin diferencias significativas por Comunidades Autónomas ni por titularidad de los centros.
- Es habitual que los CdD, tanto públicos como privados, incorporen **actuaciones de información, formación y asesoramiento a las familias** (aunque no suelen estructurarse como programas), si bien son excepción los lugares en los que, como en Asturias, se ofrecen de manera sistemática programas de información para grupos de familias, o los de intervención más especializada, como los grupos psicoeducativos o la creación de grupos de autoayuda.
- El **ratio**, o número de cuidadores profesionales por cada 15 usuarios atendidos, es muy similar en los CdD públicos y privados, y está en torno a 2,5.
- En los CdD públicos el **coste** diario por plaza suele situarse por término medio entre 23,6 y 26 €, según la información de los propios CdD y de los expertos respectivamente, mientras que en los privados es algo menor, en torno a los 22 €. En costes por plaza y día se sitúan a la cabeza los centros del País Vasco (42 €), seguido de Asturias (32 €) y Madrid (de 26 a 30 €) y a un nivel similar los de Castilla-La Mancha, Andalucía (25 €) y Cataluña

(21 €). En todo caso el coste del transporte, cuando existe, condiciona el coste total del Centro.

Tendencias en el desarrollo de los CdD y reformas necesarias

Los CdD son un recurso intermedio previo a la institucionalización donde se proporciona atención especializada, integral e individualizada para personas en situación de dependencia y requieren una red sociofamiliar de apoyo y otros dispositivos complementarios como Ayuda a Domicilio o Teleasistencia.

A priori, su valoración general tiende a ser positiva en la medida en que son considerados un recurso de mantenimiento y contención de la dependencia, que mejoran el bienestar de las personas en situación de dependencia y alivian la carga de trabajo y estrés de los cuidadores informales. Sin embargo, la literatura al respecto a veces es contradictoria.

En cualquier caso, y aunque el CdD no es una panacea, sí es un recurso intermedio socialmente útil que hay que potenciar. Un recurso que, dada su relativa juventud en España, todavía tiene algunos aspectos que mejorar en los años venideros, como son los siguientes:

Tabla 2. Modelos tentativos de CdD en España

| | Andalucía | Castilla-La Mancha | País Vasco | Madrid | Cataluña | Asturias |
|-------------------------------|----------------------|---|--------------------------------------|---|---|--|
| Grado de institucionalización | Modelo de servicios | Modelo de servicios o estancia | Modelo de centros | Modelo de centros | Modelo de centros | Modelo de centros |
| Cobertura | Baja | Baja | Media | Media | Media | Baja |
| Tipo de CdD | Mixto | Mixto | Especializado | Mixto | Mixto | Mixto |
| Titularidad del CdD | Pública y concertada | Pública y concertada | Pública | Pública y concertada | Pública y concertada | Pública (no hay conciertos) |
| Modalidades asistenciales | – | Flexibles en centros privados y rígidas en públicos | Rígidas con tendencia a flexibilidad | Flexibles en centros privados y rígidas en públicos | Flexibles en centros privados y rígidas en públicos | Flexibles en centros privados y públicos |
| Coste medio por plaza y día | Medio | Medio | Alto | Medio | Medio | Medio-alto |

(Fuente: elaboración propia.)

1. *Flexibilización de horarios y modalidades asistenciales.* En este sentido, hemos observado cómo los centros con horarios y modalidades asistenciales más flexibles tienden a ser centros anexos a residencias, centros públicos con acuerdos con asociaciones de familiares de Alzheimer y organizaciones de voluntariado multidisciplinares que colaboran en fines de semana, así como centros privados que prestan servicios fuera de los horarios y jornadas habituales. Teniendo en cuenta las necesidades de las personas y, en especial, de las familias, habría que generalizar la apertura de los CdD durante los fines de semana, desarrollando durante los mismos no los programas habituales, sino actividades de ocio recreativo, de relación intergeneracional, etcétera, lo que, sin duda, reduce también los costes de esta ampliación. Por lo que atañe a la atención durante las noches, el anteproyecto de ley antes mencionado señala una política social clara a seguir en el futuro.

En cuanto atañe a las modalidades asistenciales debería abarcarse una variedad mayor de destinatarios, adaptando la modalidad de asistencia a cada caso.

Para facilitar mayor flexibilidad de horarios y modalidades asistenciales es necesario reconsiderar la orientación de los CdD y ampliar su oferta para una mayor variedad de situaciones. Asimismo, parece que algunas fórmulas funcionan de manera más adecuada para facilitar que estos centros resulten más flexibles, como por ejemplo:

- El desarrollo de CdD anexos o próximos a residencias, con el fin de aprovechar las economías de escala que éstas proporcionan, tanto en lo que se refiere a profesionales como a sistemas organizativos y a la atención permanente que funciona en ellas.
- El concierto con centros privados que funcionan durante noches y fines de semana.
- La incorporación de un copago adicional y baremado de los usuarios por recibir atenciones en fines de semana o por las noches.
- El fomento de acuerdos con asociaciones de familiares de afectados y de voluntariado especializado en la atención de determinadas afecciones, para ayudar en la provisión de los servicios de respiro durante los fines de semana, e incluso para colaborar en los de atención nocturna.

2. *Garantizar el transporte.* Teniendo en cuenta que el CdD es un recurso especializado para la atención de personas en situación de dependencia, no cabe duda de que la falta de transporte accesible origina un problema de equidad e introduce un factor de discriminación hacia las personas que lo necesitan y no cuentan con familiares que puedan realizar los desplazamientos. Como ya señalamos, el transporte debe formar parte inexcusablemente de los servicios básicos del CdD, con independencia de que pueda haber algunas personas que no lo precisen.

3. *Generalizar los programas de intervención con familias.* Se detectan lagunas importantes en lo que se refiere al desarrollo de estos programas. Así, se prevé la información y la orientación personalizada de manera general, pero son raros los lugares en los que

desde los CdD se planifican y desarrollan programas de intervención para grupos de familiares de formación y de apoyo psicológico (grupos de autoayuda, psicoeducativos, etcétera). Es necesario incorporar estos programas a la oferta de los CdD.

4. *Mejora de la coordinación entre los distintos eslabones de la cadena asistencial y con los Centros de Salud.* Concretamente, debería mejorar el nexo dinámico entre los diferentes recursos de los servicios sociales y sanitarios para establecer el adecuado plan de cuidados y la cooperación entre ellos. Por ello sería necesario elaborar planes individualizados de cuidados y periódicamente revisados, que garanticen su continuidad y la coordinación entre recursos de los servicios sociales; y, por otra parte, desarrollar protocolos de actuación conjunta con los centros de salud e informes documentados para mejorar y agilizar la información entre ambos tipos de centro.
5. Finalmente, *sería necesario elaborar un registro público de CdD, públicos y privados, de fácil acceso para las familias, clasificados por tipologías, así como disponer de mapas de su localización utilizando criterios de planificación que consideren la demanda real y la previsible, e incorporando las adecuaciones precisas según los tipos de hábitat.*

En definitiva, en España el CdD será en los próximos años un recurso asistencial estratégico en la prevención del deterioro por envejecimiento y en la rehabilitación y asistencia de personas mayores en situación de dependencia. Ello exigirá no solo un mayor número de plazas para paliar el actual déficit, sino también, y sobre todo, su desarrollo y adaptación a una población envejecida y muy diversa; y, además, ofrecer programas asistenciales de calidad a las personas dependientes y sus cuidadores informales.