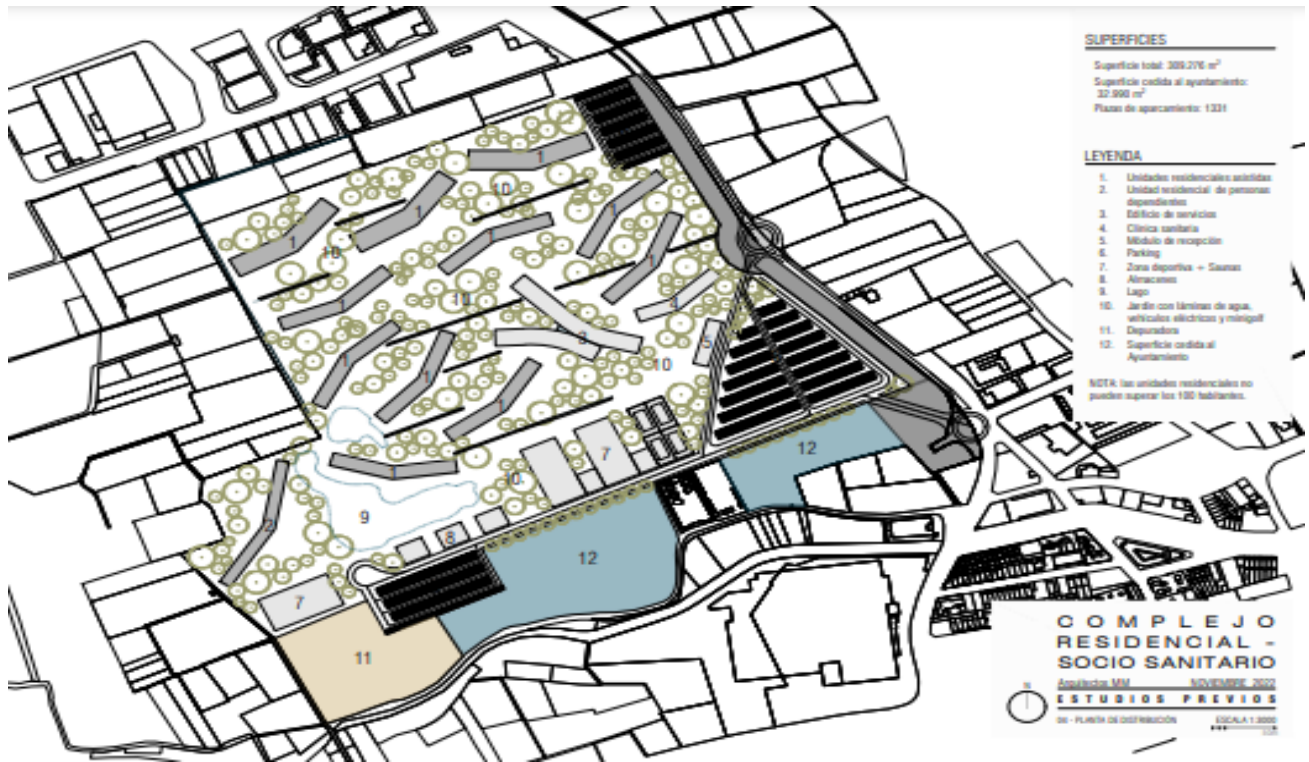




COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO-SANITARIO (PILES)

ESTUDIO DE VIABILIDAD ECONÓMICO FINANCIERO

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA

01/01/2023

ÍNDICE

1	RESUMEN.	05
2	PREFACIO.	06
3	INTRODUCCIÓN.	07
4	ANÁLISIS DE LA IDEA DEL NEGOCIO.	09
5	ORIGEN DE LA IDEA.	11
6	NECESIDADES QUE CUBRIMOS EN EL MERCADO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO.	13
7	RESUMEN DE SUPERFICIES DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO.	14
7.1	CONCEPTOS GENERALES – SOPORTE DE LA ACTUACIÓN.	15
7.2	ARQUITECTURA SOSTENIBLE: CONSTRUIR UN COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO EFICIENTE ENERGÉTICAMENTE EN UN MARCO MEDITERRÁNEO.	15
7.3	TENDENCIAS DEL DISEÑO Y DE LA ORGANIZACIÓN DEL COMPLEJO.	16
7.4	SOBRE LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL ESPACIO.	16
7.5	DISTRIBUCIÓN.	21
8	VOLUMEN LEGISLATIVO DE RESIDENCIAS DE PERSONAS DEPENDIENTES.	26
9	ALGUNAS DE LAS ESPECIALIDADES QUE OFRECE EL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO.	27
10	DATOS GEOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS.	32
F1	FASE 1	35
F2	FASE 2	36
F3	FASE 3	36
F4	FASE 4	36
F5	FASE 5	37
11	DESCRIPCIÓN Y COMPRA DEL SOLAR.	38
12	ESTUDIO LEGAL-URBANÍSTICO.	41
13	ESTUDIO COMERCIAL.	44
14	BREVE RESUMEN DEL MUNICIPIO DE PILES EN LA COMARCA DE LA SAFOR.	51
15	BREVE RESUMEN DE GANDIA, CAPITAL DE LA COMARCA DE LA SAFOR.	62
16	SERVICIOS QUE OFRECE GANDIA	67
16.1	Gandia ofrece el 95% de servicios que pueda ofrecer la Capital de Valencia	67
17	PATRIMONIO ARQUITECTÓNICO.	69
18	HOSPITAL FRANCESC DE BORJA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA.	77
19	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA EMPRESA.	81
20	CONCLUSIONES	89
21	BIBLIOGRAFÍA.	90
22	DISEÑO DE LOS MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES MEDICALIZADAS.	92
23	ESTUDIO DE COSTES.	135
24	ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO.	178
25	PROFESIONALES AL SERVICIO DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO.	212
26	GERONTOLOGÍA EN MAYORES.	291
		368

1. RESUMEN

El proyecto que se presenta a continuación consiste en el desarrollo de un Plan de Empresa para la construcción, Gestión y Explotación de un Complejo Residencial Socio Sanitario.

Mediante un Plan de Empresa lo que se pretende es realizar un documento donde un emprendedor detalle toda la información relacionada con su idea de crear una empresa determinada.

En nuestro caso, se estudiarán todos los puntos relativos a la construcción, Gestión y Explotación de un complejo Residencial Socio Sanitario en el término municipal de Piles en la comarca de la Safor, que pertenece a la Comunidad Valenciana.

La motivación de este proyecto radica en el hecho que se trate de uno de los sectores, el de las Residencias Socio Sanitarias, que está sufriendo un mayor crecimiento.

Es un sector que se encuentra en plena expansión y durante los próximos 25 años será uno de los nichos de mercado con mayor crecimiento debido al acelerado envejecimiento de la población y la carencia de plazas residenciales en España y en los países Europeos.

En el Plan de Empresa se realizará en primer lugar un Análisis de la Idea de Negocio con el objetivo de establecer la viabilidad de la idea, mediante el estudio de sus características y aspectos claves.

A continuación se realizará un estudio de la competencia y de los consumidores, se definirá la estrategia a seguir a corto, medio y largo plazo, se detallará el marketing mix de la empresa y se realizará un estudio de la estructura organizativa de la misma. Finalmente se estudiará la viabilidad del proyecto desde el punto de vista económico, financiero.

2. PREFACIO

FUNCIÓN EMPRESARIAL

El complejo residencial Socio Sanitario presentado a continuación es un tipo de instalación perteneciente al sector Asistencial Socio Sanitario. Se trata de un complejo mixto entre residencia asistida y Apartamentos tutelados. Se ofrecen estos dos servicios diferenciados con el objetivo de llegar a la máxima variedad de público objetivo con patología de dependencia: Leve, Medio o Alto que pueda necesitar servicio asistencial Socio Sanitario. El abanico de público objetivo abarcado por el complejo residencial va desde personas con mínimas o nula dependencia, cuyo servicio sería prestado por los pisos tutelados, y personas con dependencia media o total, cuyo servicio sería prestado por la residencia asistida.

MOTIVACIÓN

El sector Residencial con el servicio asistencial Socio Sanitario es uno de los mercados con mayor potencial de crecimiento. Existe un elevado déficit de plazas residenciales en la Comunidad Valenciana se espera que esta elevada demanda de plazas se mantenga durante los próximos veinte a veinticinco años.

Esta elevada demanda de plazas residenciales se debe a factores diversos como el envejecimiento de la población, aumento de la esperanza de vida o cambios sociales que implican la disminución de la ayuda informal.

NECESIDADES DEL MERCADO

Además de la elevada demanda de plazas residenciales también se ha producido un cambio en la mentalidad de las personas que reclaman estos servicios. Cada vez se exige un servicio mucho más profesionalizado, en cuanto al personal, instalaciones y servicios prestados, haciendo que tan solo residencias con un número de plazas mínimo puedan garantizar estos estándares de calidad, frente a las denominadas micro residencias.

Los residentes exigen cada vez un servicio mucho más profesionalizado y en muchos casos se valora un servicio que permita sentir a estas personas al máximo su capacidad de independencia. Es por ello que se han introducido nuevos servicios asistenciales como tele asistencia, centros de día, etc. con el propósito de permitir a las personas que puedan tener un grado de autonomía elevado.

PRODUCTO

En este caso, más que un producto se trata de un servicio o servicios. Los dos servicios que se ofrecen son los de pisos tutelados y residencia asistida en un mismo Complejo Socio Sanitario. Los pisos tutelados están pensados para aquellas personas cuyo grado de dependencia es muy bajo o nulo. Para mantener al máximo esta independencia se ofrecen todos los servicios relativos a tareas del hogar y ocupaciones que en mucho caso si resultan difíciles para estas personas, como son limpieza, lavandería, cocina, etc. La residencia asistida ofrece además de los servicios anteriormente mencionados, todos aquellos cuidados relativos a higiene y cuidado personal de los residentes, como pueden ser ayuda en la vestimenta, aseo, curas, etc.

SISTEMA DE NEGOCIO

La profesionalización que se está produciendo del sector asistencial debido a que se trata de un mercado con elevadas posibilidades de inversión, ha llevado a la empresa a establecer la calidad de los servicios como el tipo de estrategia a seguir. El objetivo de la empresa es ofrecer todos aquellos servicios que permitan a los residentes tener una vida lo más placentera posible. Es por ello que se ha apostado por la cantidad y calidad del personal, aspecto clave para un servicio de calidad en este sector, así como por una estructura de las instalaciones basada en la máxima funcionalidad. El hecho de combinar pisos tutelados con residencia asistida permite ofrecer un producto poco extendido, como son los pisos tutelados, a un precio competitivo ya que aprovecha los servicios de la residencia como propios.

3. INTRODUCCIÓN

La incertidumbre económica que se respira en estos años debido a diversos factores pero especialmente a una ralentización global de la economía ha llevado a los inversores a seleccionar mucho más detalladamente las posibles inversiones a realizar.

La inestabilidad bursátil ha hecho que muchos inversores desconfíen de la renta variable. Sin embargo, los bajos rendimientos obtenidos mediante renta fija han llevado a los inversores a buscar nuevas alternativas que garanticen una buena relación rentabilidad, riesgo.

Como respuesta a esta situación, es decir la necesidad de encontrar un tipo de inversión segura y rentable, se ha producido en España el “boom” inmobiliario en el que nos encontramos actualmente inmersos. Se construyen **500.000 viviendas nuevas** cada año, a pesar que existen unos **3.000.000 de viviendas vacías**. Igualmente la escalada de precios de las viviendas nuevas sufre un aumento continuo desde hace unos años. Este aumento de precios fue de un 16% aproximadamente entre los años **2.016 y 2.021**. Sin embargo, la más que posible ralentización del propio mercado inmobiliario ha hecho que las promotoras fijen su vista en el negocio de las residencias geriátricas como una alternativa para diversificar su negocio. Pero no tan solo inmobiliarias y promotoras se han interesado por este negocio sino que importantes compañías aseguradoras y entidades bancarias se han fijado en el sector.

Este elevado aumento de precios viene dado, especialmente en las grandes ciudades como Valencia y sus áreas metropolitanas, por la falta de suelo edificable dentro de las mismas ciudades. Esta tendencia alcista de los precios ha empezado a ser objeto de debate y ha llevado a los expertos a plantearse si la situación no responderá a una nueva “burbuja” inmobiliaria tal y como paso con las nuevas tecnologías.

Por otro lado, otro sector que se encuentra en pleno auge y cuyo crecimiento se espera sea continuo en un periodo de veinte a veinticinco años es el sector asistencial socio sanitario. Como se comprobará a lo largo de este documento, el envejecimiento de la población Española y Europea es un hecho evidente y que en muchos casos va más allá de la simple percepción que pueda tener la población en general.

Debidos a los cambios que se han producido en la sociedad, como la total incorporación de la mujer al mundo laboral y este aumento progresivo del número de personas necesitadas de asistencia, el sector asistencial es uno de los sectores con un potencial de crecimiento más elevado. Como se verá más en detalle, a día de hoy existe un déficit de más de 750.00 plazas residenciales Socio Sanitarias en la Comunidad Valenciana.

Es a partir de estas dos situaciones económicas que se ha planteado este Plan de Empresa, con el objetivo de realizar un estudio para la construcción de un Complejo Residencial Geriátrico Socio Sanitario en el término Municipal de Piles como una inversión inicial de: **208.492.472,17 €, que será rentable a medio plazo.**

Se ha realizado un estudio de la situación de la población Española y Europea en general, el envejecimiento a que se está viendo sometido. Con los datos y conclusiones obtenidos se podrá comprobar que el público objetivo del servicio que se pretende ofrecer no solo se mantiene sino que aumentará durante los próximos veinticinco años. **(2023-2048)**

Igualmente se ha estudiado la situación del sector residencial Socio Sanitario en la Comunidad Valenciana, España, la zona de ubicación del complejo en Piles en la Comarca de la Safor, provincia de Valencia. El objetivo era conocer la realidad de un sector que como se comprobará todavía tiene mucho por explotar. El número de plazas residenciales Socio Sanitarias están desigualmente repartidas a lo largo del territorio. También se ha realizado un estudio de las posibles alternativas asistenciales a las residencias asistidas para ver en qué modo pueden afectar al éxito del negocio.

Uno de los puntos principales del complejo residencial Socio Sanitario, objeto del estudio es el hecho que combine en las mismas instalaciones de dos servicios diferenciados. Una residencia asistida Socio Sanitaria y la mayoría de pisos tutelados. Los motivos que han llevado a optar por esta fórmula poco explotada en España y en Europa son el hecho que se trate de una fórmula innovadora y la opinión de expertos, según la cual, los nuevos centros residenciales deberán aglutinar todos los tipos de servicio asistencial en unas mismas instalaciones para ser competitivos.

La metodología utilizada consistirá en primer lugar en un análisis del mercado residencial Socio sanitario en la Comunidad Valenciana, España, la zona de ubicación del centro así como un estudio de la evolución del público objetivo, es decir, la población mayor de 65 años y menor con algún grado de dependencia.

Posteriormente habrá que realizar un análisis claro y exhaustivo de la Idea de Negocio, dejando bien claras cuáles son las motivaciones para llevar a cabo este proyecto y porque se cree que tendrá éxito.

Mediante un estudio de mercado, se estudiará la competencia, tanto otras residencias como otras modalidades asistenciales, para analizar sus puntos fuertes y débiles para de este modo poder contrarrestarlos. En este punto también se estudiarán las necesidades y características de los clientes para de este modo saber cuáles son los servicios que debe prestar nuestro centro para satisfacer al público objetivo.

Se realizará un estudio de la estrategia que seguirá la empresa a corto/medio/largo plazo. Se establecerán unos objetivos y una línea de actuación para poder alcanzarlos.

Mediante el estudio del **Marketing–Mix** se establecerán las características propias del complejo residencial Socio Sanitario, en cuanto al tipo de servicios e instalaciones concretas que existirán, la política de precios establecida así como los medios de promoción elegidos.

Una vez llegados a este punto se tendrán claramente definidas las características del centro residencial. Se realizará pues un Estudio Económico Financiero donde se detallarán todos los aspectos relativos a inversión, ingresos y gastos así como su evolución prevista en un espacio temporal de diez años. Por otro lado, y relativo a la política de financiación que seguirá la empresa, se establecerá una posible fórmula de financiación de la empresa siendo esta tan solo una posibilidad que dependerá finalmente de los inversores a los que se presente dicho Plan. También se estudiarán los aspectos relativos a la rentabilidad de la idea, aspecto fundamental para el primer caso corroborar que se trata de una idea factible y posteriormente para poder atraer a posibles inversores.

Finalmente, se realizará un detallado estudio del organigrama de la empresa, detallando y definiendo claramente las funciones de todo el personal del centro. Se trata de uno de los puntos de mayor importancia, debido a que el personal del centro es en gran parte el responsable de un servicio de calidad.

4. ANÁLISIS DE LA IDEA DEL NEGOCIO.**DESCRIPCIÓN DE LA IDEA.**

El Plan de Empresa que aquí se presenta corresponde a la idea de la construcción de un Complejo Residencial Socio Sanitario, mixto con pisos tutelados, residencia asistida y centro de día para personas de la tercera edad.

El concepto innovador de aglutinar estos dos tipos de instalaciones es ofrecer a las personas que gozan todavía de cierta autonomía la posibilidad de residir en uno de los pisos tutelados mientras le sea posible y en el momento que lo considere necesario debido a la necesidad de mayores cuidados y atenciones, su traslado a una plaza de la residencia tradicional, donde la atención que recibiría sería más directa.

Por otro lado, en cuanto a la residencia asistida, un concepto innovador es el hecho que se hayan distribuido las instalaciones de forma totalmente independiente según el grado de dependencia de los residentes.

En primer lugar deberíamos definir mínimamente las características de los dos tipos de instalaciones que conforman nuestro complejo residencial socio sanitario.

Residencia asistida Socio Sanitaria

Como su nombre indica se trata de un Complejo Residencial Socio Sanitario Especializado, que presta todos los servicios y atenciones necesarios a aquellas personas que debido a su edad y a su estado de salud necesiten de unos cuidados y atenciones que no les permitan vivir solas.

La residencia goza de 1.500 plazas para residentes y ofrece todos los servicios que se han mencionado anteriormente para los pisos tutelados además de las atenciones y servicios propios de una residencia dependiendo del grado de dependencia de los residentes.

Pisos tutelados

Son apartamentos de 80 m² y 120 m² ubicados en unas instalaciones que gozan de zonas comunes y de servicios las 24 h. del día los 365 días del año.

Los servicios serán comunes a la residencia asistida y los pisos tutelados.

Anunciamos a continuación unos cuantos:

-  Restaurante: (comidas guisadas).
-  Limpieza y lavandería.
-  Mantenimiento.
-  Control y seguimiento de tratamiento médico, acompañamiento.
-  Hospital en el mismo complejo.
-  Enfermería.
-  Recepcionistas.
-  Aparcamiento privado.
-  Transporte.
-  Seguridad.
-  Terapias varias.
-  Terapia con Animales.
-  Servicios Deportivos.
-  Servicios de Ocio. Etc.

Los pisos tutelados comparten todos los servicios con la residencia (cocina, lavandería, enfermería, etc.) haciendo que el coste de estos servicios sea más fácilmente amortizable que si se tratase de pisos tutelados exclusivamente. El único servicio exclusivo es una recepción de 24 h. Independiente de la residencia.

En cuanto a la ubicación de la residencia, se ha decidido que será fuera del núcleo urbano de la población, debido al modelo de complejo residencial que queremos construir. En las inmediaciones del núcleo urbano de la población en una parcela de 316.939 m² que permita construir unas instalaciones como las que aquí nos ocupan.

Otro factor para ubicar la residencia en el término municipal de Piles en la Comarca de la Safor es la mayor calidad de vida que proporciona una localidad no tan concentrada como en una ciudad con una densidad de población alta.

5. ORIGEN DE LA IDEA

El origen de la idea radica en el acelerado envejecimiento de la población y la elevada carencia de plazas residenciales en España. Sin embargo, teniendo en cuenta que una residencia geriátrica es un proyecto que requiere una elevada inversión y mantenimiento hay que cerciorarse que la necesidad de plazas residenciales se mantendrá o aumentará en cinco, quince o veinticinco años. Básicamente podríamos enumerar tres factores que hacen de esta una inversión segura y de futuro:

Crecimiento de la esperanza de vida

El porcentaje de personas mayores de 65 años respecto al total de la población aumenta cada año. Actualmente el 16.32% de la población española (6.5 millones) tiene más de 65 años. En la Comunidad Valenciana estas cifras son de un 16.86% (1.03 millones). Se estima que en el año 2025 el número de personas mayores de 65 años será de un 19.85% (7.8 millones). [4]

Es algo evidente que la esperanza de vida de las personas aumenta paulatinamente tal y como se puede observar en los gráficos 1.1 y 1.2. Este factor unido a la baja natalidad implica el envejecimiento de la población.

Gráfico 1.1 Evolución pirámide población española

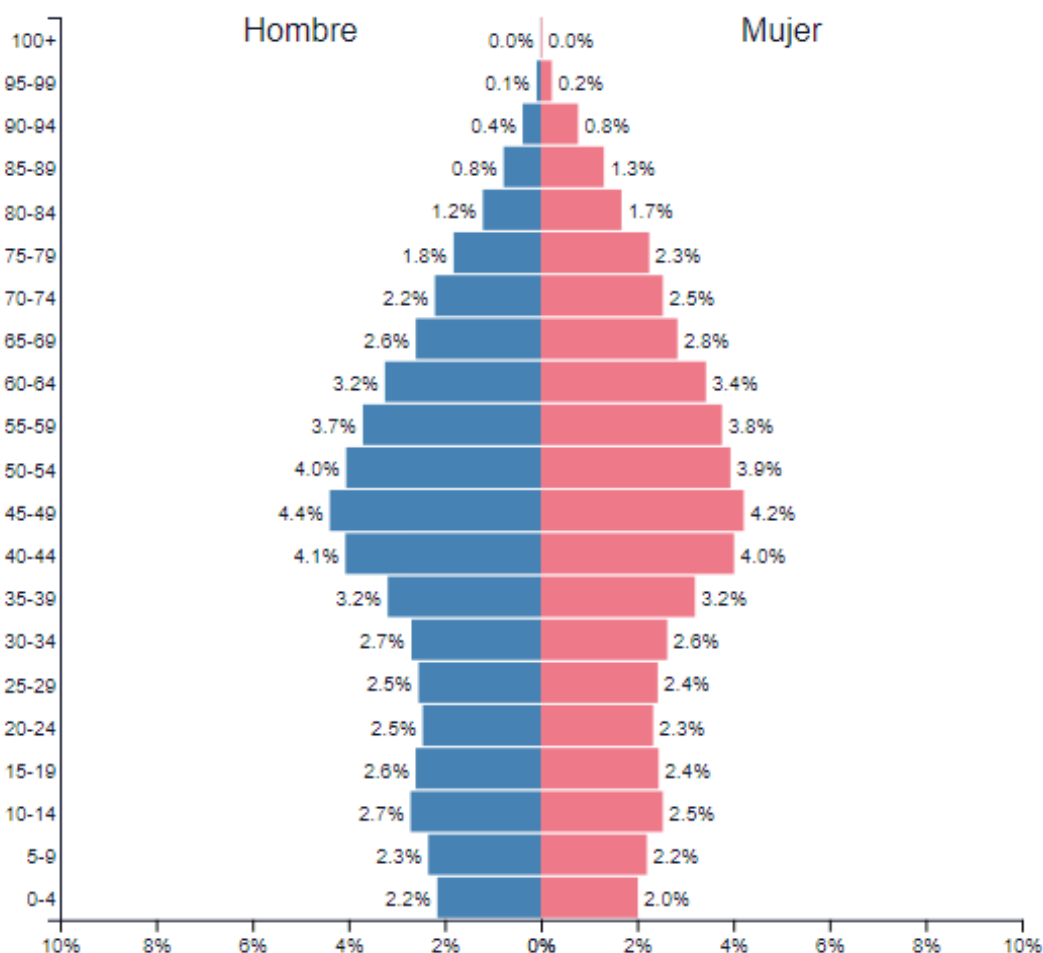
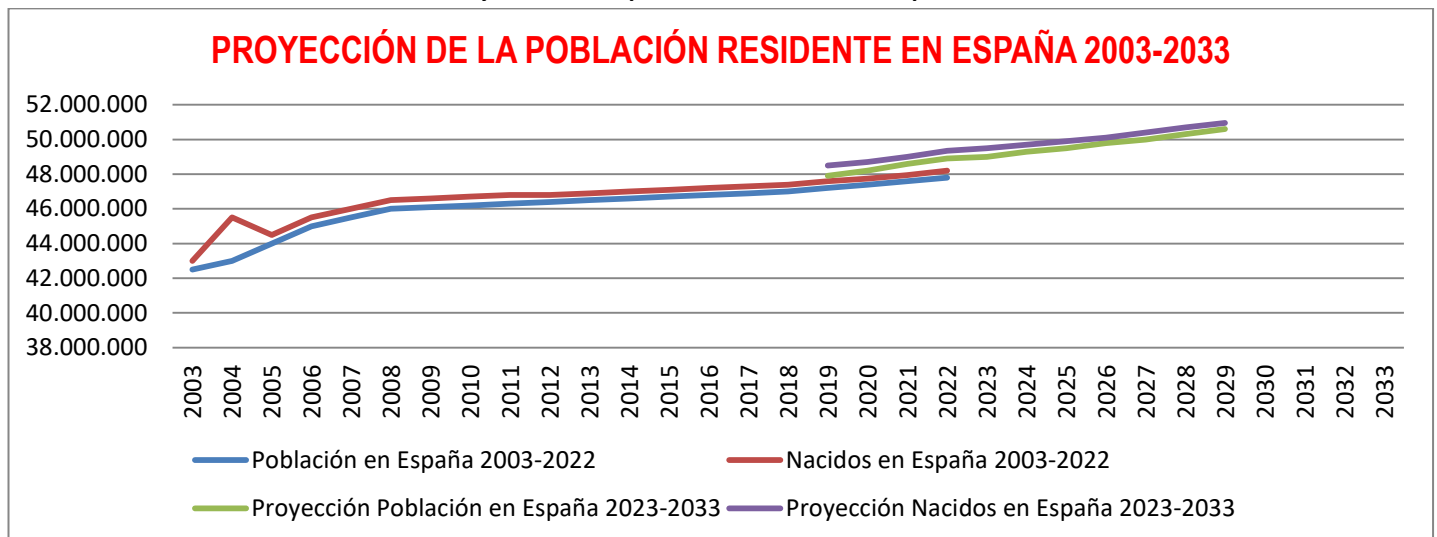


Gráfico 1.2 .Proyección de la población residente en España 2003-2023



Aumento de las situaciones de dependencia: Este factor va unido al anteriormente mencionado. Es evidente que el aumento de la esperanza de vida implica un aumento de las situaciones de dependencia debido a una edad avanzada. Por otro lado, también aumenta el número de enfermedades crónicas.

El número de personas mayores no es el único indicador para saber si harán falta residencias ya que, si las personas mayores se encuentran bien y se valen por sí mismas no precisarán de un sustituto del hogar. Por eso hay que saber qué grado de discapacidad tienen esas personas. Si observamos los resultados de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud [3] y nos centramos concretamente en el capítulo que trata de las personas de más de 65 años observamos que el número total de personas mayores de 65 años con discapacidades en España era en 2019 de 2.072.652, o lo que es igual, un 32,21%. Casi el 70% de las personas mayores con discapacidades tienen dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. En el 68% de ellas, 967.713 personas, la dificultad es grave.

Las actividades de la vida diaria consideradas son: realizar cambios de las posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer y beber; cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia.

Cambios en los hábitos de vida. Una vez queda claro que el número de personas mayores dependientes es elevado y tiene todas las perspectivas de aumentar, **hay que considerar un nuevo factor:** ¿Disponen estas personas de alguien que las cuide en su entorno familiar o cercano? A esto se le conoce como ayuda informal.

Resulta obvio que si al lado de cada mayor dependiente hubiera un hijo o principalmente hija, cónyuge válido u otro familiar, que se ocupa de sus cuidados, la necesidad de residencias sería nula. Lo cierto es que en muchos casos los requisitos de cuidado que requiere el grado de dependencia superan las capacidades del cuidador informal y que en muchos otros ese cuidador informal sencillamente no existe.

A raíz de estudios realizados por Centro de Investigaciones Sociológicas [5], se observa que en un 12,37% de los hogares españoles hay alguna persona que presta apoyo informal a mayores. Un 4,71% de las personas de 18 años y más prestan ayuda informal a los mayores (cuidadores), lo que supone un total de 1.464.299 personas, de las cuales un 83% son mujeres.

6. NECESIDADES QUÉ CUBRIMOS EN EL MERCADO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

Las necesidades que cubrimos en el mercado con la residencia asistida de nuestro complejo son las mismas que cualquier residencia, es decir, poder dar las atenciones y cuidados que requieren a aquellas personas que debido a su avanzado estado de edad y/o estado de salud no son capaces de ser independientes y que no gozan de ayuda informal.

Sin embargo, en nuestro caso el abanico que cubrimos con este complejo es más amplio ya que mediante los pisos tutelados podemos acceder a personas sin ningún tipo de dependencia. El hecho de vivir en un complejo como el que aquí nos ocupa, que puede prestar todos los servicios anteriormente comentados, les permite alargar el máximo posible esa independencia.

De una forma más rigurosa podemos diferenciar los diferentes grados de dependencia de las personas y los centros que cubren las necesidades de cada grupo:

 Personas con poca o nula dependencia:	Residencia o Pisos Tutelados.
 Personas con cierta dependencia:	Residencia Asistida.
 Personas enfermas o con alta dependencia:	Residencia Socio Sanitaria.

Mediante los apartamentos tutelados se podrá acceder a aquellas personas que gozan de poca o nula dependencia y mediante la residencia asistida se podrá acceder a aquellas personas cuya dependencia sea más elevada, hasta unos ciertos límites.

7. RESUMEN DE SUPERFICIES DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

SUPERFICIES				
Superficie de la parcela. (PI)	316.939,00 m ²			
Superficie de sesión al Ayuntamiento de Piles. (10%)	31.694,00 m ²			
Superficie de protección de carreteras.	7.773,00 m ²			
Superficie parcela resultante. (PR)				277.469,00 m²
EDIFICACIONES SOCIO SANITARIAS				
Unidades residenciales.	2.000,00 m ²	X 11 Unidades	X 3 plantas =	66.000,00 m ²
Edificio de servicio.	5.000,00 m ²	X 01 Unidad	X 3 plantas =	15.000,00 m ²
Edificio Sanitario.	2.000,00 m ²	X 01 Unidad	X 3 plantas =	6.000,00 m ²
Módulo de recepción.	800,00 m ²	X 01 Unidad	X 3 plantas =	2.400,00 m ²
Edificio de residentes asistidos.	1.300,00 m ²	X 01 Unidad	X 3 plantas =	3.900,00 m ²
TOTAL m² construidos:				93.300,00 m²
TOTAL ocupación de la parcela:	11.100,00 m²			
OTRAS EDIFICACIONES				
Edificio Vestuarios y Servicios comunes.	500,00 m ²	X 1 Unidad	X 2 plantas =	1.000,00 m ²
Zona Deportiva: Edificio Piscina cubierta y pistas de múltiples usos.	5.000,00 m ²	X 1 Unidad	X 2 plantas =	10.000,00 m ²
Exteriores: Piscina descubierta, pistas de múltiples usos.	25.000,00 m²	X 1 Unidad	X 0 plantas =	25.000,00 m²
Edificio zona Sauna, Vestuarios y Servicios.	400,00 m ²	X 1 Unidad	X 2 plantas =	800,00 m ²
Almacenes.	2.000,00 m ²	X 3 Unidad	X 2 plantas =	12.000,00 m ²
TOTAL m² construidos:				23.800,00 m²
TOTAL ocupación de la parcela: No incluido exteriores de la Zona Deportiva. (25.000,00 m²)	7.900,00 m²			
EDIFICACIONES SOCIO SANITARIAS				
			PI	PR
TOTAL m ² construidos:	93.300,00 m ²		0,28 m ² /m ² s	0,32 m ² /m ² s
TOTAL ocupación de la parcela:	11.100,00 m ²		03,51%	04,01%
OTRAS EDIFICACIONES				
			PI	PR
TOTAL m ² construidos:	23.800,00 m ²		0,12 m ² /m ² s	0,14 m ² /m ² s
TOTAL ocupación de la parcela:	7.900,00 m ²		02,50%	02,85%
TOTAL m² CONSTRUIDOS:	117.100,00 m²		0,40 m²/m²s	0,46 m²/m²s
TOTAL OCUPACIÓN DE LA PARCELA:	19.000,00 m²		06,01%	06,86%
INSTALACIONES				
			PI	PR
Parcela Zona Depuradora de aguas residuales. (EDAR)	15.000,00 m ²		04,74%	05,40%
Parcela del pozo de agua potable, Zona Planta Potabilizadora.	7.500,00 m ²		02,37%	02,70%
PARKING				
			PI	PR
Superficie aparcamiento.	18.000,00 m ²		05,68%	05,41%
Plazas de parking.	1.500,00 plazas			
VIALES				
			PI	PR
Superficie de viales: Exterior del recinto.	16.600,00 m ²		05,05%	05,99%
Interior del recinto.	16.600,00 m ²		05,05%	05,99%
ACCESOS PEATONALES, JARDÍN MEDITERRÁNEO				
			PI	
(Incluido lago y Mini campo de Golf) Parcela 316.939,00 m²	204.439,00 m²		64,50 %	
ACCESOS PEATONALES, JARDÍN MEDITERRÁNEO				
				PR
(Incluido lago y Mini campo de Golf) Parcela 277.469,00 m²	189.969,00 m²			68,46%

7.1. CONCEPTOS GENERALES – SOPORTE DE LA ACTUACIÓN

No hay ningún tipo de edificio, donde se puede ver una más correlación directa entre el buen o el mal diseño y su impacto en la vida de las personas que en un **COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO**.

- a) Jardinería autóctona, densidad de arbolado, sombras.
- b) Agua reciclada en base a acequias tradicionales. Aspersión.
- c) Depuradora mínima terciaria, sistema de depuración no convencional.
- d) Pretratamiento, tratamiento primario, secundario y terciario.
- e) Descentralización de infraestructura. Sistemas compactos automatizados. (Agua Riba Guía)
- f) Cubiertas vegetales, aprovechamiento de cubiertas.
- g) Habitaciones con terraza, cada una tendrá un balcón de 2 metros de fondo.
- h) Geotermia, calefacción y agua caliente sanitaria nivel de barrio, Disctrit Heating. Bomba de calor suelo agua. Sistema vertical profundidad inicial.
- i) Pozo de 20 m (según nivel freático). Amortización 14 años.
- j) Paneles solares fotovoltaicos.
- k) Recuperación residuos, reciclaje.
- l) Orientación de las Residencias al Sureste.
- m) Espacios comunes en función de módulos de dimensiones reducidas.
- n) Huertos cultivables.
- o) Recorridos deportivos.
- p) Aparcamientos exteriores.
- q) Zonas de asistencia médica, equipos geriátricos interdisciplinarios. Un equipo típico incluye médicos, enfermeros, ayudantes de enfermería, asistentes médicos, farmacéuticos, asistentes sociales, un nutricionista, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y especialistas en ética o en cuidados paliativos.
- r) Habitaciones y espacios conectados con las salas Sanitarias.
- s) Funcionamiento interior con pequeños vehículos eléctricos.

Dado su alto coste, la sostenibilidad y eficiencia energética reducen significativamente los plazos de amortización.

7.2. ARQUITECTURA SOSTENIBLE: CONSTRUIR UN COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO EFICIENTE ENERGÉTICAMENTE EN UN MARCO MEDITERRÁNEO

El diseño sostenible supone un ahorro a largo plazo que ha hecho que los proveedores de servicios estén apostando por las **OPCIONES VERDES**.

Uno de los objetivos más importantes para lograr la sostenibilidad en la arquitectura es la eficiencia energética a lo largo de la vida útil de los edificios.

La colocación adecuada de los edificios Orientados al Sur-Sureste, es vital para minimizar su consumo de energía, creando un diseño que funciona con su entorno natural, en lugar de en contra de ellos. Forman parte de las estrategias arquitectónicas pasivas para garantizar la eficiencia energética. Un edificio bien aislado requerirá menos energía generadora de calor o disipación, siempre que tenga la capacidad de ventilar y expulsar el aire interior contaminado.

Las posibilidades de explotar los recursos ambientales locales son una de las cosas críticas a considerar cuando se realizan inspecciones iniciales del sitio. La vegetación será fundamentalmente autóctona siguiendo los diseños de Juan José Todolí realizados en Ibiza, Mallorca y en nuestra Comunidad. Dichos jardines irán equipados con equipos de gimnasio al aire libre y pistas de petanca, etc.

La idea es la de utilizar solo técnicas y materiales respetuosos con el medio ambiente durante el proceso de construcción, tener en cuenta las condiciones del sitio, incorporándolos al diseño siempre que sea posible, y buscar minimizar el impacto negativo de los edificios a través del consumo eficiente de energía y el espacio de desarrollo.

ECO URBANISMO: Reducir el consumo de energía en pro de la autogeneración de renovables. Logramos reducir el consumo energético mediante la geotermia, apoyada por la instalación de placas solares en las cubiertas en las que se incluye: cubiertas verdes unidas a porches inclinados que contienen los citados paneles, recuperando la idea de los edificios tradicionales y

aumentando notablemente la capacidad de uso de los edificios. Es importante reconocer el valor de la vegetación como aislante térmico y acústico desde el exterior al interior del edificio.

Facilitar la gestión y el reciclaje del agua y el tratamiento terciario, biológico de residuos que permite la reutilización de las aguas para su suministro en el lago y en el mantenimiento del campo de minigolf, así como el riego general apoyando al pozo existente.

Optimizar la eficiencia energética del edificio trabajando su aislamiento térmico o su orientación, entre otros factores. Estos se manifiestan, por ejemplo, en el tipo de iluminación, cerramientos o suelos.

Se elegirán materiales tradicionales: ladrillo, acordes al entorno mediterráneo, garantizando el correcto aislamiento del exterior evitando puentes térmicos.

En cuanto a la vegetación, además de crear un jardín mediterráneo denso que genere sombras entre los edificios, se prevendrán fuentes que humedezcan y refresquen el ambiente, aprovechando las acequias o canales de riego existentes y que forman parte de la tradición implantada por la presencia del mundo árabe en España.

7.3. TENDENCIAS DEL DISEÑO Y DE LA ORGANIZACIÓN DEL COMPLEJO

La Residencia Socio Sanitaria ideal, es la que sea capaz de ofrecer, además de la atención que se precisa, un ambiente hogareño con elementos (objetos) personales, además de estímulos que fomenten la sensación de control del medio y de las actividades de la vida cotidiana y donde también se cultiven las relaciones afectivas.

Diseños en los que se combine el concepto “VIVIENDA PROPIA” (con toda su fuerza simbólica) con los de “atención y apoyo para la independencia y la autonomía”. Las Residencias Socio Sanitarias pueden llegar a ser vistas como lugares deseables donde vivir.

La tendencia Internacional es poner en marcha modelos que se caracterizan por:

- a) Ofrecer apartamentos individuales o para parejas que sean totalmente accesibles y en los que se incorporen tecnologías de apoyo.
- b) Posibilidad de recibir diferentes paquetes de atención integral, incluso cuando se requieren atenciones Socio Sanitarias de carácter complejo.
- c) Diversificar la oferta de los servicios de comidas con varios menús para elegir cada día.
- d) Disponibilidad durante las 24 horas del día para recibir los apoyos que se precisen.
- e) Instalaciones comunes como Restaurante, Salas de Lectura y Relajación, Gimnasio, Actividades Lúdicas, Biblioteca, Teatro, Cine, Terapia Ocupacional etc.

Finalmente, es necesario recordar que las Residencias Socio Sanitarias son, por definición, recursos abiertos. Las personas han de poder entrar y salir libremente, proveyendo de los mecanismos necesarios para minimizar los riesgos para la persona o para el resto de las personas.

7.4. SOBRE LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL ESPACIO

Se plantea la división de la Residencia en módulos de convivencia. Cada unidad edificada albergará un máximo de 100 personas organizadas en módulos de entre 15 y 20 personas por exigencia legal. Hablamos de 15 módulos distribuidos entre la masa verde del parque con una orientación similar.

Algunos de los servicios (**Gimnasio, la Peluquería, las Aulas-Taller, el Comedor colectivo, etc.**) se prestarán fuera del mismo edificio facilitando así la plena integración de la persona usuaria en el complejo.

Existe un edificio Sanitario en el corazón del complejo, y por ello asequible a los módulos edificados con servicios propios (Rehabilitación, Talleres, Visitas Médicas...)

Junto al acceso se dispone de un Centro Coordinador: Se dispondrá de unas oficinas en las que, a través de un gestor de caso, se dará garantía de cobertura a las necesidades de las personas y al tiempo será una oficina de información general.

A solicitud del área de Carreteras de la Excm. Diputación Provincial se aportará a la carretera general (Nazaret-Oliva) una rotonda que facilite la entrada y salida de vehículos. Se contempla un aparcamiento próximo a dicho acceso con 800 plazas a cubierto y una vía de acceso a servicios junto a la medianera sur, llegando hasta la depuradora y almacenes planteados.

Tecnología: Tanto las Unidades de convivencia como el edificio y también las personas incorporarán tecnología a través del monitoreo continuo consentido sin perjuicio de la libertad y autonomía de las personas: alarmas de constantes vitales, geolocalización indoor y outdoor, mecanismos de ayudas técnicas: domótica, comunicación, por video y audio, bidireccional y continua con el centro coordinador. En torno a la arquitectura y componentes de los elementos residenciales:

- a) Guía de techo cama – silla y silla –sofá o WC alto 45 cm o WC multi-clean o Lavabo a 80 cm o Espejo a 90 cm máximo o Grifo con sensor temporalizable.
- b) Sistema de aviso a WC y ducha o Automatización de elementos: persiana, temperatura...
- c) Ducha a ras del suelo, termostática o Silla de ducha personalizable o Suelo antideslizante
- d) Luces: presencia en WC y zonas de paso, pulsadores en cocina, sala, dormitorio y regulador de intensidad sala
- e) Camas que bajen a ras de suelo o Puertas correderas en WC o Puertas mínimo 90 cm o Puerta motorizable en habitaciones o Armario de fácil apertura y accesible.
- f) Acceso vía tarjeta o pulsera o TV SAMSUNG a todas las habitaciones o Mesa rectangular o Butacas y sillas personalizables.
- g) Cocina: Sensores de humo que apague la inducción en caso de riesgo, Inducción con regulador, detector de inundación.
- h) Puerta de entrada que se pueda abrir desde diferentes espacios y que se pueda ver el video portero desde el TV o Sensor de presión en butacas y camas.

INMUEBLE EJEMPLAR PARA EL FUTURO

El anteproyecto responde a los criterios de modernidad, confort y modularidad óptima de los espacios para que sea un inmueble ejemplar para el futuro, con espacios de ocio y asistencia colectiva de integración y de actividades de saneamiento psicológico y funcional.

MÁS QUE UNA RESIDENCIA UN HOTEL

Se pretende que sea una Residencia Hotel Permanente, para matrimonios de la tercera edad ya jubilados, donde pueden olvidarse de las labores cotidianas y tengan libertad de entrada y salida, así como de albergar un visitante familiar en su habitación apartamento. Solo una planta estará destinada a dependientes y muy dependientes.

PENSANDO EN EL AHORRO DE ENERGÍA Y EN EL MEDIO AMBIENTE

- 🌱 Edificio sostenible siguiendo los parámetros Breeam.
- 🌱 El proyecto es respetuoso con el medio ambiente, integrando captadores de energía no contaminante y eliminación de residuos propios que generan energía y agua no potable para riego de jardines.
- 🌱 Cada plaza de aparcamiento dispondrá de una toma de electricidad.
- 🌱 Cada apartamento dispondrá de Aero termia-aire-geotermia individual.
- 🌱 El agua caliente sanitaria y de calefacción, procederá de Geotermia y energía solar.
- 🌱 Depuradora cubierta de oxidación total y retorno de agua para riego.
- 🌱 Se busca la calificación energética de A+++ o de CO2 nulo procedente de energía fósil.
- 🌱 Pensando en un edificio autosuficiente.
- 🌱 Agua procedente del subsuelo por pozos legalizados y aljibes de potabilización.
- 🌱 Integración en el paisaje.
- 🌱 A más de 1.200 m. Del núcleo urbano.

En el diseño de la Residencia se han situado los bloques de forma no alineada, forzando el fondo de perspectiva, con el fin de huir de la sensación de alineación uniforme de los bloques que se apreciaría desde la carretera CV-670, entrada a la población de Piles. (Técnica muy utilizada en el Barroco) También el bloque central es curvo y traslúcido en contraste con el resto de los edificios. El edificio estará embebido en un mar de pinos autóctonos capaces de dar sombra en la totalidad de las zonas exteriores valladas.

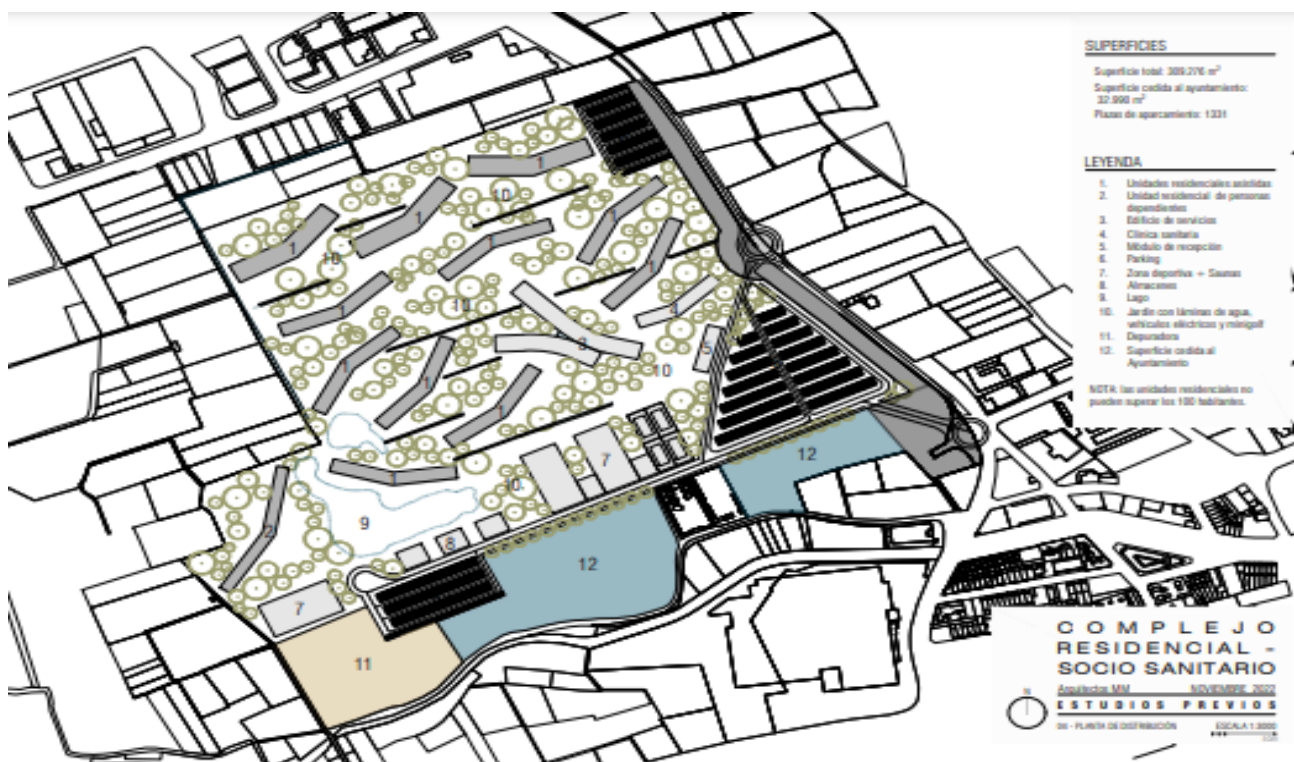
EL ESQUEMA DE CIRCULACIONES

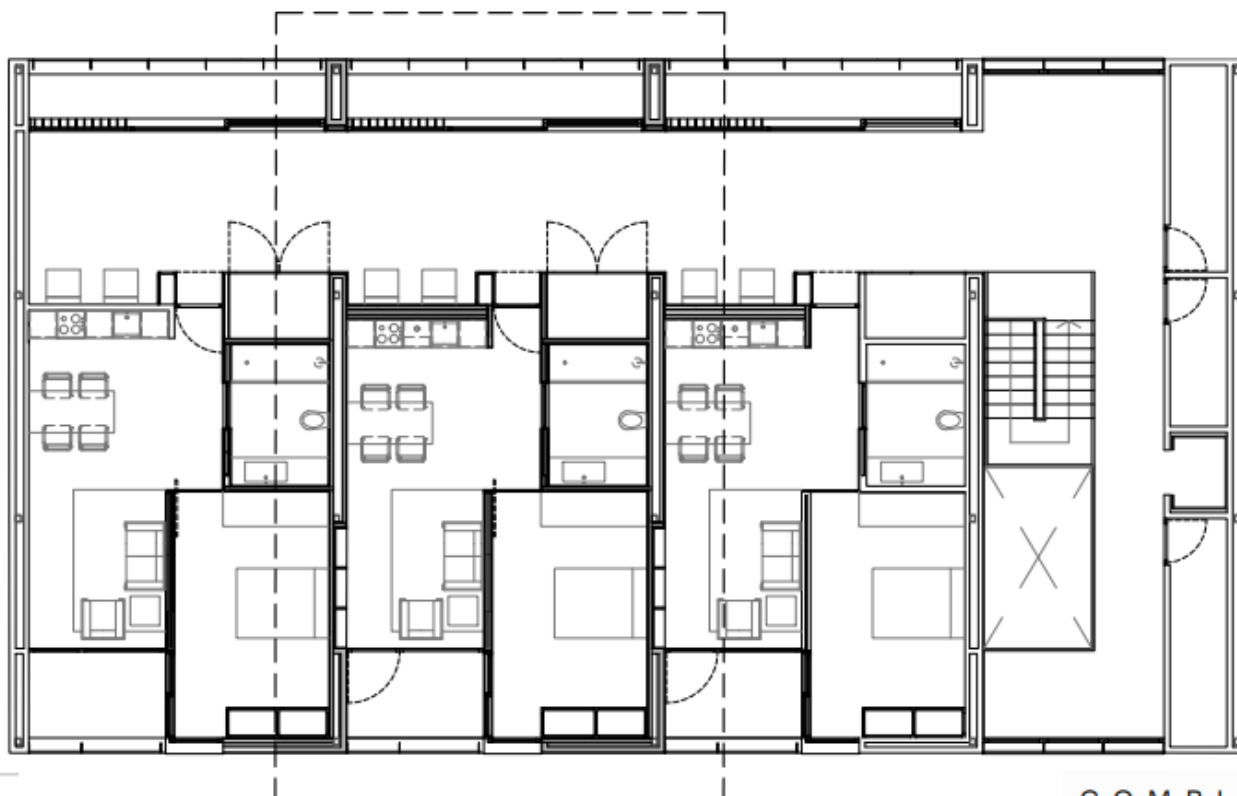
El resultado de la distribución y de la sectorización, es una orientación intuitiva que disminuye el estrés del residente. El aprovechamiento de la luz natural del bloque acristalado disipa la sensación de claustro, de cerramiento, de reclusión, estando en la línea de la **“ARQUITECTURA CURATIVA”**. En este sentido se proyectan los apartamentos totalmente insonorizados, olvidándonos del ruido. La fachada acristalada, invita a los residentes a visitar los jardines terapéuticos privados como presencia clave en todo el edificio.

UNIFORMIDAD DE DISEÑO APTO PARA INCAPACITADOS

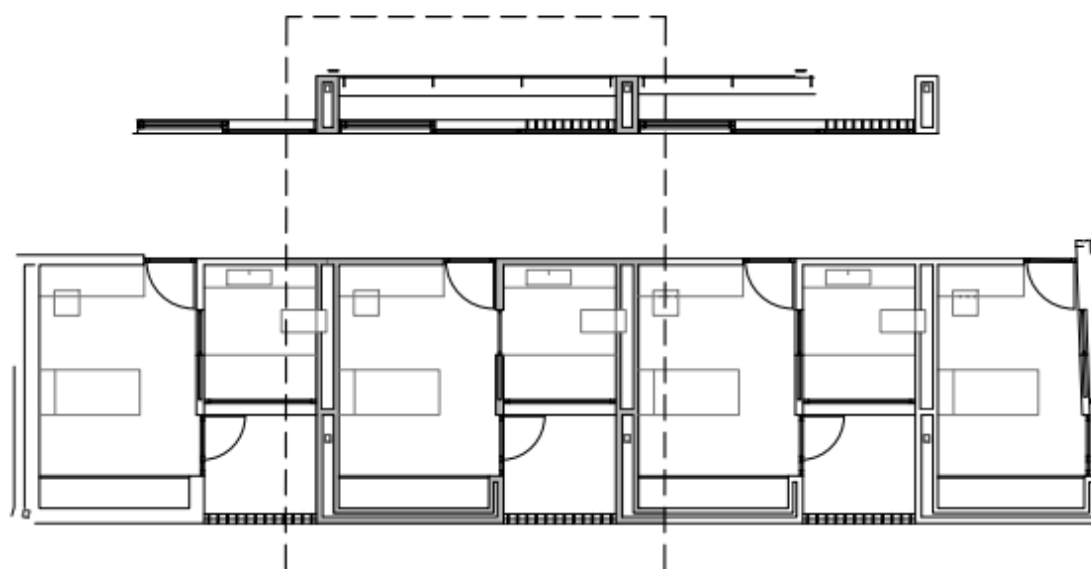
- ✚ El ancho de puertas, escaleras, ascensores, baños, etc., tienen unas medidas únicas y superiores a la normal.
- ✚ **Cerramientos:** De doble capa, suelo y techo flotante en habitaciones, creando un volumen insonorizado.
- ✚ **Fachada:** Ventilación y climatización de las habitaciones por conductos adosados a la fachada.
- ✚ **Carpintería:** No abatible con cristales reflectantes y repelentes del calor, y hermética.
- ✚ **Todas las puertas son cortafuegos** decoradas como normales.
- ✚ **Grifería y saneamientos:** Grifería con apertura temporalizada, sanitarios adosados a la pared, y ducha embebida en el solado.

ESQUEMA DE LAS UNIDADES DE OBRA (26 de Septiembre del 2022)		
Concepto	Und.	Medición
Parcela. (Partida Terranova Piles 119 parcelas)	1	316.939,00 m ²
(DIC) Declaración de Interés Comunitario: Solicitud de uso y aprovechamiento en suelo no urbanizable de actividades industriales y productivas, terciarias o de servicios, o instalaciones para generación de energía renovable.	1	316.939,00 m ²
Edificios Residenciales.	11	66.000,00 m ²
Edificio Sanitario.	1	6.000,00 m ²
Edificio Almacén.	3	12.000,00 m ²
Edificios de servicios.	2	15.000,00 m ²
Zona del Parking. (1.500 plazas en cuatro zonas del Complejo)	1	18.000,00 m ²
Zona Deportiva: Pabellón interior con Piscina Climatizada, 50 X 25 m. Exterior con Piscina de 50 X 25 m.	1	30.000,00 m ²
(EDAR) Zona Depuradora (6.000 Personas, caudal medio al año aproximadamente es de: 593.125 m ³)	1	15.000,00 m ²
Zona Verde, Jardín Mediterráneo, Arbolado equipado con zonas de descanso, paseo, etc.	1	159.969,00 m ²
Zona Mini Campo de Golf. (10 hoyos)	1	30.000,00 m ²
Viales Exteriores, Murro Perimetral, Dos entradas Principales y Ocho entradas secundarias.	1	2.790,00 ml.
Viales interiores del recinto.	1	1.450,00 ml.
Energía Fotovoltaica.	1	40.000,00 m ²
Energía Geotérmica.	1	1.200,00 m ²
Zona del pozo de agua potable, instalaciones de la Potabilizadora de agua del pozo.	1	15.000,00 m ²





COMPLEJO
GERIÁTRICO -
SOCIO SANITARIO
Arquitectos MM JUNIO 2022



COMPLEJO
GERIÁTRICO -
SOCIO SANITARIO
Arquitectos MM JUNIO 2022

7.5. DISTRIBUCIÓN

EXTERIOR DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

ZONA CEDIDA PARA A VIALES EN EL EXTERIOR DEL COMPLEJO: 15.000,00 M²

- a) Zona del cementerio, linde con Palmera y linde con Miramar: Carretera de doble sentido 6 m. De ancho, con acera de 1 m. De ancho rodando perimetralmente el complejo.
- b) Zona de la carretera, CV 670: Carretera de dos carriles para vehículos, carril de bicicletas, acera de 1,50 m. y una zona verde.
- c) Dos accesos Principales del Complejo Residencial Socio sanitario.
- d) Construcción de una redonda en la carretera CV 670 en la altura de 580 m. de la entrada al municipio de Miramar, con dimensiones similares a la que está construida en la entrada del municipio de piles.
- e) La zona perimetral del recinto dispondrá de alumbrado público con farolas de bajo consumo, mismo modelo de las calles del municipio. Disposición de bocas de incendio según las normativas vigentes de seguridad, disposición de instalación de agua de regadío, instalación de agua potable, preinstalación de la red de suministro eléctrico. (IBERDROLA)
- f) Valla perimetral del complejo en la zona del cementerio, linde con Palmera y linde con Miramar: Altura, 1,75 m. Construcción con módulos de hormigón, altura: 0,75 m. de valla metálica, cubierta de vegetación. (Total altura de la valla: 2,50 m.)
- g) Colocación de ocho puertas auxiliares en todo el muro perimetral del complejo. (Medición de la puerta auxiliar: 4 m. de largo, por 2,30 m. de alto, hierro galvanizada.)

INTERIOR DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

ZONA VERDE DEL INTERIOR DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO: 189.969,00 m²

- a) Mini campo de Golf con una dimensión de: 30.000,00 m² en la parte central del Complejo, entre los distintos edificios.
- b) Dos lagos artificiales, con una dimensión de: 860 m² el primer lago y 1.780 m² el segundo lago.
- c) Vegetación y Árboles variados autóctonos, Pino negral (Pinus nigra), Pino carrasco (Pinus halepensis), Carrasca (Quercus ilex), Quejigo (Quercus faginea), Sabina (Juniperus thurifera), Acer campestre, Castanea sativa, Euonymus europaeus, Fagus sylvatica, Ilex aquifolium, Populus euphratica, Juniperus oxycedrus macrocarpa, Laurus nobilis, Malus sylvestris, Populus tremula, Salix salviifolia, Ulmus glabra, Tilia platyphyllos, Naranjos, Limoneros, Palmeras, etc.
- d) Las sendas del interior de la zona verde son de piedra natural y césped.
- e) Conservación y restauración de las acequias de regadío más longevas de la parcela. (1.300 m.)
- f) Fuentes de agua potable, bancos y mesas de madera, sombras artificiales con pérgolas de madera en el interior de los jardines del complejo, aseos colectivos para los usuarios, etc.

ZONA DE PARKING EN UNA SUPERFICIE DE: 18.000,00 M²

- a) Parking en superficie, 1.500 plazas cubiertas con pérgolas metálicas, control de acceso y vigilancia 24 horas.
- b) Control de acceso al complejo en las entradas principales.
- c) Edificio de tres plantas de 600,00 m² para albergar: Oficinas de control de Seguridad, sala de reuniones, Vestuarios, Aseos para usuarios y aseos para operarios, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, etc.

ZONA DE VIALES EN EL INTERIOR DEL COMPLEJO, SUPERFICIE DE: 1.450,00 M²

- a) Viales por el interior del complejo de 6 m. de ancho, desplazamiento por el interior del recinto con pequeños vehículos eléctricos. (Modelo utilizados en el campo de golf)
- b) Viales para peatones y vehículos sin motor. Desplazamiento interior del recinto con bicicletas, convencional y eléctricas.

ZONA DEPORTIVA, PISCINAS, VESTUARIOS Y PABELLONES, SUPERFICIE DE: 30.000,00 M²

- a) Dos pabellones cubiertos que albergaran: 6 Pistas para desarrollar varios deportes, Piscina Climatizada con una dimensión de: 50 m. de largo y 25 m. De ancho, para terapias y natación, Gimnasio, Sala de Masajes, Sala de Recuperación, Saunas, Vestuarios, Duchas individuales, Aseos colectivos e individuales, almacén, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, etc.
- b) En el exterior: 8 Pistas para desarrollar varios deportes, pista de atletismo, Piscina con una dimensión de: 50 m. de largo y 25 m. De ancho, para terapias y natación, zona verde de la zona deportiva, etc.

ZONA DE LA DEPURADORA, DIMENSIONES DE: 15.000,00 M²

- a) Zona verde de la zona de depuradoras.
- b) Almacenes de tres plantas, para albergar: Sala de control, Oficinas de Gestión, Vestuarios de los operarios, Duchas, aseos, almacenaje de productos, taller de mantenimiento, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, etc. (Dimensiones: 8.000,00 m²)
- c) Viales para desplazamiento por el recinto de la depuradora.
- d) Depuradora de aguas fecales para 10.000 personas.
- e) Depósito de aguas limpias perteneciente a la depuradora de aguas fecales.
- f) Depuradora de aguas pluviales.
- g) Depósito de aguas limpias perteneciente a la depuradora de aguas pluviales.
- h) Recinto de bombas de agua para el regadío de la zona verde del complejo.

ZONA DE LOS ALMACENES PRINCIPALES DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

- a) **Almacén nº1 JARDINERÍA** de Tres plantas, dimensiones de 2.000,00 m², para albergar: Oficina de Gestión, Vestuario, Duchas, Aseos para los operarios, Taller de Jardinería, Productos Agrícolas, Utensilios de jardinería, Maquinaria de mantenimiento de la zona verde del complejo, cocheros de los coches eléctricos del recinto, Zona de Carga y Descarga, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, etc.
- b) **Almacén nº2 LAVANDERÍA** de Tres plantas, dimensiones de 2.000,00 m², Oficina de Gestión, Vestuario, Duchas, Aseos para operarios, Almacenaje de Productos de lavandería, Zona de lavado, Zona de plancha, Zona Almacenaje de textiles, sala para para distintos usos, Zona de Carga y Descarga, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, etc.
- c) **Almacén nº3 COCINA** de Tres plantas, dimensiones de 2.000,00 m², para albergar: Cocina Industrial, Almacén de la Cocina, Cámaras frigoríficas, Vestuarios, Aseos para Operarios, Oficina de Gestión, Sala para varios usos, Zona de Carga y Descarga, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, etc.

ZONA DE LOS EDIFICIOS DE SERVICIOS VARIOS, EDIFICIOS RESIDENCIALES Y EDIFICIO SANITARIO**Edificios de servicios varios de tres plantas. (15.000 m²):**

- a) **Restaurante para 800 Comensales:** 6 Comedores, Cocina, Barra de servicio de Bar incluido Sala de Tertulia, Aseos públicos, Aseos con baño y vestuarios para los empleados, Oficina de Gestión, Almacén del Restaurante, etc.
- b) **Biblioteca:** Sala de Almacenaje de Libros, pergaminos, pinturas, etc. Sala de Lectura, Sala de estar, Sala Electrónica, Aseos públicos, Aseos con baño y vestuarios para los empleados, Oficina de Gestión, Etc
- c) **Salón de Cine y Teatro:** Salón de varios usos, Sala de proyección, Camerinos privados, Almacén, Sala Electrónica, Aseos públicos, Aseos con baño y vestuarios para los empleados, Oficina de Gestión, Etc.
- d) **Servicio exclusivo para residentes:** Peluquería, Salón de Estética, Asesoramiento de vestuario, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, etc.

Edificios Residenciales divididos en once, de tres plantas. (66.000,00 m²)

- a) **Edificios: Primero (6.000 m²), Segundo (6.000 m²), Tercero (6.000 m²) y Cuarto (6.000 m²), Quinto (6.000 m²), Sexto (6.000 m²), Séptimo (6.000 m²), albergaran personas sin discapacidades:** Zona ajardinada privada del edificio, Apartamentos Residenciales de 75 m² y 100 m², Salones de uso común, aseos comunitarios, Escaleras y Ascensores comunitarios, Sala Sanitaria, Almacén de mantenimiento, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, Aseos con baño y vestuarios para los empleados, Oficina de Gestión, etc.
- b) **Edificios: Octavo (6.000 m²), Noveno (6.000 m²), albergaran personas con discapacidad leve:** Zona ajardinada del edificio, Apartamentos Residenciales de 75 m² Y 100 m², Salones de uso común, Aseos comunitarios, Escaleras y Ascensores comunitarios, Sala Sanitaria, Almacén de mantenimiento, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, Aseos con baño y vestuarios para los empleados, Oficina de Gestión, etc.
- c) **Edificios: Décimo (6.000 m²), Décimo Primero (6.000 m²), albergaran personas con discapacidad Media y Alta:** Zona ajardinada del edificio, Apartamentos Residenciales de 75 m² Y 100 m² y 125 m², Salones de uso común, Aseos comunitarios, Escaleras y Ascensores comunitarios, Sala Sanitaria, Almacén de mantenimiento, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, Aseos con baño y vestuarios para los empleados, Oficina de Gestión, etc.
- d) **Edificio para personas con dependencia severa (3.900 m²), albergaran personas con discapacidad Severa:** Zona ajardinada del edificio, Habitaciones especiales de 75 m², Salones de uso común, Aseos comunitarios, Escaleras y Ascensores comunitarios, Sala Sanitaria, Almacén de mantenimiento, Almacén de las baterías para acumular electricidad de la instalación Fotovoltaica y geotérmica, Aseos con baño y vestuarios para los empleados, Oficina de Gestión, etc.

- e) **Edificio de Gestión (1.500 m²), albergara:** Oficinas Administrativas Centrales del Complejo, Almacén para productos varios, Aseos, Baño, Vestuarios y Sala para varios usos de los operarios, Sala Central de Control de las Energías Renovables del Complejo, Almacén de Mantenimiento y de baterías de almacenaje de electricidad de las energías renovables, etc.

El complejo Residencial Socio Sanitario está diseñado para acoger a enfermos con varias demencias o patologías que afecten a la vida diaria y necesiten asistencia para realizar las labores cotidianas.

- a) Enfermos con enfermedades degenerativas, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis lateral amiotrófica, Arterioesclerosis, Cáncer, Síndrome de Charcot-Marie-Tooth, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Encefalopatía traumática crónica Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob etc.
- b) Personas mayores dependientes.
- c) Enfermos Terminales.
- d) Enfermos de larga estancia y corta.
- e) Recuperación posoperatorio.
- f) Pacientes encamados. (COMA INDUCIDO O NO)
- g) Enfermos de parálisis cerebral.

EDIFICIO SANITARIO DE TRES PLANTAS. (15.000,00 m²) ALBERGARA: HABITACIONES HOSPITALARIAS

Dimensiones de la Habitación	Individuales, 1 cama, 10 m ²
	Dobles, 2 camas, 14 m ²
	Triples, 3 camas, 18 a 20 m ²
	Máximo de camas por habitación no superará las 4 camas
	En todo caso el tamaño será el suficiente para poder distribuir ordenadamente el mobiliario y permitir la limpieza con facilidad
Espacio entre camas y pared	Entre cama y cama, 1,20 metros, como mínimo
	Entre cama y pared, 1,10 metros, como mínimo
	Este espacio mínimo permitirá atender al paciente tanto desde los laterales como desde los pies de la cama y también permitirá el acceso a una camilla para traslados
Altura	La altura de los techos debe ser como mínimo de 2,5 metros
Puertas	Lo suficientemente anchas para que permita la entrada de una cama con todos sus accesorios (sistema de gotero, barandillas, etc.)
Iluminación	Luz natural
	Luz artificial: indirecta, general, auxiliar y de emergencia
Ventilación	Adecuada para garantizar la renovación del aire.
	De forma natural, de 10 a 15 minutos, ventanas abiertas, evitando corrientes de aire.
	De forma artificial, circuito cerrado de ventilación.
Paredes	Pintadas de colores claros y sin brillo, blanco mate, para que no absorban la luz ni produzcan reflejos
Tomas de oxígeno y Sistemas de Vacío	Fijas en la pared y en la cabecera de la cama del paciente
Mobiliario	Debe ser de color claro (blanco) y fácilmente lavable
Aseo	Aseo completo por habitación, accesible para pacientes con discapacidad, amplio para permitir la atención al paciente de forma segura y cómoda. Suelos antideslizantes y asideros en la pared.
Intercomunicador	Que permita la comunicación del paciente con el personal de enfermería, bien mediante un sistema de micrófonos-altavoces, o mediante timbres o señales luminosas... o ambos sistemas a la vez
Sonorización	Deben ser tranquilas y sin ruidos, inferiores a 25 decibelios (dB)
Temperatura	Entre 20-22°C
Humedad	Entre 40-60% / Higrómetro: aparato que mide la humedad en el aire
Unidad del Paciente vs Habitación Hospitalaria	La Unidad del Paciente es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el hospital. Por lo tanto, habrá Habitaciones Hospitalarias con 1, 2, 3 ó más Unidades del Paciente.

ÁREA QUIRÚRGICA (ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS)

- a) **Cirugía General y Aparato Digestivo:** consultas externas, técnicas especiales, hospitalización y cirugía con o sin ingreso.
- b) **Cirugía Ortopédica y Traumatología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.
- c) **Dermatología:** consultas externas y técnicas complementarias y cirugía sin ingreso.
- d) **Odontología:** consultas externas.
- e) **Oftalmología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.
- f) **Otorrinolaringología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.
- g) **Urología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.

CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL PRIVADO: ÁREA MÉDICA (ESPECIALIDADES MÉDICAS)

- a) **Laboratorio de investigación** de enfermedades degenerativas neurológicas y psiquiátricas.
- b) **Alergología:** consultas externas.
- c) **Cardiología:** consultas externas, técnicas complementarias y hospitalización
- d) **Endocrinología y Nutrición:** consultas externas y hospitalización.
- e) **Hematología-hemoterapia:** consultas externas, hospital de día y hospitalización.
- f) **Medicina Digestiva:** consultas externas, técnicas complementarias y hospitalización.
- g) **Medicina Intensiva:** consulta, técnicas complementarias y hospitalización (UCI)
- h) **Medicina Interna:** consultas externas y hospitalización.
- i) **Nefrología:** consulta externa, técnicas específicas, diálisis y hospitalización.
- j) **Neumología:** consultas externas, técnicas complementarias y hospitalización.
- k) **Neurofisiología:** Consultas, técnicas complementarias.
- l) **Neurología:** consultas externas, exploraciones complementarias y hospitalización.
- m) **Oncología:** consultas externas, hospital de día y hospitalización.
- n) **Psiquiatría:** consultas externas y hospitalización.
- o) **Rehabilitación:** Consultas externas, gimnasio de adultos e infantil, electroterapia, suelo pélvico, drenajes.
- p) **Reumatología:** consultas externas.
- q) **Hospitalización,** Unidad de Corta Estancia. (UCE)
- r) **Servicio de Urgencias.**

SERVICIOS CENTRALES

- a) **Anestesiología y reanimación:** consulta ambulatoria, unidad del dolor y tratamientos ambulatorios y anestesia quirúrgica.
- b) **Laboratorio Análisis Clínicos:** Bioquímica, Hematología, banco de sangre, Microbiología.
- c) Anatomía patológica.
- d) Diagnóstico por imagen.
- e) **Farmacia Hospitalaria:** Área unidosis y citostáticos, UFPE (pacientes externos).
- f) Esterilización.
- g) Medicina preventiva.
- h) Otorrinolaringología.
- i) Oftalmología.
- j) Odontología.

SERVICIOS GENERALES Y UNIDADES SOPORTE GENERAL

- a) Gerencia, Dirección Económica, otras Direcciones.
- b) Servicios Administrativos.
- c) Informática.
- d) Unidad de prevención de riesgos laborales.
- e) Mantenimiento.
- f) Almacenes, Servicio de Logística.
- g) Seguridad.
- h) Unidad de Documentación Clínica y Admisión. (UDCA)
- i) Servicio de Atención e Información al Paciente. (SAIP)
- j) Unidad Trabajo Social.
- k) Unidad Docente y de gestión de calidad: Biblioteca, salas docentes y de informática, salón de actos.
- l) Sala de cultos religiosos.
- m) Limpieza y lencería.

- n) Vestuarios.
- o) Habitaciones de personal de guardia.

OTROS

- a) Inspección Médica.
- b) Agentes Sociales.
- c) Servicio Móvil de Urgencia y Reanimación. (SAMU)
- d) Servicios de hostelería: Cafetería-restaurante, dietista, etc.
- e) El hospital cuenta con 6 Unidades de Hospitalización, tres quirófanos en funcionamiento.
- f) 11 boxes y salas de exploración, 9 camas de observación y nueve sillones de terapia rápida.
- g) El hospital de Día tiene 5 puestos y el área de Diálisis cuenta con 3 puestos.
- h) 3 Salas de terapia, Fisioterapia, Recuperación, etc.

ZONA DE ENERGÍAS RENOVABLES

(Fotovoltaica y Geotérmica)

Todos los edificios del Complejo dispondrán de las terrazas vegetales y terrazas con placas Fotovoltaicas, para la captación de energía solar.

El complejo está diseñado para ser 100% autosuficiente con las energías renovables, Fotovoltaica y energía geotérmica. La potencia pico a instalar será de 5,8 MW.

- a) Dispondrá de 70.000,00 m² de instalación de placas solares, captadoras de energía solar.
- b) Dispondrá de 100 captadores de Energía Geotérmica.
- c) Almacén que albergara los acumuladores de energía renovable y los transformadores de electricidad, etc.
- d) Almacén para el mantenimiento de las instalaciones de Energías renovables del complejo, etc.

ZONA DEL POZO DE AGUA POTABLE Y PLANTA POTABILIZADORA

El Complejo dispondrá de un pozo de agua potable y la instalación de una planta potabilizadora, para poder utilizar el agua en todas las instalaciones del complejo.

La planta potabilizadora está diseñada para abastecer de agua potable el 100% de las necesidades del complejo, y no depender de la red de agua potable municipal.

8. VOLUMEN LEGISLATIVO DE RESIDENCIAS DE PERSONAS DEPENDIENTES.

Se han tenido en cuenta

- ✚ Orden 30/2013 de 27 de diciembre de la Consellería de Bienestar Social.
- ✚ Orden 4 de febrero de 2005 de la Consellería de Bienestar Social.
- ✚ Orden 20 de diciembre de 2005 Estatuto de usuarios (se modifica el art.46 de la Orden 5/02/2014),

VOLUMEN LEGISLATIVO DE CÓDIGO TÉCNICO DE LA EDIFICACIÓN

- ✚ Entre otros es de vital importancia la Seguridad en caso de Incendios.
- ✚ Sectores de incendios: Seis sectores diferenciados.
- ✚ Longitud de evacuación: 25 m.
- ✚ Escaleras protegidas: 8

EMPLEO PARA PERSONAS DISCAPACITADAS

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal desarrolla los principios de Accesibilidad universal, Diseño para todos, Igualdad de trato en el empleo y ocupación, etc. Y establece como uno de los mecanismos básicos para su aplicación la accesibilidad y el Ajuste razonable del puesto de trabajo para las personas con discapacidad.

El criterio abierto que establece la normativa de lo que pueda ser un ajuste razonable hace deseable que se pongan en marcha mecanismos legislativos que acoten los límites dentro de los cuales se pueda hacer la exigencia de adaptación de un puesto por parte del trabajador y sus representantes y su cumplimiento por parte del empleador.

El 9% de DISCAPACITADOS formaran parte de la plantilla fija de este centro, (COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO)

CALCULO DE HORAS DE LOS TRABAJADORES

CALCULO DE HORAS DE TRABAJADORES EN UNA RESIDENCIA DE 1.500 PLAZAS RESIDENCIALES		
A1)	Director del Centro:	1.600 horas al mes.
PERSONAS DE ATENCIÓN DIRECTA		
B1)	Medico/a	2.120 horas al mes.
B2)	enfermero/a	8.080 horas al mes.
B3)	Fisioterapeuta	680 horas al mes.
B4)	Diplomado/a en educación social	1.360 horas al mes.
B5)	Trabajador/a social	750 horas al mes.
B6)	Auxiliar de enfermería / Gerocultor	8.610 horas al mes.
PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES		
C1)	Limpieza	3.600 horas al mes.
C2)	Mantenimiento	3.600 horas al mes.
C3)	Cocina	3.600 horas al mes.
C4)	Lavandería	3.600 horas al mes.
C5)	Administración	3.600 horas al mes.
SUMA:		43.590 HORAS AL MES.
(272,40 Operarios al mes de 160 horas en una residencia de 1.500 plazas).		
(0,20 Operarios al mes por plaza)		

9. ALGUNAS DE LAS ESPECIALIDADES QUE OFRECE EL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

En la residencia ofrecen un gran abanico de servicios como:

- ✚ Unidad de enfermos con demencias.
- ✚ Unidad para enfermos físicos/crónicos.
- ✚ Personas con necesidades de rehabilitación.
- ✚ Unidad de Equino Terapia.
- ✚ Unidad de terapia Canina.
- ✚ Unidad de Terapia acuática en Piscina cubierta con agua caliente.
- ✚ Unidad de vacaciones “mayores con movilidad reducida”.
- ✚ Centro de día y respiro.
- ✚ Asistencia a enfermos en situación terminal y cuidados paliativos.

Servicios de la vida diaria:

- ✚ Médicos y enfermeras.
- ✚ Apoyo psicológico.
- ✚ Amplio servicio de actividades y excursiones
- ✚ Servicios sociales, tramitación de documentación.
- ✚ Podología, peluquería y pedicura.
- ✚ Cuidado y limpieza de ropa y habitaciones.
- ✚ Transporte adaptado.
- ✚ Servicio de acompañamiento.
- ✚ Cocina propia.

Todos estos servicios van incluidos dentro de la modalidad que se elija para la estancia en la Residencia, que son las siguientes:

- ✚ Centro residencial. Con estancia de 24h, fines de semana, temporales.
- ✚ Recuperación Post-Hospitalaria.
- ✚ Centro de Día.
- ✚ Centro de respiro familiar.
- ✚ Residencia para vacaciones.

DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA

Las características y servicios más valorados por parte de la demanda son:

- ✚ Naturaleza y la tranquilidad.
- ✚ Silencio y la no molestia ajena.
- ✚ Clima Mediterráneo.
- ✚ Comodidades de un Hotel de cinco estrellas.
- ✚ Independencia pero con la asistencia profesional necesaria.
- ✚ Servicios que mejoren la calidad de vida.
- ✚ Seguridad.
- ✚ Atención Médica especializada 24 horas, día y noche frente a emergencias.
- ✚ Protección 24 horas todos los días del año.
- ✚ Ocio (cine, biblioteca, internet, piscina, etc.).
- ✚ Privacidad.
- ✚ Eventos (bailes, festejos, etc.).
- ✚ Posibilidad de poseer animal de compañía.
- ✚ Apartamentos independientes.
- ✚ Habitaciones independientes.

EQUINO TERAPIA: CABALLOS EN LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES DE CÁNCER, LESIONES MEDULARES, PARÁLISIS CEREBRAL, PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA O INTELECTUAL, ETC.

Una visión práctica de su aplicación: La EQUINO TERAPIA está recomendada para personas con discapacidad psíquica, física o sensorial.

RESUMEN

Los beneficios del caballo y de la Equino terapia son de sobra conocidos. Se ha creado un programa, en este momento pionero, partiendo de la Psicoterapia Asistida con Caballos, adaptado especialmente a las necesidades biopsicosociales y mejora de la calidad de vida de aquellas personas, pacientes y acompañantes, que han pasado por la experiencia de un **CÁNCER, LESIONES MEDULARES, PARÁLISIS CEREBRAL, ETC.** y buscan recuperar su funcionamiento cotidiano.

Las bases de este programa han sido diseñadas por un equipo técnico multidisciplinar formado por: profesionales de la salud como psicólogos y psico-oncólogos, y técnicos especialistas en etología equina.

Además, cuenta con una metodología clínica muy estudiada y específica para este tipo de población, Los caballos son cuidadosamente seleccionados para este programa.

Lo forman animales muy receptivos y sensibles a las reacciones de las personas; auténticos maestros canalizadores de emociones ya sean buenas o malas, del aprendizaje y eficaces rehabilitadores de habilidades perdidas tanto físicas como psíquicas.

Las sesiones se realizan con los caballos en libertad o a lomos de ellos dependiendo de lo que se pretendan trabajar cada día. La relación que establecen estos caballos con las personas es asombrosa.

Como lo es la capacidad de estos animales para interpretar su lenguaje no verbal y estimular la comunicación de emociones tan rica y compleja; muchas veces rota por la experiencia brutal de ser pacientes, hijo de pacientes o hermanos de pacientes de enfermedades traumáticas.

TERAPIA CANINA: (TERAPIA ASISTIDA CON PERROS)

HISTORIA DE LA TERAPIA ASISTIDA (TA)

Hay evidencias de que ya en la antigua Grecia se daban paseos a caballo a personas que padecían enfermedades incurables como parte de la terapia para aumentar su autoestima; Así pues, desde tiempos remotos los animales han sido utilizados por el hombre como parte de la terapia de sanación y/o paliación de enfermedades.

El gran pensador inglés John Locke ya defendía en el año 1669 que la relación con animales tenía una función sociabilizadora.

A partir de este momento empezaron a promulgarse las primeras teorías sobre la influencia de los animales de compañía en enfermos mentales; Dichas teorías sugerían que el trato con estos animales despertaba sentimientos sociales en este tipo de personas, las cuales se encontraban más relajadas y tranquilas.

La primera vez que se registró la utilización de animales de compañía como terapeutas fue en el año 1972 en el Asilo de York, en Inglaterra; Donde el psiquiatra William Tuke intuía que los animales podían propiciar valores humanos y autocontrol en estos enfermos, mediante refuerzo positivo.

En 1867, los animales de compañía empezaron a utilizarse como parte del tratamiento de enfermos epilépticos en Bethel, Bielefeld, Alemania; Hoy en día, es un sanatorio que atiende a 5.000 pacientes aquejados de trastornos físicos y mentales en el que varios tipos de animales forman parte activa del tratamiento, y en el que cuidarlos es una parte importante del programa.

TERAPIA ACUÁTICA EN PISCINA.**TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN FÍSICA: HIDROTERAPIA.**

La fisioterapia acuática proporciona beneficios a estos pacientes a nivel físico, fisiológico y social, sin embargo no se ha encontrado evidencia de que tenga mejores resultados que otras terapias; Se define Hidrocinesiterapia como aquella terapia dirigida a la ejecución de ejercicios en un medio acuático, con parte o la totalidad del cuerpo sumergido en la misma a través de un tanque o piscina.

Esta terapia se engloba en un grupo de tratamientos que se basan en el aprovechamiento de los beneficios del agua.

Este grupo, que conocemos bajo el nombre de Hidroterapia, incluye además otro tipo de terapias, con menos interés en medicina veterinaria, como por ejemplo, la dilución de preparados medicinales en el agua, los baños, tanto calientes como fríos, el jacuzzi, los chorros etc.

Como ocurre con cualquier terapia física, es conveniente consultar con el Especialista que refiere el caso a la hora de aplicar la hidrocinesiterapia; Éste debe estar convenientemente informado de las posibles aplicaciones de la misma, así como de las precauciones y contraindicaciones; Deberá prestar atención a sus indicaciones y recomendaciones, para que, de manera combinada con la terapia acuática, el beneficio para el paciente sea prioritario y máximo.

ODONTOLOGÍA PARA MAYORES

La calidad de vida relacionada con la salud oral se evalúa a partir de la autopercepción de la salud oral (APSO) de adultos mayores, El objetivo es determinar la APSO con respecto a las características sociodemográficas y de salud en adultos mayores derechohabientes del Instituto Español de la Seguridad Social de la Ciudad de Valencia.

Métodos: estudio transversal con datos sociodemográficos, de salud, de dependencia, visita al dentista, uso de prótesis dental removible y APSO; Se calcularon las medias de autopercepción (Geriatric/General Oral Health Assessment Index: GOHAI) y se usaron las pruebas t de Student, ANOVA y post hoc Bonferroni, Resultados: el 60.5% fueron mujeres. La edad promedio de la población fue 68.23 ± 7.0 . La media (IC) del GOHAI total fue 48.07 (48.05-48.08).

Comparados con sus contrapartes, hubo mejor autopercepción de la salud oral en los individuos del grupo de 60-69 años, separados o divorciados, ≥ 7 años de estudio, con trabajo remunerado, que vivían solos, no fumaban, sí bebían alcohol, tenían buena percepción de salud, bajo peso, sin deterioro cognitivo, ni depresión, ni ansiedad, ni comorbilidades, que consumían < 5 fármacos, con limitaciones en actividades básicas, sin limitaciones en actividades instrumentales, que no visitaban al dentista y no usaban prótesis removible, Conclusión: el concepto de calidad de vida incorpora esencialmente la APSO del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud.

OFTALMOLOGÍA PARA MAYORES

Glaucoma: Es una enfermedad relacionada con el aumento de presión en el ojo que provoca daños en el nervio óptico. Suele ser asintomática, es decir que no produce ningún síntoma, hasta que la pérdida de campo visual es irreversible. Por eso es importante tratarlo lo antes posible, ya que, a la larga, si no se trata, puede llevar a una pérdida de visión severa e incluso a la ceguera. Con el tratamiento temprano, la progresión de la enfermedad puede detenerse.

Cataratas: Con la edad se produce la opacificación gradual del cristalino del ojo, conocida como catarata. Su tratamiento es siempre quirúrgico.

El paciente que tiene cataratas puede experimentar: Pérdida de visión, Dificultad para ajustar y enfocar al pasar de una zona iluminada a otra poco iluminada, o viceversa. La conducción puede resultar más complicada, en especial por la noche o con lluvia. En el caso de sensibilidad al deslumbramiento o en personas con una visión periférica reducida, puede resultar difícil conducir. Es importante conducir con precaución y evitar las horas nocturnas siempre que se pueda. Se da una pérdida de sensibilidad al contraste que provoca una dificultad mayor al distinguir una imagen del fondo, cuando la diferencia de tonos es sutil.

Retinopatía diabética: Es una enfermedad derivada de la diabetes que se debe a la alteración progresiva de los vasos sanguíneos que nutren la retina, lo que produce una extravasación y acumulación de fluidos en las capas de la retina que ocasionan un engrosamiento del tejido retiniano y un emborronamiento de la visión. Suele afectar a ambos ojos y, en los casos más graves puede llevar a la ceguera, por lo que es importante diagnosticarla y tratarla lo antes posible.

Degeneración macular asociada a la edad: Se trata de una enfermedad que aparece con el envejecimiento y provoca un desgaste de las células del tejido nervioso de la retina, en su zona central, la mácula, lo que produce una pérdida de la visión central. Es de vital importancia un diagnóstico precoz de esta enfermedad para conservar la visión central, sobre todo si se observan distorsiones en la visión de las líneas rectas. Existe la degeneración macular seca, que avanza lentamente, y la húmeda, que avanza de manera muy rápida.

Ojo seco: Suele producir molestias como escozor, sensación de cuerpo extraño y picor. Su causa puede ser una escasa producción de lágrimas o lágrimas de mala calidad, que no cumplen la función de humedecer y proteger el ojo. Suele ser un problema crónico, especialmente a partir de los 60.

FISIOTERAPIA

Síntesis de los datos: se ofrece la fundamentación de los principales procesos propios del envejecimiento, los cambios estructurales que este genera y sus consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas; Se incluye el término "Envejecimiento Activo", propuesto por la OMS, que conlleva estrategias de promoción de salud y prevención de las deficiencias y las discapacidades e involucra programas de ejercicio físico o actividad física practicados de manera regular.

La fisioterapia ayuda a promover, prevenir, curar y recuperar la salud de los individuos, varios de sus Programas están destinados a tratar los problemas de discapacidad generados por enfermedades como el Parkinson, Alzheimer, Artritis, Fracturas, Osteoporosis, caídas y problemas cardiorrespiratorios. Promueven el movimiento y la independencia mediante ejercicios, técnicas de relajación, manejo del dolor, cuidados cardiorrespiratorio y otros.

SERVICIOS RELIGIOSOS

Desde el año 2008, EL Obispado de Valencia y la Generalidad Valenciana desarrolla el Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas; El objetivo es contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas que experimentan una situación especialmente vulnerable mediante la atención a los aspectos emocionales, sociales y espirituales, y ofrecer apoyo a los profesionales que se encargan de atenderlas.

Las personas que sufren enfermedades graves necesitan una atención integral, que dé respuesta a las cuestiones médicas, psicológicas, sociales y espirituales, y que tenga en cuenta el bienestar del cuidador y la preparación para los momentos de duelo; En este sentido, los profesionales de las unidades de cuidados paliativos de las Clínicas residenciales Geriátricas, Hospitales, etc. Realizan una labor muy importante.

El Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas, se propone complementar su actuación mediante actividades asistenciales, de formación y de seguimiento, a través de los 29 equipos de atención psicosocial que prestan su apoyo a más de cien Clínicas Residenciales Geriátricas, hospitales, etc. En la Comunidad Valenciana.

SERVICIOS FUNERARIOS. (MISIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS)

Aplicar prácticas sanitarias sobre cadáveres, restos cadavéricos y restos humanos, incluyendo la administración, gestión y explotación de los cementerios municipales y crematorios del Ayuntamiento de Gandía o cualquier ciudad de España, así como los servicios de mantenimiento y guarda y custodia de las instalaciones, y gestión de las unidades funerarias (concesiones).

Para ello estamos orientados a la mejora continua de nuestros servicios buscando la satisfacción de nuestros clientes y las personas de la organización, actuando con criterios socialmente responsables y de sostenibilidad.

LA OSTEOPATÍA Y LAS PERSONAS MAYORES

La Osteopatía es un método de salud manual, nada invasivo, que se hace con técnicas suaves, y que puede ayudar en muchos trastornos de salud en las personas mayores, como en enfermedades crónicas degenerativas, artritis, artrosis, osteoporosis, toda clase de dolores musculoesqueléticos, y pérdidas de equilibrio y movilidad. Merece destacar su papel de soporte o coadyudante de la Medicina Convencional en las enfermedades crónicas y degenerativas.

DECISIONES SOBRE EL PROYECTO

Con todo lo anteriormente analizado y vistos los resultados y tendencias tanto de la economía, como las necesidades actuales y a corto plazo de la gente, se procede a explicar las características del producto que se analizará y estudiará en dicho estudio de viabilidad.

Como se ha comentado anteriormente la economía y el sector de la construcción dirigido a la vivienda está atravesando unos tiempos difíciles, y si tenemos en cuenta las tendencias de envejecimiento de la población advertimos que se están abriendo las puertas a nuevos negocios dirigidos al cuidado y ayuda en la vida diaria de las personas mayores.

Así pues se ha considerado la posibilidad de analizar la viabilidad de un gran proyecto, el cual consiste en un complejo residencial (Anexo 4) destinado a las personas mayores compuestos de varios edificios que ofrecerán una gran variedad de servicios que procurarán facilitar y ayudar al aumento de la calidad de vida de las personas residentes en dicho complejo.

RESULTADOS

Para ello se ha proyectado un edificio principal el cual ubicará el Complejo Residencial Geriátrico Socio Sanitario, así como un Hospital privado que dará servicio a todo el complejo residencial.

Se ejecutarán cuatro grandes edificios destinados a viviendas tipo apartamentos (Anexo 5) las cuales se destinan a residentes que quieran seguir disfrutando de la independencia de vivir en su hogar pero con la tranquilidad de contar con tantos servicios como los que ofrece una residencia geriátrica así como muchos otros que se ofrecerán dentro del complejo.

En el centro de estos cuatro grandes edificios de apartamentos se ubicará un edificio central arqueado, acristalado destinado a centro social, restaurante, cafetería, salón de lectura, etc. En la planta baja del edificio será el encargado de ofrecer un servicio de actividades físicas para mantener el buen estado físico y la salud de los residentes, el cual también será utilizado para realizar actividades de rehabilitación. En sexto edificio se ubicará un Hospital privado con todas las especialidades de un hospital público, para atender a los residentes del complejo.

A pesar de que el complejo dispondrá de este edificio dedicado a la actividad física, también se ha proyectado una gran zona deportiva la cual estará compuesta por un pequeño campo de golf, así como una pista de tenis y una gran piscina para desarrollar actividades de rehabilitación acuática; Esta zona está considerada más de ocio que una zona expresa para actividades de bienestar y Rehabilitación.

Los seis edificios residenciales dispondrán de una gran piscina al aire libre con una gran terraza de 2.500 m² en la que podrán disfrutar del sol y tomar un baño cuando les plazca con toda la Tranquilidad y seguridad que ofrecerá dicho complejo.

Todo este magnífico complejo estará rodeado por unos 60.000 m² de zona verde, estarán destinados a que los residentes puedan pasear, disfrutar y relajarse en ellos sin necesidad de moverse de su residencia; El objetivo principal de este complejo es de facilitar la vida a los residentes ofreciéndoles todos los servicios que puedan necesitar así como actividades de entretenimiento, ocio y bienestar.

Pero dada la magnitud de este complejo residencial y de la gran inversión necesaria para llevarlo a cabo se pretende que la mayoría de los servicios se ofrezcan a personal ajeno al complejo residencial para poder así explotar al máximo sus instalaciones.

10. DATOS GEOGRÁFICOS Y ECONÓMICOS

INTRODUCCIÓN

En este primer capítulo se hace un pequeño resumen de la situación actual del sector, así como una pequeña introducción del proyecto el cual se pretende estudiar su viabilidad económica, definiendo la estructura de este estudio.

En la actualidad se están sufriendo las duras consecuencias de una crisis severa y que se extiende en el tiempo sin que parezca tener un final. En especial, el sector de la construcción se ha visto gravemente afectado, puesto que en los años precedentes al 2011 la situación de dicho sector era excepcional ya que la financiación se realizaba de manera muy fluida y sin apenas obstáculos para cualquier ciudadano o empresa que disfrutase de una situación económica estable, lo cual propició una exagerada inversión en promociones inmobiliarias que hasta el momento parecían la mejor inversión en el mercado. Sin embargo, a partir del año 2011 la situación económica cambió casi de una forma inmediata, las promociones inmobiliarias disminuyeron fuertemente sus ventas, lo cual creó una situación en que la oferta empezaba a ser mayor que la demanda.

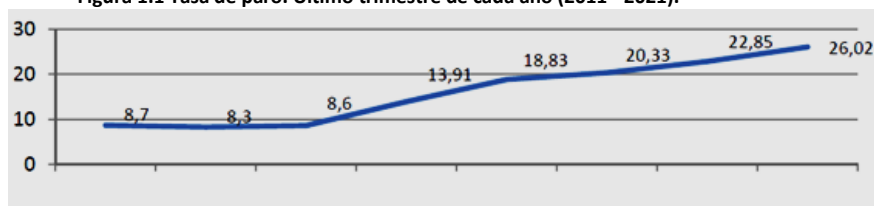
Cuando la situación se agravó empezaron los despidos masivos, los cierres de empresas y la frenada prácticamente total del sector de la construcción, el cual hasta el momento había sido el más importante en el crecimiento del país.

Todo esto desencadenó que las empresas y personas que tenían préstamos con entidades financieras no pudieran hacer frente a las deudas adquiridas en el pasado y que dichas entidades se quedaran sin liquidez para seguir financiando proyectos, hasta el punto de que muchas de ellas se han visto abocadas a la quiebra.

A continuación se expone la magnitud de los factores mencionados anteriormente con el objetivo de comprender la gran dimensión que ocupa la actual crisis económica.

Como se ve en la figura 1.1 el ascenso del paro desde el año 2011 ha sido muy significativo.

Figura 1.1 Tasa de paro. Último trimestre de cada año (2011 - 2021).



Por otro lado, como se ha comentado anteriormente, el hecho de que el paro aumentase ha producido un descenso en el consumo, lo cual unido a la falta de liquidez de las entidades financieras ha propiciado que los préstamos hipotecarios para adquirir viviendas hayan descendido fuertemente, como se observa en la figura 1.2., y por lo tanto la compra y venta de viviendas también haya disminuido fuertemente.

Figura 1.2 Hipotecas inmobiliarias constituidas. Periodo (2011 - 2021).

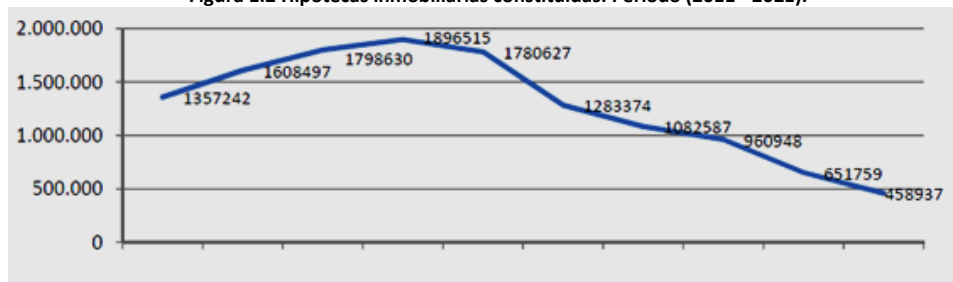
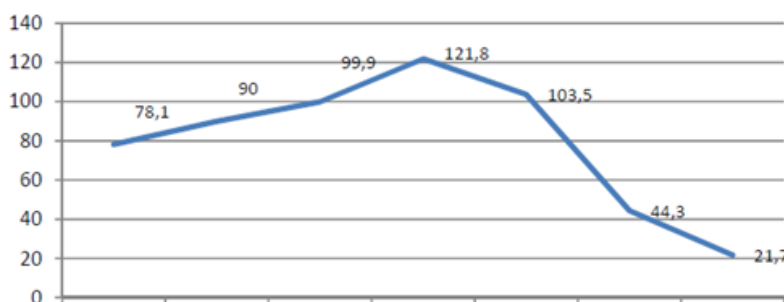


Figura 1.3. Índice de licencias de construcción de edificios residenciales. Periodo (2011- 2021).



Así pues, tal y como se aprecia en la figura 1.3, el descenso de construcciones de edificios residenciales ha sido en pocos años muy pronunciado. La especulación entorno al sector inmobiliario junto al aumento del precio de la vivienda que se estaba produciendo, convirtieron el sector de la construcción en el mejor medio para invertir, ya que la rentabilidad que ofrecían dichas inversiones era muy alta, hasta que llegó la crisis con la recesión y se frenó la compra-venta de viviendas y con ello la profunda crisis del Sector de la construcción.

Por ello surgió la idea del presente proyecto, realizar el estudio de viabilidad sobre un proyecto que no fuese destinado a la venta de viviendas, ya que este tipo de promociones en el pasado han sido las que han llevado el sector a colapsar el mercado. Por ello se ha decidido realizar el estudio de viabilidad de un complejo residencial con una residencia geriátrica ya que en la Actualidad el sector servicios parece ser el que tendrá un mayor incremento e importancia en la economía del país, y en concreto el destinado a la población de personas mayores.

Puesto que las inversiones económicas necesarias para llevar a cabo cualquier proyecto en la construcción son cuantiosas y que las condiciones actuales que rodean el sector son complicadas, es de gran importancia la cuantificación y el análisis minucioso de la viabilidad de cualquier promoción así como el estudio de las necesidades que existen en el mercado y se Pretenden cubrir.

Por ello, es de vital importancia realizar un estudio de viabilidad sobre el proyecto que se pretende ejecutar definiéndolo desde el punto de vista técnico, comercial, económico y financiero para poder llegar al punto óptimo en que la promoción resulte rentable y tenga una buena aceptación por parte del mercado que impulse la venta y su posterior explotación. Para abarcar el estudio de todo esto, la estructura que se lleva a cabo para realizar dicho trabajo, está desarrollada del siguiente modo.

En una primera fase se analiza el solar en el cual se pretende ejecutar la promoción para determinar las condiciones y posibilidades que ofrece dicho solar para rentabilizar al máximo sus condiciones urbanísticas. En una segunda fase se realiza un estudio del macro entorno en el cual se analizan los factores económicos en los que se encuentra la sociedad en la cual se pretende realizar el proyecto. También, en este punto se realiza el análisis de los factores demográficos, los cuales nos pueden dar datos de importancia en cuanto a quien debemos dirigir nuestro producto.

Realizaremos un estudio de la zona en la que se pretende llevar a cabo la promoción para investigar las posibilidades que ofrece dicho lugar así como la competencia directa que existe en el mismo. Por último, analizando todo lo anterior adoptaremos unas decisiones en cuanto a formas y condiciones que deberá tener el proyecto para que resulte atractivo y sea competitivo en su ámbito, así como el precio que deberá tener este.

En una última fase se realiza el estudio tanto económico como financiero de dicho proyecto en el que se cuantifican todos los costes como ingresos y en el que se tratan diferentes escenarios que puedan darse cuando se lleve a cabo el proyecto, para poder anticipar cualquier cambio negativo que pueda surgir en dicha promoción y tener en cuenta en condiciones contradictorias si también resulta un proyecto viable.

OBJETIVOS

En este apartado se ha descrito el objetivo general que pretende alcanzar este trabajo, así como los objetivos específicos que se han de llevar a cabo para alcanzar el éxito de este. El objetivo general de este trabajo es el de establecer un procedimiento para analizar la viabilidad comercial y económico-financiera en un proyecto de grandes dimensiones como la ejecución de un Complejo Residencial Geriátrico Socio Sanitario, para averiguar desde el punto de vista de la rentabilidad, el precio de venta que deberá tener este proyecto. Para todo esto, se analizarán todos los factores que influyen directamente en dicho proyecto y estudiando diversas casuísticas que puede que se den cuando se lleve a cabo sin que esto suponga la quiebra de la promoción. Este objetivo general se detalla en los siguientes objetivos específicos.

La población de piles en la Comarca de la Safor, cumple las NUEVE cualidades que se exige para la ejecución del proyecto. Las empresas y personal que tienen que colaborar con La construcción, mantenimiento y explotación del Complejo Residencial Geriátrico Socio Sanitario tienen que residir en:

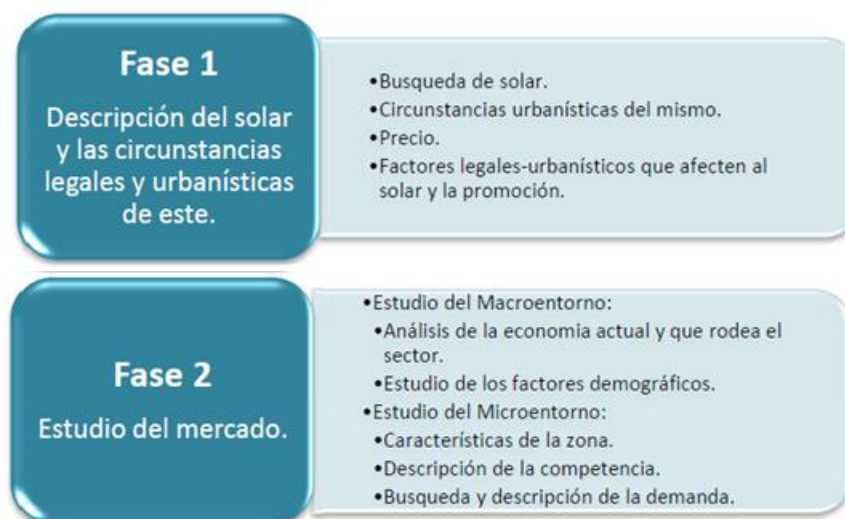
- ✚ 1º Término Municipal de la población de Piles.
- ✚ 2º Comarca de la Safor.
- ✚ 3º Provincia de Valencia.
- ✚ 4º Comunidad Valenciana: Valencia, Alicante y Castellón.
- ✚ 5º España: Península, islas Baleares E islas Canarias.
- ✚ 6º Comunidad Europea.

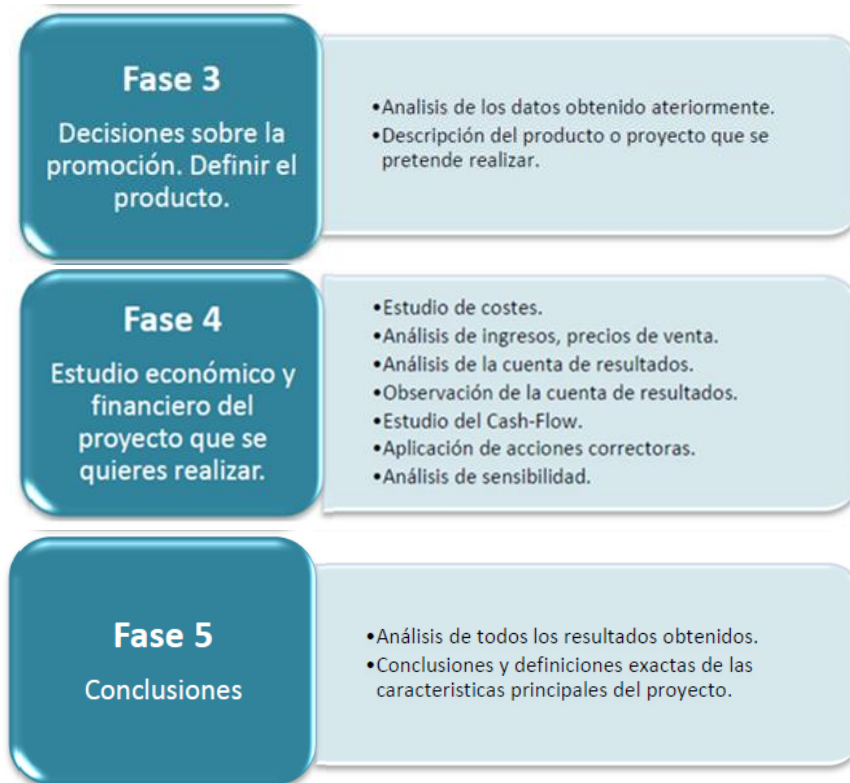
- a) **Analizar las condiciones urbanísticas del solar**, puesto que en función de las posibilidades que ofrezca en cuanto a edificabilidad y la repercusión que tenga esta sobre el futuro proyecto, condicionarán en mayor o menor medida el precio de esta y por tanto su viabilidad.
- b) **Realizar el análisis del macro entorno**, dada la gran importancia que tiene conocer las circunstancias que atraviesa la economía y en concreto las que rodean el sector de la construcción así como conocer las condiciones socio-culturales, políticas, jurídicas y las demográficas.
- c) **Realizar un análisis del micro entorno de la zona en la que se pretende realizar la promoción**, analizando las características que ofrece dicho territorio así como la competencia que pueda existir en el identificado los posibles demandantes del producto que se realizará.
- d) **Definir en función de los resultados obtenidos anteriormente cual será el producto más adecuado a ofertar**, el precio que deberá tener este teniendo en cuenta el de la competencia, así como las características diferenciadoras que pretendemos dar a nuestro proyecto que lo distinga del resto.
- e) **Analizar la rentabilidad que se puede obtener** en dicho solar con las condiciones que rodean la promoción que se pretende llevar a cabo.
- f) **Estudiar las posibles fuentes de financiación** necesarias para poder llevar a cabo dicho proyecto.
- g) **Realizar un análisis de sensibilidad** de la promoción que se estudia puesto que el proceso de ejecución de dicho proyecto puede alargarse en el tiempo y las condiciones iniciales que se tuvieron en cuenta para determinar la viabilidad del proyecto cambiar.
- h) **Llegar a una conclusión, en la que se defina el precio de venta de dicho proyecto** para alcanzar unas cotas de rentabilidad mínimas exigibles por el riesgo y la envergadura de dicho proyecto, así como determinar un rango del precio de venta en función de la rentabilidad que se quiere obtener.

METODOLOGÍA EMPLEADA

En este apartado se describe la secuencia de trabajos que se han realizado para llevar a cabo este trabajo, así como el modo de Abarcar cada uno de ellos. Como se observa en la figura 3, el trabajo se estructura en diferentes fases, las cuales se explican a Continuación:

Figura 3. Esquema fases en las que se divide el trabajo.



**FASE 1**

En un primer lugar, puesto que para realizar el estudio de viabilidad de un proyecto necesitamos ubicar el mismo en un lugar, el Departamento Técnico procedió a la búsqueda de este, así como a la investigación y recapitulación de todos los factores y características que afectaban al solar y al proyecto que se pretendía ejecutar en él.

BÚSQUEDA DEL SOLAR

En primer lugar se realizó la búsqueda del solar en la población de Piles a través de la página web del municipio. Al no tener un resultado positivo se optó por realizar una búsqueda del mismo desde la zona, por lo que fue de mucha ayuda el hecho de conocerla, En este caso esta opción fue la más efectiva.

CIRCUNSTANCIAS URBANÍSTICAS DEL SOLAR

Para averiguar las circunstancias urbanísticas del solar se accedió a la dirección web del Ayuntamiento de Piles, donde se ubica el solar y en el apartado de urbanismo se buscó la información relativa a dicha zona, concretamente en el Plan General de Ordenación Urbana de la población de Piles (Valencia).

PRECIO

Para determinar el precio de venta del solar, se visitó a los varios titulares actuales de los solares, proporcionando la información del precio por el cual estarían dispuestos a vender. (EL SOLAR DE 316.939,00 m² aproximadamente, está ubicado en 140 parcelas independientes).

FACTORES LEGALES-URBANÍSTICOS QUE AFECTEN AL SOLAR Y AL PROYECTO

Para estudiar todos estos datos se actuó del mismo modo que en la búsqueda de las circunstancias urbanísticas mencionadas anteriormente, y para averiguar los factores legales que afectan al tipo de proyecto que estudia este caso, se contactó personalmente con el Concejal responsable del área de Urbanismo del ayuntamiento de Piles el cual nos respondió indicándonos la Orden que actualmente regula esta tipología de proyectos.

FASE 2

En segundo lugar, se realizó el estudio de mercado ya que era de vital importancia conocer la situación por la que está pasando la economía, así como el sector de la construcción. Otro factor de importancia era el demográfico puesto que las tendencias de estos influyen en el consumo. También se realizó el estudio de las características de la zona así como la competencia existente en ella, para con esto, ajustar el producto a la demanda.

ESTUDIO DEL MACROENTORNO

Para ello se buscó la información más relevante como el PIB, IPC, la evolución de la bolsa, los Tipos de interés, estadísticas sobre constitución de hipotecas, la evolución de los precios de las Viviendas, la evolución de los precios de los materiales de Construcción, las estadísticas sobre La tasa de paro y las estadísticas sobre salarios y pensiones. Todo esto se pudo extraer de la Página web del Instituto Nacional de Estadísticas.

Para averiguar los principales datos de interés en cuanto a la demografía como el crecimiento De la población, los nacimientos y defunciones, la esperanza de vida y la inmigración, se actuó Del mismo modo que con los datos económicos.

Pero en este caso, para averiguar datos de otros países que puedan influir sobre este proyecto también se buscó información en Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> para estadísticas de Países Europeos.

ESTUDIO DEL MICROENTORNO

Para estudiar las características de la zona ayudó en gran parte los conocimientos que se tienen sobre la misma al residir en ella. En primer lugar, se realizó un estudio de la población que vive en la zona y las características de esta, como la nacionalidad pirámides de población, etc. Estos datos se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística.

También se investigó y se recapitularon los servicios que ofrecía dicha zona y para ello se realizó dicha búsqueda a través de Página web de turismo, Igualmente, se realizó una investigación sobre datos climatológicos de la zona a través del INE.

Por otro lado, se investigó por internet la competencia que existía cerca o en la misma zona y una vez localizada se procedió hacer una descripción de la misma. Todos los datos que se obtuvieron de esta, se hallaron a través de la página web y folletos informativos que ofrecían. Por último, se llevó a cabo un estudio y posterior descripción sobre la demanda.

FASE 3

A continuación se realizó el análisis de todos los datos obtenidos anteriormente para así proceder a la definición del proyecto, el cual se llevará a cabo el estudio económico.

FASE 4

En esta fase se realizó la cuantificación de todos los costes que conlleva la promoción, así como el estudio y análisis de los precios de ventas. Con los datos que se obtengan en esta fase se llegará a la conclusión de la viabilidad del proyecto así como de su rentabilidad.

ESTUDIO DE COSTES

En primer lugar se llevó a cabo el cálculo del coste de urbanización ya que la parcela en el que se pretendía realizar el proyecto no cumplía las condiciones de solar. Para ello se tuvo que calcular los costes de los honorarios de los facultativos que debían intervenir en la urbanización, así como los costes de licencias y por último la cuantificación del costo de las obras.

Posteriormente, se realizó los cálculos de los costes de adquisición del solar. Para ello se calcularon los gastos documentales de notaría y registro de la propiedad tal y como establecen los aranceles vigentes según el RD 1426/1989, de 17 de Noviembre y RD 1427/1989, de 17 de Noviembre respectivamente teniendo en cuenta lo dispuesto en el RD-Ley 6/2000, de 23 de Junio, el cual establece un descuento del 10% en los aranceles establecidos para los Notarios.

También se calcularon los impuestos como el IVA al tipo impositivo que establece la Ley 37/1992, de 28 de diciembre y el AJD según los tipos impositivos vigentes en Decreto-ley 1/2012, de 5 de enero, del Consell, de medidas urgentes para la reducción del déficit en la Comunitat Valenciana.

Finalmente se calcularon los costes derivados de estos procesos como el levantamiento topográfico y el estudio geotécnico en función del tamaño y complejidad del solar. Seguidamente se calcularon los costes de construcción, para ello, se utilizó el valor de construcción que publica el Ministerio de Economía y Hacienda.

Para esto se buscó el módulo MBC de una población cercana a la de estudio y con parecidas características, y con dicho módulo se modificó utilizando los coeficientes de las tablas de categorías y tipologías que establece el RD 1020/1993, de 25 de Junio.

El siguiente paso fue el cálculo de los honorarios de los facultativos intervinientes en la promoción. Puesto que estos honorarios son libres, se calcularon de forma orientativa como establecen algunos colegios oficiales.

A continuación se calcularon los costes de las licencias y autorizaciones necesarias, para calcular dichos costes se realizó la consulta en el ayuntamiento desde el cual nos indicaron los costes porcentajes a aplicar para el cálculo de cada licencia.

La declaración de obra nueva así como la de división horizontal se calcularon con los costes de notario y registro de la propiedad comentados anteriormente y el impuesto AJD según el tipo vigente.

En otro apartado se calculó el coste del seguro de responsabilidad decenal, obligatorio por ley, el cual puede oscilar entre un 1,2-2,2% sobre el PEM. También se calcularon los impuestos como el IAE e IBI. El IBI es un impuesto con un tipo impositivo que establece el ayuntamiento, por ello se buscó dicho tipo impositivo en la página web del ayuntamiento.

El IAE se calculó tal y como establece el Real Decreto Legislativo 1175/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueban las tarifas y la instrucción del impuesto sobre actividades económicas, para el cálculo de este impuesto se buscaron los coeficientes de recargo que establecen la provincia y el municipio, este último en la página web del ayuntamiento.

A continuación se calculó el importe a pagar en concepto de IBI tal y como establece la Ley 39/1988, de 28 de diciembre, reguladora de las Haciendas Locales, y con el tipo impositivo establecido por el ayuntamiento que se consultó en su página web.

A continuación se calcularon los gastos de gestión, los cuales se obtuvieron fijando un porcentaje sobre los costes anteriormente mencionados y calculados. El siguiente coste en calcular fue el gasto de comercialización con gasto por ventas y gastos por publicidad, los cuales también se calcularon estableciendo un porcentaje sobre el precio de venta.

Por último, se calcularon los gastos financieros con las condiciones negociadas con la entidad financiera. Para esto se realizó un estudio entidad por entidad en busca de la financiación más adecuada obteniendo diferentes valores en cuanto a interés y costes empleando para los cálculos el más favorable.

ANÁLISIS DE INGRESOS

Una vez calculados todos los costes se pronosticó un precio orientativo de venta. Se analizó la cuenta de resultados así como el cash-flow para ajustar el precio de venta en función del mercado y de la rentabilidad del proyecto.

Una vez conseguido esto, se hayo la rentabilidad mensual del proyecto para así poder pasar a buscar acciones correctoras que solventaran el déficit de caja en los primeros meses de vida de la promoción.

ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD

Una vez obtenidas en el apartado anterior las mejores condiciones de financiación, así como el precio de venta deseado para conseguir la rentabilidad esperada, se crearon varias hipótesis para averiguar la sensibilidad de la promoción en función de los cambios que se puedan dar en un momento determinado del proyecto sobre las hipótesis inicialmente adoptadas.

FASE 5

En esta fase se analizaron todos los datos obtenidos hasta el momento para proporcionar una conclusión en cuanto a la rentabilidad que puede ofrecer dicho proyecto, como hacer una definición exacta de las características principales que tendrá dicho proyecto.

RESULTADOS

Una vez sentadas las bases del presente trabajo, en este apartado se procede al análisis y estudio de proyecto que se pretende realizar, así como a realizar unas primeras conclusiones fase a fase para determinar cómo se ha de enfocar cada punto según los datos obtenidos hasta el momento. Este capítulo está dividido en cinco apartados los cuales se estudiarán a continuación.

11. DESCRIPCIÓN Y COMPRA DEL SOLAR

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN

En este primer apartado, se realizara una descripción detallada del solar y de sus condiciones actuales. La parcela en la **Partida Terranova Piles**, objeto de estudio de este proyecto se ubica en la localidad de Piles (Valencia), entre la carretera de Daimús Oliva. En el polígono industrial comercial de Sancho Llop donde está ubicado el Hospital de Gandia (FRANCESC DE BORJA) a 6 km. De la parcela de 175.000 m² de Piles donde se ubicara el Complejo Residencial Geriátrico Socio Sanitario, como se observa en la imagen 4.1.1. La parcela está situada a una altitud media de 6 m. y a una distancia del mar de: 2.800 m.

PARCELA

Imagen 4.1.1. Ubicación parcela. (PARTIDA TERRANOVA EN PILES)



Actualmente la parcela no cumple las condiciones de solar establecidas por el artículo 11 de la ley 16/2005, de 30 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, la cual establece las condiciones y características a cumplir para obtener la consideración de solar. Por ello se deberán acometer las pertinentes obras de urbanización y adecuación del terreno así como las condiciones de integración y conexión impuestas por el Plan General de Ordenación de Piles. El acceso a la parcela se realiza desde la carretera Comarcal CV-670 NAZARET OLIVA, como muestra la imagen 4.1.2.

Imagen 4.1.2. Acceso a la parcela. (PARTIDA TERRANOVA PAMPOLS EN PILES)



En la imagen 4.1.3 observamos los desniveles de la parcela que al estar ubicada en una Parcela con naranjos en plena producción, es una superficie totalmente regular. El desnivel acumulado de la parcela es de 0,80 cm. con una diferencia de cota de inicio a final de 1,20 metros.



El uso actual de la parcela está destinado a la agricultura, con una producción citrícola específica, un porcentaje bastante alto de la superficie tiene un mantenimiento de labranza lo cual impide que la maleza proliferen.

PRECIO DE LA PARCELA

La propiedad actual del solar con una superficie de: **316.939,00 m²** aproximadamente, donde se ubicara el Complejo Residencial Socio Sanitario. Está ubicada en el Termino Municipal del pueblo de Piles en la comarca de la Safor, el acceso principal desde la carretera comarcal **CV-670 (NAZARET-OLIVA)**.

El precio de venta de la parcela de **316.939,00 m²**, por parte de la propiedad se establece en: **18.031.833,00 € más IVA 21% 3.786.684,93 €**, gastos de Notarías están incluidos en el precio. (Ver tabla de distribución de gastos de compra del solar)

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)

ESTUDIO DE VIABILIDAD ECONÓMICO FINANCIERO (2023)

Tabla Distribución de Gastos por la compra del solar, quedan distribuidos del siguiente modo:

COMPRA DEL SOLAR 316.939 m² EN LA PARTIDA TERRA NOVA DE PILES, DONDE SE UBICARA EL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO		
1º PRECIO DEL SOLAR 316.939 m² 1º I.V.A. Soportado 21% Residencial: 20.000 m ² Precio: 116,00 € Total: 2.320.000,00 € Agrario: 296.939 m ² Precio: 50,00 € Total: 14.463.800,00 €	(09,37 % 182.587.812,00 €)	17.116.950,00 € 3.594.559,50 €
2º GASTOS DOCUMENTALES 2º I.V.A. Soportado 21%	(0,07 % 17.116.950,00 €)	11.982,00 € 2.516,222 €
3º GASTOS DE NOTARÍA 3º I.V.A. Soportado 21%	(0,75 % 17.166.950,00 €)	128.753,00 € 27.037,95 €
4º REGISTRO DE LA PROPIEDAD 4º I.V.A. Soportado 21%	(0,20 % 17.116.950,00 €)	34.334,00 € 7.210,12 €
5º AJD (Actos Jurídicos Documentados) 5º I.V.A. Soportado 21%	(2,00 % 17.116.950,00 €)	342.339,00 € 71.891,19 €
6º OTROS GASTOS DOCUMENTADOS 6º I.V.A. Soportado 21%	(1,25 % 17.116.950,00 €)	213.962,00 € 44.932,00 €
7º LEVANTAMIENTO TOPOGRÁFICO 7º I.V.A. Soportado 21%	(0,10 % 17.116.950,00 €)	17.117,00 € 3.594,56 €
8º ESTUDIO GEOTÉCNICO 8º I.V.A. Soportado 21%	(0,67 % 17.116.950,00 €)	114.684,00 € 24.083,55 €
9º CEDULA CLASIFICACIÓN URBANÍSTICA Y VARIOS 9º I.V.A. Soportado 21%	(0,01 % 17.116.950,00 €)	1.712,00 € 359,46 €
TOTAL COMPRA SOLAR		18.031.833,00 €
TOTAL IVA SOPORTADO (21 %)		3.786.684,93 €
Gastos de Notaría 5.05% del precio de compra de la parcela: 864.883,00 € IVA 21% 181.625,43 € Total: 1.046.508,43 €		
	(09,85 % 182.587.812,00 €)	

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

12. ESTUDIO LEGAL-URBANÍSTICO

A continuación se analizarán los factores legales, jurídicos y urbanísticos que puedan afectar a la promoción.

FACTORES URBANÍSTICOS

En la actualidad la parcela está considerada como terreno agrícola (**Anexo 1**) por lo tanto para poder realizar dicho proyecto se deben acometer las pertinentes obras de urbanización:

Condiciones de integración y conexión:

Red viaria.

- ✚ Ejecución del tramo de red viaria estructural 4-9-27.
- ✚ Ejecución de glorieta.

Saneamiento.

- ✚ Conexión con red de alcantarillado de la U.E.
- ✚ Vertido final a “**E.D.A.R. PRIVADA DEL COMPLEJO**”.
- ✚ Se satisfarán la cantidad que en su día se plantee en concepto de conexión con el sistema de tratamiento y en concepto de suplementación del mismo.

Evacuación de pluviales.

- ✚ Según Normativa vigente.

Abastecimiento de agua.

- ✚ El abastecimiento de agua potable para los residentes del complejo, se realizara con la planta potabilizadora de uso privado instalada en el complejo donde se ubica el pozo de agua, según la normativa vigente sobre agua potable.
- ✚ Se ejecutará los conductos y punto de conexión según las indicaciones de los Servicios Técnicos Municipales de Piles.
- ✚ La posibilidad de abastecimiento de agua potable se acreditará mediante certificado emitido por la entidad competente, basado en estudios técnicos realizados al efecto, respecto de la garantía de suministro para el ámbito de actuación que se programe.

Otros.

- ✚ El suministro de energía eléctrica al complejo, se realizara con la Planta fotovoltaica y la planta Geotérmica instaladas en el complejo. Según normativas vigentes sobre este tema.
- ✚ El suministro de energía eléctrica y la instalación de telefonía se ejecutara según indicaciones de los Servicios Técnicos Municipales y las compañías suministradoras.

Todos estos trabajos se ejecutaran conforme a lo establecido en el **título 3**, condiciones generales de la urbanización, del Plan General de Ordenación de Piles.

Las fichas del planeamiento actual establecen para esta zona dichas condiciones:

Usos.

- ✚ Uso tipológico global: SAN.
- ✚ Usos compatibles: REU REV CUE HO* RE3 APA DO*.
- ✚ Usos incompatibles: REM IN* CO* RE1 RE2 RU*.

Tipología: BEX**Condiciones específicas de las tipologías BEX y BAD.**

En las zonas de ordenación en suelo urbano en las que la ordenación estructural establece la tipología BEX: Podrá reducirse el Retranqueo a viales exigido en los artículos 58.2, 59.2, 60.2 y 61.2 de las presentes Normas, en caso de que la aplicación del Régimen de retranqueos y número máximo de plantas no pueda materializarse sobre la parcela neta el aprovechamiento Subjetivo que corresponda a su propietario.

En dicho caso, el retranqueo se reducirá en lo estrictamente necesario para que en la porción que resulte edificable de la Parcela pueda materializarse dicho aprovechamiento. En ningún caso dicho retranqueo podrá ser inferior a cuatro metros ni al 65% del retranqueo que corresponda a la zona de ordenación.

En caso de que ni aun aplicando la reducción máxima del retranqueo prevista en el párrafo anterior pueda materializarse el Aprovechamiento subjetivo que corresponda a la parcela, podrá ejecutarse sobre la última planta un cuerpo de edificación Retranqueado la misma distancia de todos los lados que compongan el perímetro del edificio y cuya superficie construida sea La estrictamente necesaria para la materialización del aprovechamiento.

- ✚ Cuando en una parcela pueda existir varios bloques de edificación, la distancia mínima entre ellos será de 4 metros por sus testeros y de 6 metros por sus frentes. No se aplicará este criterio en el caso de edificaciones auxiliares.
- ✚ En la tipología BAD, se admitirá la supresión del retranqueo a lindes con objeto de posibilitar la formación de tipos pareados o en hilera.
- ✚ Artículo 60. Zona de ordenación “Edificación Terciaria” (TER). 2. Las Normas Urbanísticas de aplicación a dicha zona se expresan en el cuadro 1, (Anexo 1) de las presentes Normas Urbanísticas.”
- ✚ Este proyecto en concreto, se enmarcara dentro de los siguientes usos, definidos en el P.G.O. de Piles.

Terciario

- ✚ Hotelero: Uso destinado al alojamiento temporal y a sus actividades complementarias relacionadas con el ramo de la hostelería y las que se califiquen como tales por la Consellería correspondiente. Todos los servicios de que dispone están abiertos a los usuarios.
- ✚ La instalación dispone de un único contador de suministro de energía eléctrica y de suministro de agua potable.
- ✚ Se denomina con la clave “HO*”.La licencia urbanística que autorice dicho uso, incorporará en su condicionado una condición general de afectación del uso a hotel, y deberá ser inscrito tal extremo en el Registro de la Propiedad. No se autoriza la división horizontal ni la segregación de la finca afecta por la actividad.

Con el siguiente subtipo

- ✚ Hotelero Nivel 1 (Uso denominado con la clave “HO1”): Campings, moteles, hoteles apartamento y hoteles-apartamentos-residencial.
- ✚ Plan General de Ordenación de Piles.

Sanitario:

- ✚ Uso relacionado con la salud y destinado al tratamiento y alojamiento de enfermos, incluyendo consultas, clínicas, laboratorios, dispensarios, ambulatorios, sanatorios, hospitales, residencias sanitarias y otros análogos.

Recreativo

- Es el destinado a manifestaciones comunitarias, de carácter lúdico o social.
- Engloba las manifestaciones de culto de cualquier confesión, las reuniones de carácter social o cívico y los usos vinculados al esparcimiento y al tiempo libre.

Con el siguiente subtipo: Recreativo Tipo 3

- Centros sociales, vecinales, cívicos o filantrópicos. Manifestaciones religiosas y actividades de culto de cualquier confesión.

Aparcamientos

- Uso de aparcamiento al aire libre, en edificio exclusivo u ocupando parte de un edificio como uso complementario respecto de otro predominante.

Dotacional, Equipamientos

- Áreas destinadas a albergar las instalaciones e equipamientos que requieren el normal desarrollo de las actividades humanas. La edificación destinada a equipamientos docentes y sanitarios se regulará por sus normativas sectoriales.

La edificación en la que se materialice el resto de actividades dotacionales, se ajustará a los parámetros máximos de altura, edificabilidad y ocupación que se expresa en la tabla 4.2.1. Siguiente:

Tabla 4.2.1. Parámetros máximos de altura, edificabilidad y ocupación tipología BEX, en uso dotacional.

Equipamientos adyacentes a áreas de tipología edificatoria:	Altura máxima.		Ocupación máxima.	Edificabilidad máxima.
	Metros	Nº de plantas.		
BEX BAD	R + 3	R + 1	2 R	3 R
R ->Parámetro correspondiente en el área de ordenación adyacente al equipamiento.				

Con el siguiente subtipo: Deportivo-recreativo

(Uso denominado con la clave “PRD” ó “SRD”, según esté incluido en la red primaria o secundaria de dotaciones públicas). Recintos cerrados o delimitados, cubiertos o descubiertos para la práctica del deporte, e instalaciones fijas y edificios para concentraciones públicas o contemplación de espectáculos.

Asistencial: (Uso denominado con la clave “PTD” ó “STD”, según esté incluido en la red primaria o secundaria de dotaciones públicas). Servicios sanitarios y los de asistencia y bienestar social.

Otras determinaciones estructurales:

- Altura reguladora máxima de la edificación $\leq 9,00$ metros.
- El acceso al sector se realizará desde la glorieta prevista en la carretera del Hospital.
- Este proyecto se ve afectado por P.G.O de Piles, el cual obliga a las edificaciones de uso terciario a disponer de depósito de agua para abastecimiento mínimo de 24 horas con la capacidad suficiente para abastecer la demanda necesaria.
- Así también a la construcción de un aljibe de agua para riego de zona ajardinada, ya que su riego está prohibido desde la red general de agua potable.
- El artículo 37 establece las condiciones que debe cumplir el complejo en cuanto a plazas de aparcamiento.
- El solar en la actualidad contiene una edificación en estado de ruinas que están catalogadas como bienes y espacios no protegidos.

FACTORES LEGALES

Aparte de las normas municipales existen varias normativas que regulan cómo se pueden hacer estos centros, entre ellas la ORDEN de 4 de febrero de 2005, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. Modificado por la ORDEN 8/2012, de 20 de febrero, de la Consellería de Justicia y Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores.

13. ESTUDIO COMERCIAL.

ESTUDIO DE MERCADO.

A continuación se analiza el macro entorno y el micro entorno analizando los datos que se han considerado de mayor importancia para el presente estudio.

ESTUDIO DEL MACROENTORNO

A continuación se estudiarán aquellos factores ajenos o independientes a las empresas del sector que de igual modo pueden afectar si sufren variaciones o cambios, como son los factores demográficos, factores económicos, factores políticos, factores jurídicos y los factores socio culturales.

FACTORES DEMOGRÁFICOS

Con ello se pretende analizar el crecimiento y la estructura de un entorno, ya que en función del tamaño, edad y movimientos migratorios y densidad se modificará la estructura de un país y por tanto cambiará la demanda de productos en el mercado. Para ello se tendrá en cuenta el movimiento social, asociado a la migración y el movimiento natural de una población que se produce por la natalidad, mortalidad y esperanza de vida. Con todo ello se obtendrán unas tendencias de cambios en la estructura de la sociedad. El factor demográfico se puede dividir en dos tipos de movimientos, el movimiento natural, que se obtiene de las estadísticas de natalidad, mortalidad, el envejecimiento de la población y la esperanza de vida, y el movimiento social derivado de los movimientos migratorios. La población actual en España es de 46.815.916 habitantes (INE 1 de Noviembre de 2011), en los últimos diez años la población ha sufrido un incremento de casi un 15% debido a las condiciones económicas en el país, pero desde el comienzo de la crisis la tendencia está cambiando y las estimaciones para los próximos años se caracterizarán por un descenso moderado de la población.

Figura 4.3.1.1. Crecimiento de la población de España.

AÑO:	POBLACIÓN RESIDENTE A 1 DE ENERO.	CRECIMIENTO POBLACIONAL.	
		Absoluto.	Relativo %.
2000	40.049.708	427.015	1,07
2001	40.476.723	487.521	+1,20
2002	40.964.244	699.458	+1,71
2003	41.663.702	681.640	+1,64
2004	42.345.342	692.693	+1,64
2005	43.038.035	720.215	+1,67
2006	43.758.250	716.381	+1,64
2007	44.474.631	808.628	+1,82
2008	45.283.259	544.913	+1,20
2009	45.828.172	160.844	+0,35
2010	45.989.016	163.910	+0,36
2011	46.152.925	-34.193	-0,07
2012	46.118.733	-37.209	-0,08
2013	46.081.524	-41.544	-0,09
2014	46.039.979	-46.883	-0,10
2015	45.993.096	-52.885	-0,11
2016	45.940.210	-59.208	-0,13
2017	45.881.002	-65.492	-0,14
2018	45.815.510	-71.462	-0,16
2019	45.744.048	-76.886	-0,17
2020	45.667.161	-81.587	-0,18
2021	45.585.574	-81.587	-0,18

Fuente:

2.000-2.001, Estimaciones Inter censales de Población.

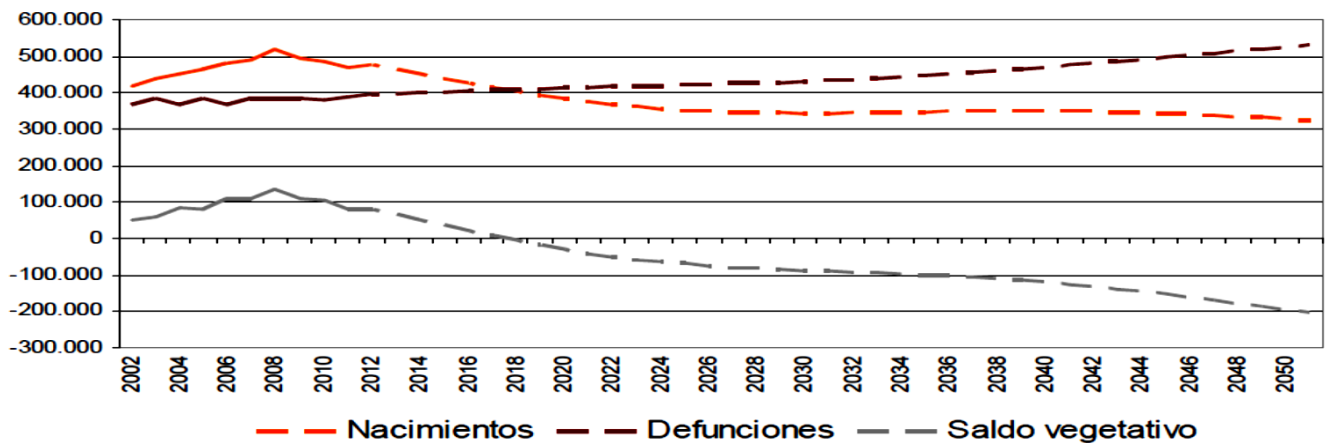
2.002-2.011, Estimaciones de la Población Actual.

2.011-2.021, Estimaciones de la Población Actual.

ESTUDIO DE VIABILIDAD ECONÓMICO FINANCIERO (2023)

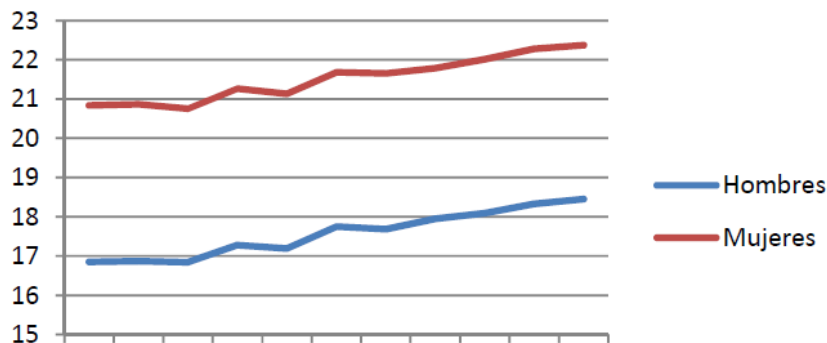
La tasa de natalidad 10,20% tiende a disminuir al tiempo que la tasa de mortalidad 8,36% se mantenga relativamente, según datos INE figura 4.3.1.2, en este aspecto la población no sufrirá una gran variación y será el factor de la migración el que influya en mayor medida.

Figura 4.3.1.2. Nacimientos y defunciones en España (2002-2050).



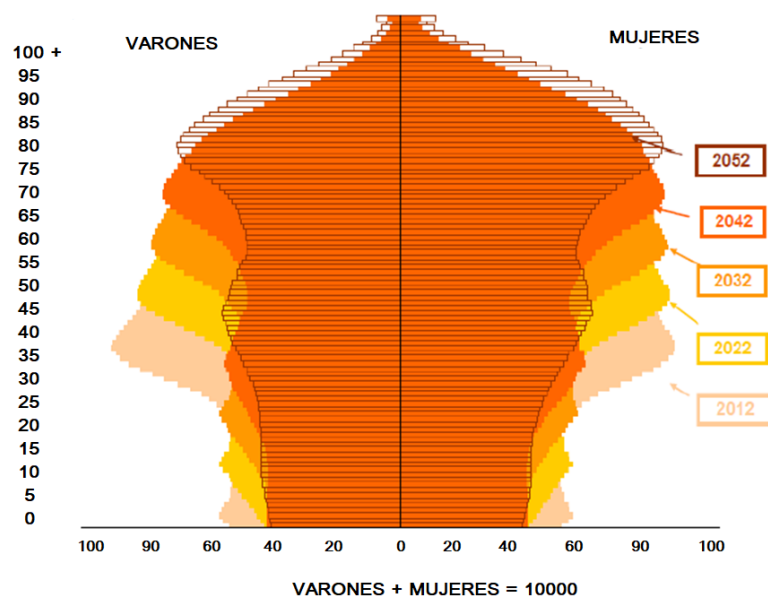
Como se observa en la figura 4.3.1.3 la esperanza de vida se está incrementando y por lo tanto se producirá un envejecimiento de la población.

Figura 4.3.1.3. Esperanza de vida a los 65 años, según sexo.



Como se puede observar en la figura 4.3.1.4 el mayor volumen de población se va desplazando cada vez hacia edades más longevas por lo que la población activa será menor. Como consecuencia directa de este suceso los mercados que empezarán a crecer serán los dirigidos a esta población, ya que sus ingresos serán fijos y al alargar su vida se incrementará la población dependiente.

Figura 4.3.1.4. Pirámides de población de España.



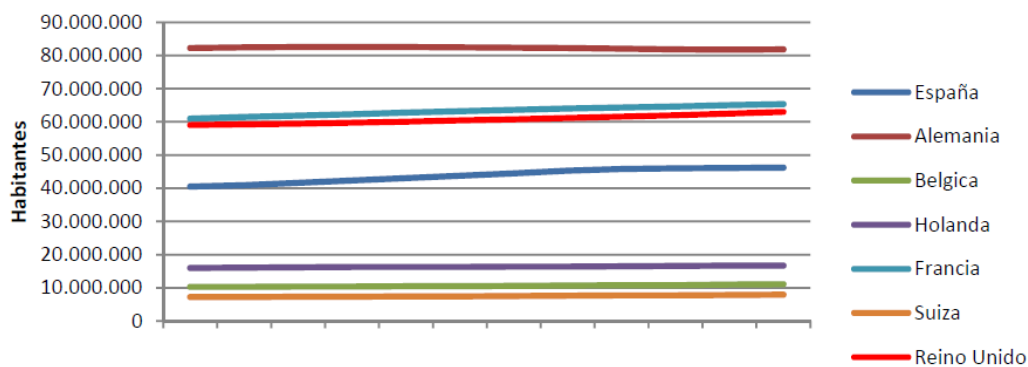
Por otro lado se tendrá en cuenta el movimiento social producido por las migraciones. En los últimos años la tendencia era claramente positiva dado que con el fuerte crecimiento económico y la gran creación de puestos de trabajo llegaban muchos inmigrantes a España pero desde que empezó la crisis disminuyó el número de inmigrantes que llegaban a España al mismo tiempo que se empezaba a producir un fuerte número de emigración con una tendencia a la alza.

Tabla 4.3.1.1. Inmigración y Emigración en España (2018 - 2021).

IMIGRACIÓN	EMIGRACIÓN
480.974	433.612
465.169	403.013
457.650	507.740

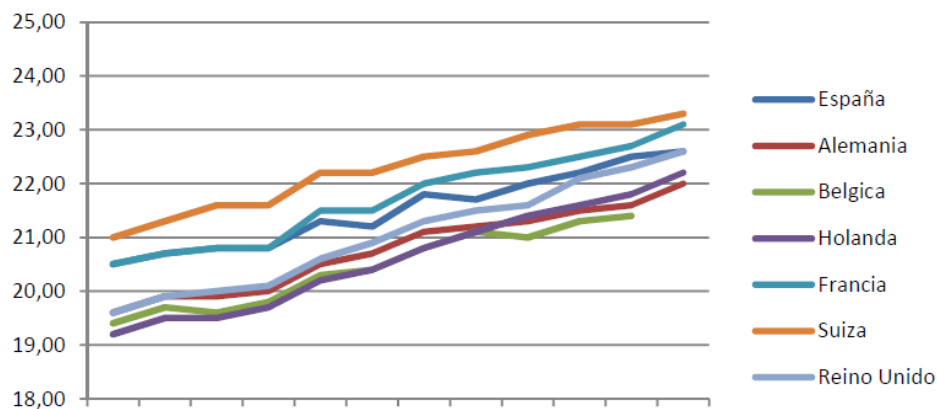
A continuación se estudiarán algunos países de la Unión Europea, puesto que debido a su actual estado económico con respecto a España, puede decirse que se tratar de poblaciones con un importante potencial a invertir o comprar productos que se ofrezcan en nuestro país. Como consecuencia se deben tener en cuenta ciertos aspectos demográficos que se están dando en ellos. En cuanto al crecimiento de la población (figura 4.3.1.5) se observa un crecimiento moderado en Francia y Reino Unido, mientras que en el resto de países la variación sufrida en los últimos diez años no ha sido muy significativa.

Figura 4.3.1.5. Población total. Comparativa de varios países europeos.



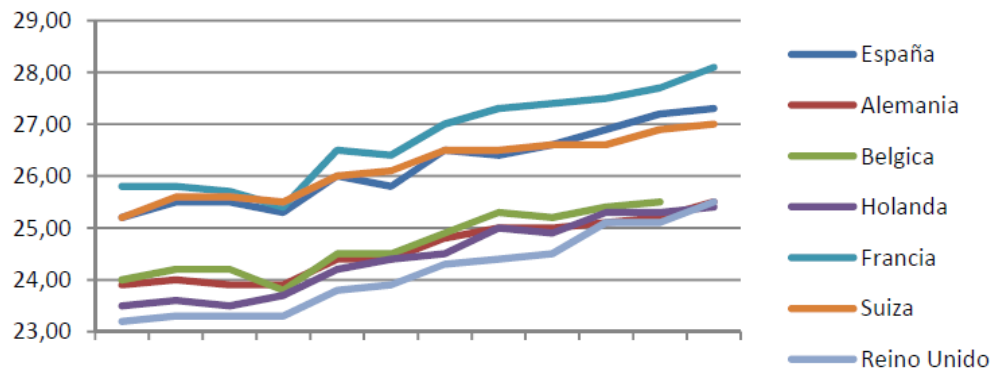
En la figura 4.3.1.6 se observa la esperanza de vida de los hombres a los 60 años, la cual ha aumentado notablemente en todos los países durante la última década.

Figura 4.3.1.6. Esperanza de vida de los hombres a los 65 años. Comparativa de varios países europeos.



La misma tendencia ha sufrido la esperanza de vida en las mujeres de 65 años en los países que se han estudiado (figura 4.3.1.7). En todos ellos es evidente el incremento de la esperanza de vida, pero como se puede observar en algunos de ellos la esperanza de vida de las mujeres es hasta casi 5 años más que la de los hombres.

Figura 4.3.1.7. Esperanza de vida de las mujeres a los 65 años. Comparativa de varios países europeos.



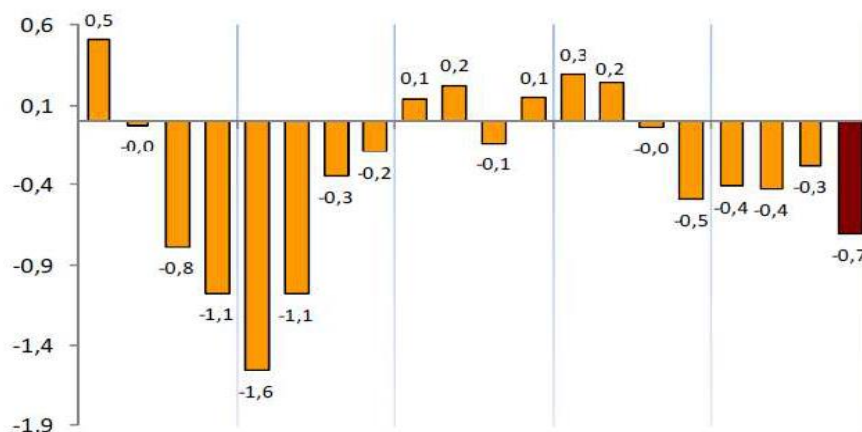
Con todo ello se ve claramente que la población en los últimos años ha envejecido y que la tendencia, aunque quizás disminuya un poco, será la de alargar la esperanza de vida. Por ello la población mayor va a ser en un futuro inmediato un mercado al alza en el que demandarán más servicios y se mantenga su nivel adquisitivo estable.

RESULTADOS: FACTORES ECONÓMICOS

A continuación se estudiarán diversos datos económicos que influyen directa o indirectamente en las empresas del sector, puesto que según los resultados los clientes potenciales tendrían mayor o menor poder adquisitivo y en consecuencia la demanda será mayor o menor.

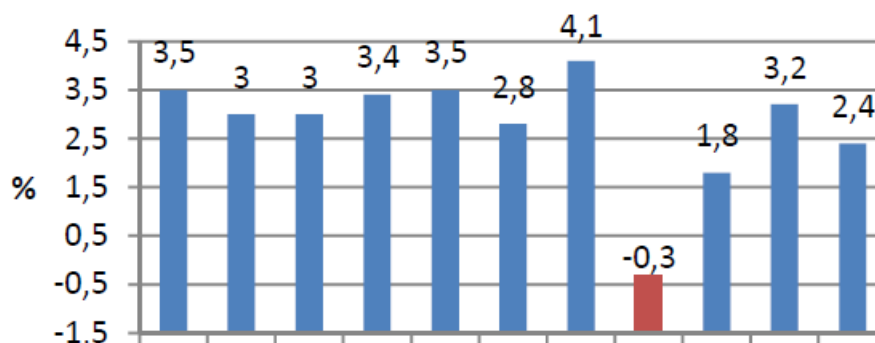
Un dato importante a tener en cuenta en la economía de un país es el PIB, el cual en los últimos años tiene una tendencia negativa.

Figura 4.3.1.8. Producto Interior Bruto. Tasas trimestrales.



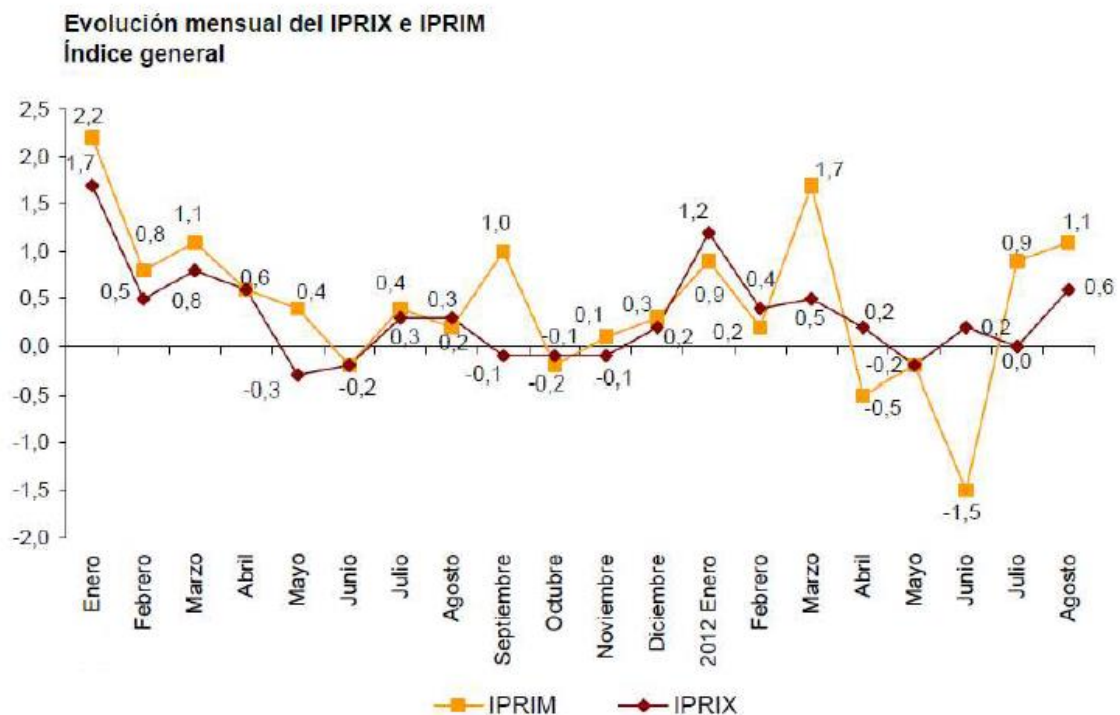
Con estos datos se observa que todavía estamos en una fase de recesión. Otro dato importante es el IPC que mide la subida de precios en una economía, según los datos obtenidos se observa que a pesar de que en la actualidad la economía en España está en descenso, los precios no han dejado de subir (figura 4.3.1.9) como consecuencia la población cada vez dispone de un menor poder adquisitivo.

Figura 4.3.1.9. Índice de precios al consumo.



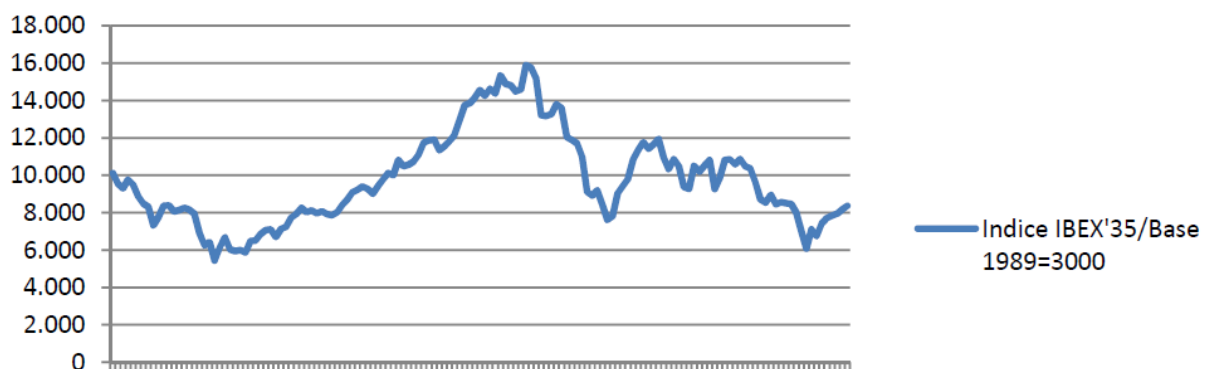
En los dos últimos años las tasas de exportación e importación siguen una tendencia de altibajos pero sin llegar a unos datos claros positivos.

Figura 4.3.1.10. Año 2021, Evolución mensual del IPRIX e IPRIM. Índice general.



Los mercados financieros han sufrido un gran descalabro desde que empezó la crisis, así pues el valor del Ibex 35 ha caído casi a la mitad en unos años (figura 4.3.1.11) esto es debido a la inestabilidad económica del país, ya que los inversores prefieren invertir su dinero en empresas más seguras en la que el riesgo es menor.

Figura 4.3.1.11. Índice de cotización de acciones. Bolsa de Madrid.



La financiación en los últimos años ha bajado considerablemente ya que a pesar de que los tipos de interés se mantienen en mínimos históricos (figura 4.3.1.12) la exigencia por parte de las entidades financieras ha crecido notablemente, puesto que estas, al estallar la burbuja

Inmobiliaria se han visto con numerosos casos de impagos y de embargos de muchas propiedades, lo que hizo que la banca necesitara un rescate por parte del gobierno para evitar la quiebra de numerosas entidades. Con todo esto, actualmente los requisitos para conceder crédito son mucho más rigurosos y el número de préstamos ha descendido casi a un tercio (figura 4.3.1.13).

Figura 4.3.1.12. Tipo de interés. EURIBOR.

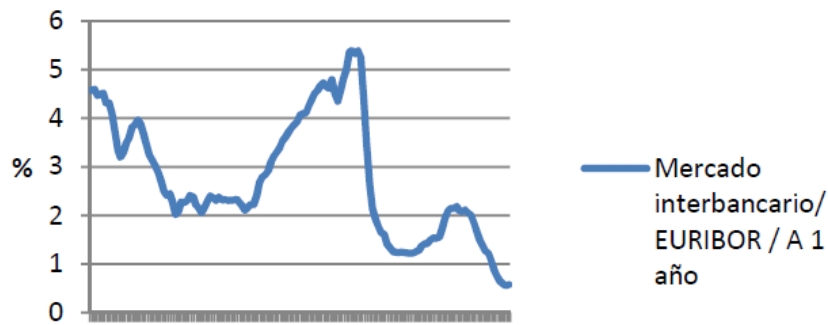
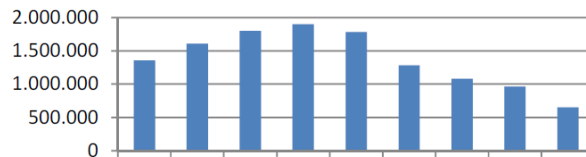


Figura 5.3.1.13. Hipotecas anuales.



En cuanto a la vivienda el precio medio por metro cuadrado está sufriendo un descenso desde que empezó la crisis (figura 4.3.1.12) puesto que no se venden viviendas y que cada vez es más difícil acceder a financiación. El gran incremento de viviendas en España ha perjudicado gravemente el sector (figura 4.3.1.13).

Figura 4.3.1.14. Variación del precio de la vivienda (2011 - 2021).

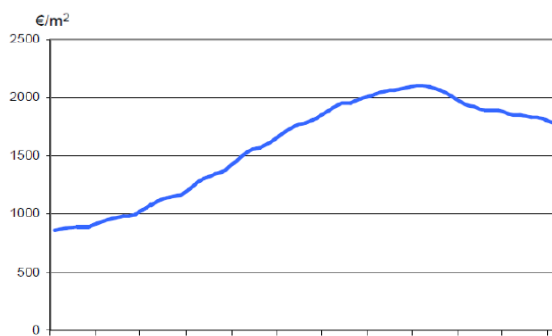
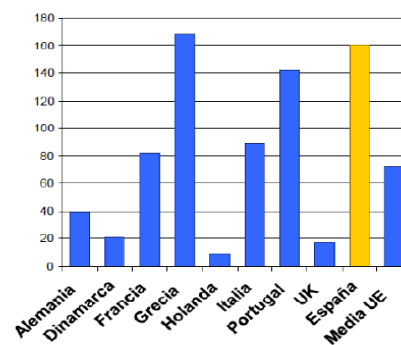
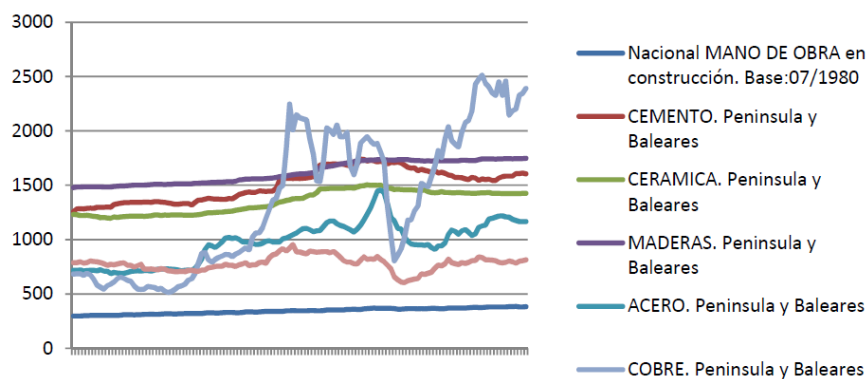


Figura 4.3.1.15. Viviendas de segunda residencia o vacías (por 1.000 Habitantes). Comparativa por países europeos.



Como consecuencia del “boom” inmobiliario muchos materiales básicos del sector de la construcción incrementaron sus precios de forma muy notable (figura 4.3.1.14) y en la actualidad la mayoría de ellos no han bajado. Así pues, a pesar de la crisis los precios de los materiales se mantienen en niveles mayores que a inicio del “boom”.

Figura 4.3.1.16. Precio de los materiales (2011 - 2021).



ESTUDIO DE VIABILIDAD ECONÓMICO FINANCIERO (2023)

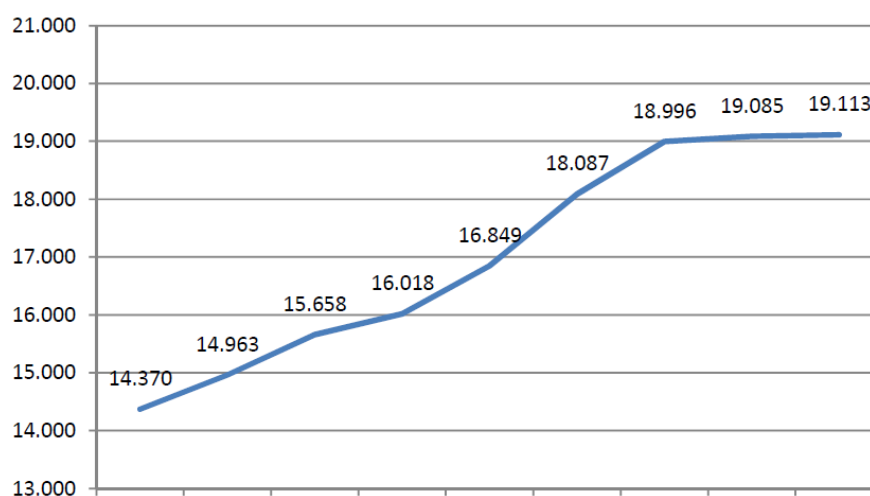
Por otro lado, se han tenido en cuenta los factores económicos que afectan directamente a las familias y a su poder de adquisición. La tasa de paro ha sufrido un gran incremento en los últimos años (figura 4.3.1.2). En la actualidad el problema del paro se sigue incrementando y las prestaciones y ayudas sociales están disminuyendo, por lo que muchas familias se están empezando a ver en situaciones límite, sin trabajo sin posibilidad de afrontar los pagos de la hipoteca y sin ayudas por parte del estado. Esto está provocando un aumento en la pobreza del país.

Tabla 4.3.1.17. Tasa de paro. Último trimestre de cada año (2014 - 2021).

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
TOAL NACIONAL	26,02	22,85	20,33	18,83	13,91	8,6	8,3	8,7

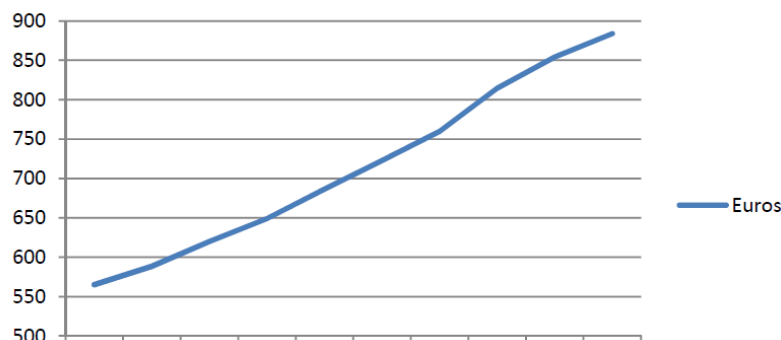
Los salarios medios de los trabajadores han dejado de subir desde que empezó la crisis (figura 4.3.1.15) por lo tanto su poder adquisitivo ha disminuido, puesto que el IPC no ha dejado de subir. Esto unido al incremento de los impuestos como el IVA, que está actualmente al 21%, y al gran incremento del precio de los combustibles, ha creado un gran déficit en muchas familias Españolas.

Figura 4.3.1.18. Salario medio anual (2011 - 2021).



Por el contrario, las pensiones medias siguen un progreso creciente (figura 4.3.1.16) un poco por debajo del IPC pero han crecido a pesar de la crisis, lo cual no significa que los jubilados hayan aumentado su poder adquisitivo, puesto que se han creado nuevas tasas y costes como el de la sanidad, o el incremento del IVA, que han hecho que este sector de la población también pierda poder adquisitivo.

Figura 4.3.1.16. Pensión de jubilación media mensual (2011 - 2021).



Con todo lo analizado llegamos a la conclusión, de que en la actualidad y en los próximos años el país seguirá sumergido en la crisis y el consumo de las familias disminuirá, ya que no podrán afrontar los gastos con la facilidad con la que lo hacían hace unos años. Los precios de las viviendas seguirán descendiendo puesto que no habrá compradores, y la construcción como inversión no se volverá a producir hasta que el país vuelva a crecer. Por lo tanto el mayor consumo se producirá en el sector servicios y en los productos que vayan dirigidos al consumidor extranjero.

14. BREVE RESUMEN DEL MUNICIPIO DE PILES EN LA COMARCA DE LA SAFOR**Municipio de Piles, Información más detallada: www.piles.es**

Piles es un municipio de la Comunidad Valenciana, España. Está situado en la provincia de Valencia, en la comarca de la Safor. En 2022 contaba con una población censada de 2.882 habitantes (INE).

El término de Piles está situado en la comarca de La Safor (Valencia-España). El relieve de su suelo es completamente plano. En el este, el municipio se prolonga hacia una larga y hermosa playa con abundantes dunas. Hay que reconocer que el encanto de esta localidad es la falta de explotación y aglomeración turística que tienen otras localidades de la misma costa como Gandía y Benidorm, cosa que permite a cualquier visitante que se acerque por allí disfrutar de unos días de calma, reposo y fiesta tradicional valenciana.

HISTORIA Y MONUMENTALIDAD

El origen del actual núcleo urbano está relacionado con una alquería musulmana que perteneció al castillo de Rebollet. En 1240, Jaume I tomaba posesión del pueblo y del castillo de Bairén con la rendición de todos los lugares cercanos. En aquel tiempo, Piles era una pequeña población junto a Beniamis y Rafesineu. Los musulmanes juraron vasallaje al Rey de los valencianos y éste se comprometió a respetar sus derechos, costumbres, fe y organización. De este modo estuvieron conviviendo durante siglos, hasta que la originaria mezquita mora se transformó en templo cristiano.

En 1519, cuando estalló la guerra de las Germanías los mudéjares quedaron desamparados y los labradores que los culpaban de todos sus males, los bautizaron a la fuerza. En 1525 Carlos I dictó un decreto por el que todos los mudéjares tenían que bautizarse o irse de España. Fue entonces cuando la mezquita de Piles se convirtió en templo cristiano, y sus posesiones pasaron a la Iglesia. En 1535 se desmembró de la Iglesia de Gandía a la que pertenecía. En 1598 un terremoto asoló el templo que tuvo, que ser reconstruido de nuevo. En el censo de 1733 se puede comprobar que Piles cuenta con 100 casas y 530 habitantes. Piles pertenece en aquellos momentos al condado de Puño en rostro – Anna.

Esta es la época en la que en toda la provincia se están construyendo templos: en Valencia, la Catedral Sant Felip Neri o los Santos Juanes; en Gandía, la Colegiata; en Oliva, Santa María y Sant Roc. Los habitantes de Piles no quieren quedarse atrás, y como su templo está en mal estado, deciden construir otro nuevo y más grande. La financiación de esta iglesia, sale de los propios pileros, que con donaciones y trabajo voluntario después de 12 años lo consiguen. Son aportaciones en especies, de lo que da la tierra: arroz, maíz, trigo, aceite, hojas de morera... y donaciones de joyas que se subastan públicamente.

LA TORRE GUAITA

Como monumento de interés, cabe destacar la Torre Guaita. En el año 1532 se presentaron algunas naves argelinas al mando de Ben-Ayidin, lugarteniente del famoso pirata y Rey de Argel Kayredin Arug, conocido por Barbarroja II, efectuando aquí en la costa de Piles un desembarco con ánimo de saquear las aldeas inmediatas. El asalto fue repelido por Francisco Gilabert de Centelles, Conde de Oliva.

El 9 de junio de 1571 moriscos bautizados de Piles y alrededores intentan fugarse. Debía asegurarse la vigilancia de la costa para evitar los asaltos de los piratas y la huida de los moriscos conversos, que significaba para los señores una merma de súbditos y de mano de obra.

Las Cortes de Monzón (1523) acuerdan la construcción de atalayas y obras de defensa, así como la creación de una guardia de costas. En 1535, el rey Felipe II encarga al Virrey de Valencia Vespasiano Gonzaga Colona un estudio del litoral, para salvaguardar las costas del reino. Esta torre fue construida en 1573, formando parte de un sistema lineal de defensa a lo largo de la costa. Tiene un diámetro exterior de 10 metros y su altura es de 13 metros. Los muros tienen un grosor en la base de 2,80 metros y en la parte alta de 1,6 metros. La puerta en arco está orientada al Norte; sobre la misma existe un grabado en piedra en el que puede leerse que fue construida durante el reinado de Felipe II. Como dato curioso la Torre está ligeramente inclinada hacia Poniente.

Desde su construcción se le destina una custodia de cuatro hombres del cuerpo de guardias de la Costa; dos vigilaban y hacían señales cuando observaban la presencia de naves sospechosas. De día con humaredas, de noche con fogatas. Otros dos hombres a caballo vigilaban por la playa. En 1830 al crearse el Cuerpo de Carabineros del Reino, al que se le encomendó la vigilancia de la costa, se utilizó la Torre para situar en ella un puesto. En 1986 la Torre fue restaurada por la Conselleria de Cultura de la Generalitat Valenciana y registrada en el Patrimonio Histórico-Artístico. A principios del siglo XX, Piles adoptó la Torre como símbolo del pueblo y escudo oficial del Ayuntamiento de Piles.



Piles es una playa de Comunidad Valenciana, (España) que se encuentra ubicada en el municipio de Piles, en Valencia. Se trata de una playa urbana de 25 metros de ancho y 1.160 metros de largo. En temporada alta esta playa suele estar muy concurrida. Es una playa con aguas tranquilas, con viento y arena dorada. Cuenta con la distinción de bandera azul. Esta playa tiene acceso a pie fácil y en coche, siendo la carretera más próxima la Ctra. Nazaret – Oliva. Tiene acceso para discapacitados.

Características generales:

- Longitud playa: 1,160 m.
- Anchura media: 25 m.
- Playa Urbana.
- Paseo Marítimo.
- Condiciones de baño tranquilas.
- No hay zona de fondeo.
- Cuenta con Bandera Azul debido a la calidad de sus servicios.

Seguridad y servicios cercanos:

- Playa vigilada.
- Policia local cercana durante las 24h del día.
- Puesto de la Cruz Roja.
- Equipo de salvamento.
- Centro de salud.
- Hospital cercano a 8 km.
- Más de 100 plazas de aparcamiento público.





Geografía física: El término de Piles es prácticamente plano, alterado solo por el paso transversal del barranco de Palmera o Beneteixir, que bordea el casco urbano por el norte. El litoral está formado por 1,5 km de playa. El clima es mediterráneo.

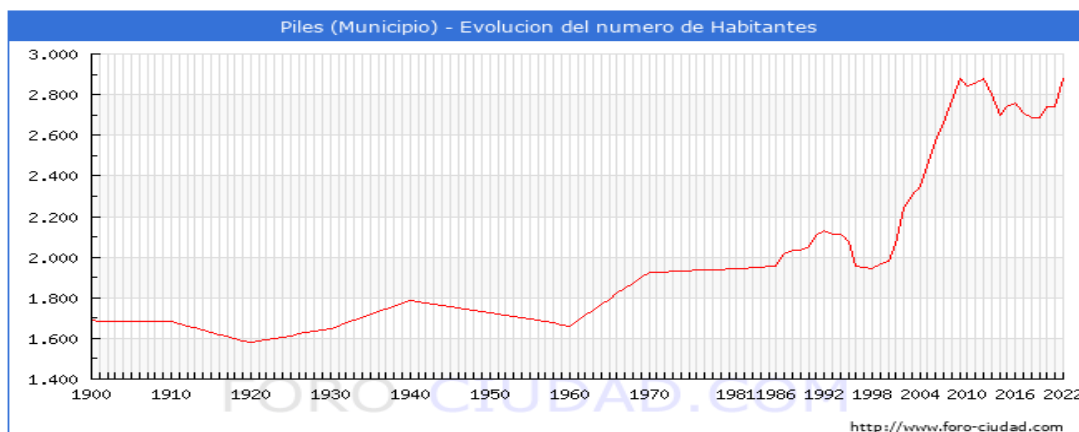
Localidades limítrofes

	Norte: Miramar	
Oeste: Palmera, Alquería de la Condesa		Este: Mar Mediterráneo
	Sur: Oliva	

Demografía

En 1572 había 53 casas en Piles (unos 239 habitantes), en 1713 eran ya 60 (unos 270 hab.), acelerándose el crecimiento a lo largo del siglo XVIII para llegar a los 900 hab. En 1787. El crecimiento se mantuvo, más lentamente, durante el siglo XIX, hasta alcanzar 1.925 hab. Por la atracción del crecimiento de Oliva, la aparición de algunas empresas locales y el auge turístico. Posteriormente, el incremento ha sido muy lento pero constante. Actualmente la densidad de población en Piles es de 731,37 habitantes por Km².

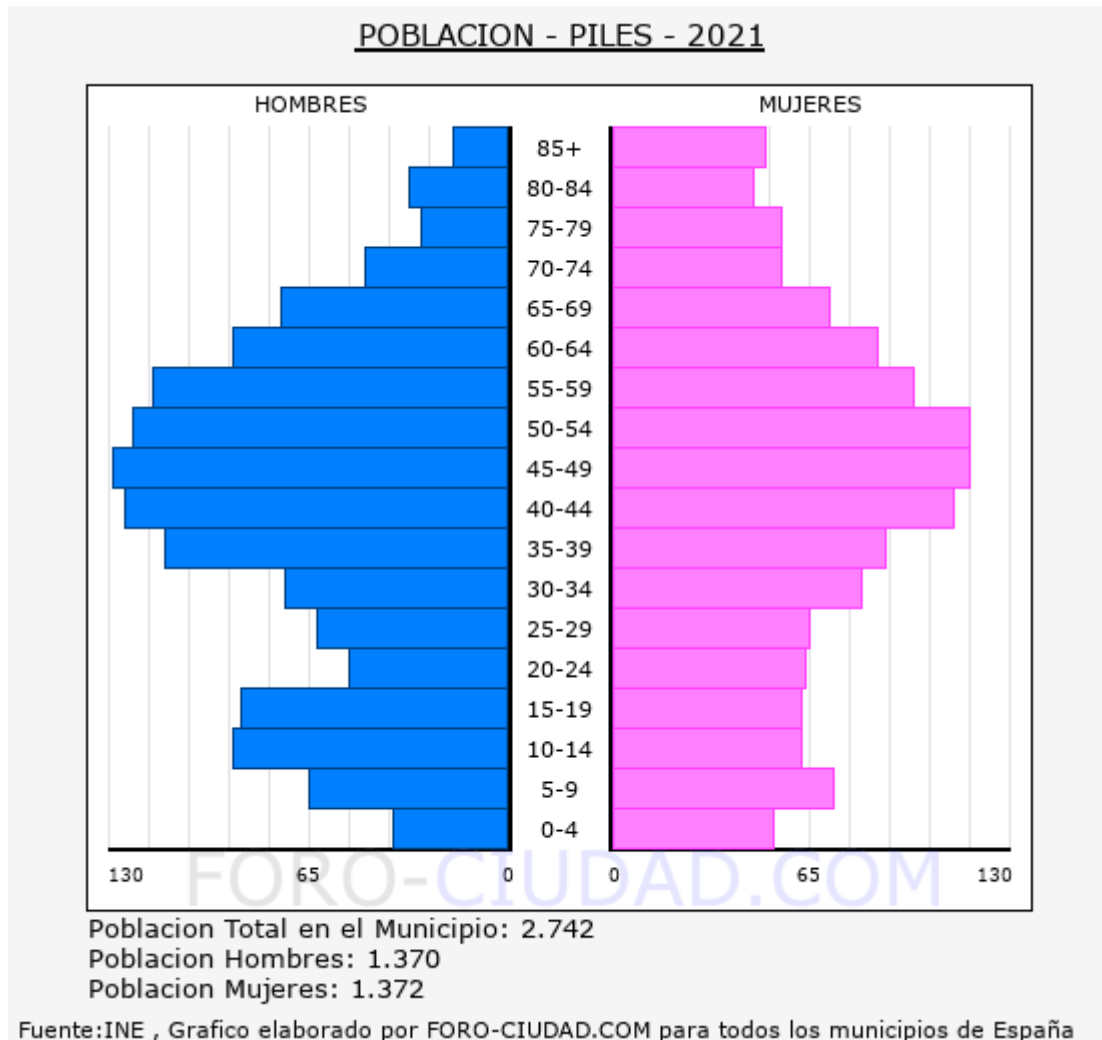
Evolución de la población desde 1900 hasta 2022. Según los datos publicados por el INE a 1 de Enero de 2022 el número de habitantes en Piles es de 2.882, 140 habitantes más que el en el año 2021. En el grafico siguiente se puede ver cuantos habitantes tiene Piles a lo largo de los años.



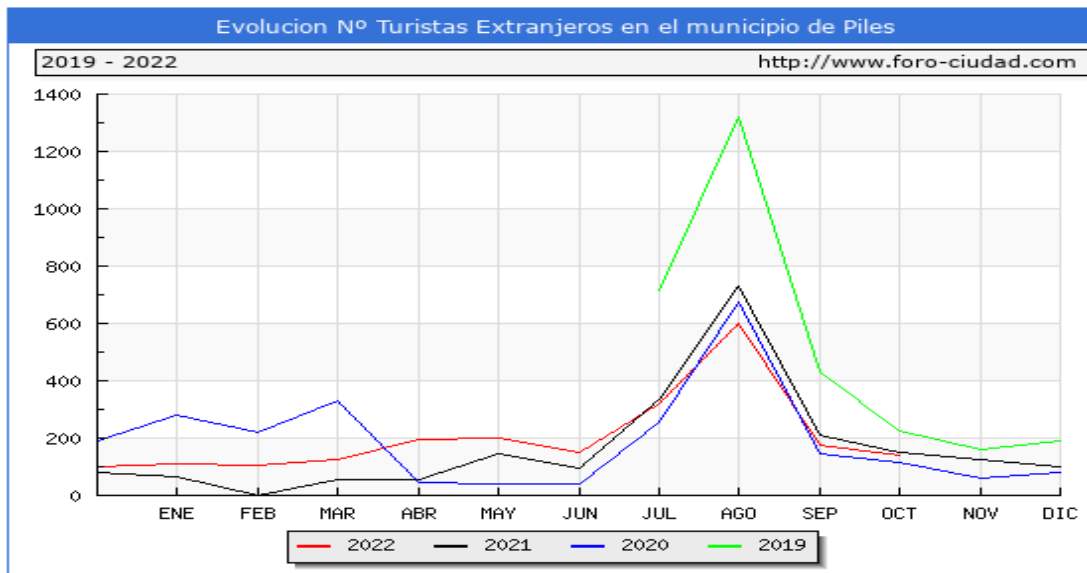
Evolución demográfica

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1.981	2.067	2.238	2.303	2.347	2.446	2.664	2.347	2.773	2.878	2.842	2.853
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
2.877	2.801	2.701	2.740	2.757	2.712	2.688	2.685	2.740	2.742	2.882	

Pirámide de población 2021



Estadísticas turísticas a Octubre de 2022. En Octubre de 2022 el Nº de turistas que visitaron* Piles fue de 881 un -26,5% menos que en Octubre de 2021. Los turistas de origen internacional ascendieron a 139 un -7,3% menos que en el mismo mes de 2021 y el nº de turistas nacionales fue de 742 un -29,2% menos. El nº total de turistas que han visitado Piles de Enero a Octubre de 2022 ha sido de 17.691 un -8,7% menos que en el mismo periodo de 2021, el total de turistas **de origen nacional ha sido de 15.571 (-11,2%) y los de origen internacional 2.120 (+15,5%).**



Política

ALCALDES DESDE LAS ELECCIONES DEMOCRÁTICAS EN EL AÑO 1979

Periodo	Nombre del Alcalde	Partido Político
1979 hasta 1983	Daniel Perelló Chofre	UCD
1983 hasta 1987	Fernando Pons Climent José Solbes Escrivá (1984)	PSOE PSOE
1987 hasta 1991	José Solbes Escrivá	PSOE
1991 hasta 1995	José Solbes Escrivá	PSOE
1995 hasta 1999	José Solbes Escrivá Vicente Ciscar Salelles (1997)	PSOE PSOE
1999 hasta 2003	Vicente Ciscar Salelles	PSOE
2003 hasta 2007	Vicente Ciscar Salelles	PSPV-PSOE
2007 hasta 2011	Vicente Ciscar Salelles	PSPV-PSOE
2011 hasta 2015	David Morant Ciscar	PP
2015 hasta 2019	David Morant Ciscar	JUNTS PER PILES
2019 hasta 2023	David Morant Ciscar	JUNTS PER PILES

Economía

- El 78% de la superficie del municipio está cultivado, con 373 ha de cítricos distribuidas a partes iguales entre naranjos y mandarinos. El riego proviene de las aguas del río Serpis a través de la Acequia Comunal de Oliva (Sèquia Comuna d'Oliva) y de algunos pozos.
- La industria está representada por varias medianas empresas de sectores diversos como la alimentación, la carpintería, las manufacturas y los metales.

Transportes: Por el término de Piles circulan las siguientes carreteras:

- CV-670 Enlaza Oliva con el Grao de Gandía por el trazado de la antigua carretera Nazaret-Oliva.
- CV-674 Enlaza Piles con la N-332 a la altura de Palmera.

Urbanismo: La población está emplazada entre la carretera Nazaret-Oliva (actual CV-670) y el antiguo camino que sigue el escalón prelitoral por levante. El núcleo original es apreciable en el entorno de la plaza de la iglesia y a lo largo del antiguo camino, actual calle de Baix. A partir de la calle de Baix la población se desarrolló hacia el norte por la calle Mar; hacia el oeste por las calles Forn, Salvador Salom y Nou, y transversalmente por la de Santa Bàrbara o camino de Oliva. A partir de 1950 la expansión continuó hacia poniente por la nueva carretera, a lo largo de las calles de San Felipe, José Pedrós y Mestre Serrano, incluida la apertura de la plaza Pare Pons. En los últimos años el crecimiento se ha dirigido tanto hacia el norte, siguiendo la calle Cervantes, como hacia el sur por las calles de las Moreres y Ramón y Cajal. El centro de la población se sitúa entre la plaza Pare Pons y el casco antiguo. Destaca la citada plaza, donde se encuentra el edificio del ayuntamiento, diversos comercios y las escuelas.

Festividades: El turismo va aumentando año tras año en la costa de Piles, principalmente por sus playas de fina arena. Pero esta localidad tiene una atractiva oferta deportivo/festiva, de esta manera, todos los años se celebra su tradicional Semana Deportiva. Asimismo, Piles como buen pueblo valenciano vive y disfruta con sus fiestas, las primeras que abren el calendario festivo de la comarca de La Safor. Los vecinos de esta población honran la última semana de mayo a su patrón, Sant Felip Neri. Pasacalles, cabalgatas, “despertaes”, “cordaes” y grandes “correfocs” — espectáculos de fuegos artificiales — llenan sus calles de alegría y color. La fiesta de la Virgen del Carmen, la del Cristo, la de la juventud y, como no, el tradicional desfile de moros y cristianos, donde numerosas comparsas lucen unos impresionantes trajes de gala, son un buen ejemplo para dar el pistoletazo de salida a la mayoría de fiestas que se celebran en La Safor.

Fiestas Mayores: Celebra sus fiestas patronales en mayo, dedicadas a San Felipe Neri, Cristo de la Agonía, Virgen del Carmen, San Fernando y la Inmaculada Concepción.

Fiestas de medio año (Mig any): Celebradas el cuatro de diciembre en honor de Santa Bárbara (También patrona del municipio).

Iglesia parroquial de Santa Bárbara de Piles









15. BREVE RESUMEN DE GANDIA, CAPITAL DE LA COMARCA DE LA SAFOR

Información más detallada www.gandia.net

Historia El origen de Gandia como núcleo urbano se remonta al S XIII cuando el rey Jaume I conquistó el Castillo de Bairén (1239), territorio que pasó a formar parte del patrimonio real de la Corona de Aragón. Sin embargo, sí que han llegado hasta la actualidad restos de asentamientos previos tal y como demuestran las excavaciones de las Cuevas de Les Meravelles y del Parpalló.

Un siglo más tarde, en los comienzos del XIV, Gandia se erige como una pequeña villa medieval que bajo dominio cristiano agrupó a la dispersa de Jesús (será canonizado posteriormente en 1671), abdica en su hijo Carles de Borja.

El matrimonio de Carles de Borja con Magdalena Centelles y Folch (hermana y heredera del Conde de Oliva), consigue posicionar Gandia como uno de los estados más florecientes de la península y de los más poderosos entre la nobleza española. Sin embargo, esta época esplendorosa toca su fin cuando a Carles de Borja le sucede su hijo Francesc de Borja y Centelles.

Como principales causas del declive se encuentran el déficit de la hacienda, el endeudamiento de la nobleza, la expulsión de los moriscos, la decadencia del cultivo de la caña de azúcar, la peste, el bandolerismo y la segunda Germanía.

Tras la Guerra de Sucesión a la corona el Reino de Valencia la perdió sus Fueros como consecuencia de la batalla de Almansa en 1.707. Además, los Duques de Gandia no habitaban desde hacía tiempo en sus posesiones de la Safor. La ausencia de los Duques originó una férrea oposición al dominio señorial que culmina a mediados del siglo XVIII con la muerte en Madrid del undécimo Duque de Gandia, Lluís Ignasi de Borja. Tras su fallecimiento la titularidad del ducado pasó los Benavente y posteriormente a los Osuna, actuales poseedores del título. A finales del S. XVIII los duques de Osuna aunque mantuvieron el título abandonaron sus posesiones en Gandia.

El abandono de entre otras posesiones del Palacio Ducal, tiene como causa indirecta la abolición del régimen feudal tras las Cortes de Cádiz (1812). Tras este importante hito, comenzó un proceso de emancipación de la tutela señorial de todos los lugares que habían formado parte de los estados de la familia Borja.

Este momento histórico se evidencia en un cambio social y cultural muy relevante. En 1.881 comienza la demolición de las murallas, se publica por primera vez el periódico de la ciudad "El Litoral". Años más tarde, se inaugura el puerto (1886) y el ferrocarril Gandia-Alcoy (1893). Con todo ello se dinamiza el cultivo del naranjo que alcanzará su máximo esplendor en la década de los sesenta coincidiendo con la explosión del turismo.

Encuadre geográfico El municipio de Gandia se sitúa al sureste de la provincia de Valencia, a una distancia de 69 km de la capital valenciana, adyacente al nivel del mar y quedando su núcleo más elevado a 22 m de altitud (sobre el nivel del mar). Su superficie es de 62 km².

La ciudad de Gandia es la capital de la comarca de La Safor, comarca que conforma junto a los municipios de Ador, Alfauir, Almiserà, Almoines, Barx, Bellreguard, Beniarjó, Benifairó de la Valldigna, Beniflà, Benirredrà, Castellonet de la Conquesta, Daimús, Guardamar de La Safor, L'Alqueria de la Comtessa, La Font d'en Carros, La Safor, Llocnou de Sant Jeroni, Miramar, Oliva, Palma de Gandia, Palmera, Piles, Potries, Rafelcofer, Rótova, Simat de la Valldigna, Tavernes de la Valldigna, Villalonga, Xeraco y Xeresa. Se ubica en el centro de La Safor y ejerce una gran influencia en el desarrollo de los municipios colindantes.

Los límites de Gandia son los siguientes:

Tabla 1: Límite geográfico del término municipal de Gandia.

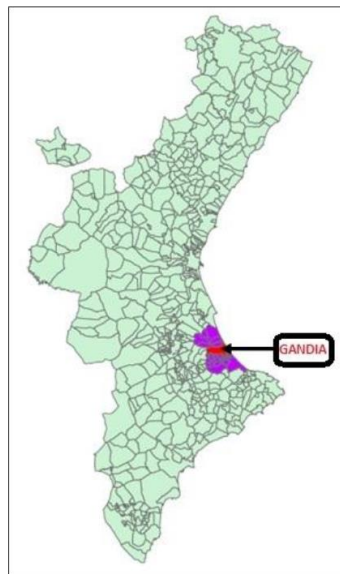
EJE CARDINAL:	MUNICIPIOS:
NORTE.	XERESA, XERACO Y BARX.
SUR.	ADOR, PALMA DE GANDIA, REAL DE GANDIA, ALMOINES Y BELLREGUARD.
ESTE.	DAIMÚS. GUARDAMAR DE LA SAFOR, MIRAMAR Y EL MAR MEDITERANEO.
OESTE.	BARX, PINET Y LUTXENT.

CLIMA

El clima de Gandía es mediterráneo subtropical (Clasificación climática de Köppen: C_{Sa}) con unas temperaturas muy suaves durante el invierno, y unos veranos moderadamente cálidos. La temperatura media anual es de 20 °C. Los inviernos tienen una temperatura media de 14 °C, mientras que los veranos de 26 °C. Las temperaturas máximas medias en invierno oscilan entre 16 °C y 21 °C, mientras que las mínimas oscilan entre 7 °C y 11 °C. Las temperaturas máximas en verano oscilan entre 29 °C y 33 °C, mientras que las mínimas veraniegas suelen oscilar entre 20 °C y 24 °C. En invierno las temperaturas bajo 5 °C son infrecuentes, al igual que las temperaturas por encima de 40 °C en verano. La mayor parte de las precipitaciones anuales ocurren en otoño, dándose el máximo entre octubre y inicios de diciembre, con precipitaciones frecuentemente torrenciales. El granizo no es raro en Gandía, aunque la nieve es un fenómeno prácticamente desconocido dentro de la ciudad. Las horas de sol anuales son de aproximadamente 3.000h.

Parámetros climáticos promedio de Estación meteorológica de la Playa de Gandia, Valencia, España.  [ocultar]													
Mes	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Anual
Temp. máx. abs. (°C)	29.6	29.8	34.2	32.4	42.0	40.0	39.7	40.8	38.3	38.1	33.1	26.1	42.0
Temp. máx. media (°C)	19.7	19.0	21.1	23.4	26.8	29.3	32.3	32.0	30.8	28.8	22.3	19.3	25.4
Temp. media (°C)	14.4	14.3	15.9	18.5	21.0	23.9	27.0	27.0	25.8	23.2	17.8	13.5	20.2
Temp. mín. media (°C)	9.1	9.5	10.8	13.5	15.2	18.6	21.7	22.0	20.8	17.4	13.3	8.1	15.0
Temp. mín. abs. (°C)	3.1	2.2	3.9	7.7	8.4	14	17.9	17.3	14.8	7.0	4.0	2.4	2.2
Precipitación total (mm)	49.0	33.4	63.6	49.9	46.7	27.5	4.0	40.3	58.0	112.6	107.5	84.3	676.8
Días de precipitaciones (≥ 1 mm)	4	3	4	4	4	3	1	2	5	6	5	4	45
Días de nevadas (≥ 1 mm)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: La información sobre las extremas son de los últimos 3 años.⁴ Las precipitaciones son las facilitadas por el ayuntamiento de Gandía.⁵



Plano 1: Localización

En la imagen anterior puede observarse que la superficie del término de Gandía presenta una distribución mayor E-O que N-S, aspecto que potencia la diversidad de ambientes dentro de la superficie de su término. Las principales vías de comunicación de acceso a Gandía son las carreteras que discurren por su término son la autopista del Mediterráneo AP-7, la Nacional N-332 y las carreteras CV-60 y CV-675. También puede accederse a Gandía por mar, al puerto de mercancías o al deportivo, además de a través del ferrocarril (línea de cercanías y estaciones de mercaderías).

ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO

La evolución de la población de derecho del municipio de Gandía, permite conocer la dinámica de crecimiento de los habitantes empadronados, independientemente de si residen o no de manera permanente en dicho municipio. En la tabla que

ESTUDIO DE VIABILIDAD ECONÓMICO FINANCIERO (2023)

aparece a continuación se muestran los datos de la evolución de la población total desde el año 1900 hasta el año 2011. Todos los datos proceden de la Explotación del Padrón Municipal y se encuentran publicados en el Instituto Nacional de Estadística. Habitantes según lugar de nacimiento:

Según los datos publicados por el INE procedentes del padrón municipal de 2018 el 47.06% (34.742) de los habitantes empadronados en el Municipio de Gandia han nacido en dicho municipio, el 30.22% han emigrado a Gandia desde diferentes lugares de España, el 14.03% (10.359) desde otros municipios de la provincia de Valencia, el 2.47% (1.827) desde otras provincias de la Comunidad Valenciana, el 13.71% (10.124) desde otras comunidades autónomas y el 22.72% (16.777) han emigrado a Gandia desde otros países.

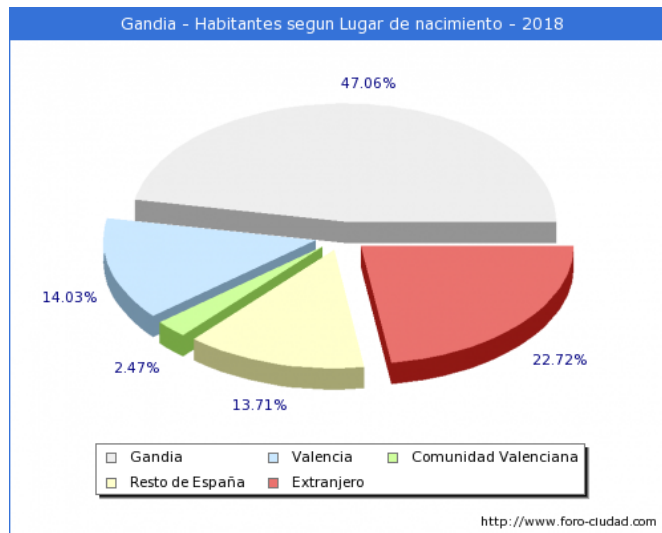


Tabla con la evolución del número de hombres, mujeres y total a lo largo de los años 1910 HASTA 2022.

Evolución de la población desde 1900 hasta 2018			
Año	Hombres	Mujeres	Total
2022	36.295	37.534	73.829
2021	36.490	37.631	74.121
2020	37.046	37.768	74.814
2019	37.513	38.001	75.514
2018	38.097	38.400	76.497
2017	39.339	39.204	78.543
2016	39.651	39.359	79.010
2015	39.479	39.225	78.704
2014	39.983	39.447	79.430
2013	40.385	39.635	80.020
2012	40.557	39.401	79.958
2011	39.191	38.230	77.421
2010	37.731	37.096	74.827
2009	35.872	35.557	71.429
2008	30.900	31.444	62.344
2007	31.325	31.876	63.201
2006	30.765	31.515	62.280
2005	29.600	30.610	60.210
2004	28.966	30.157	59.123
2003	28.691	29.986	58.677
2002	28.075	29.443	57.518
2001	27.628	28.924	56.552

ESTUDIO DE VIABILIDAD ECONÓMICO FINANCIERO (2023)

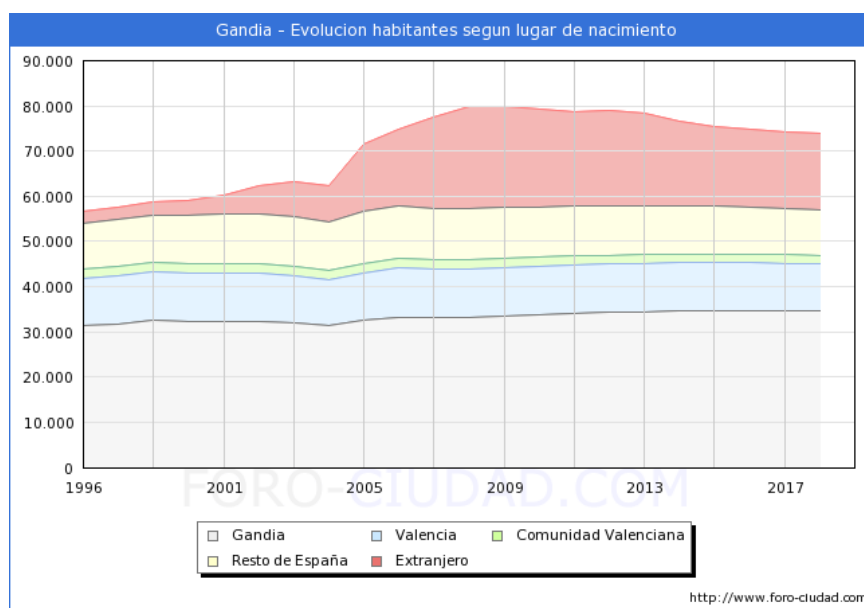
2000	28.460	29.610	58.070
1999	27.988	29.198	57.186
1998	27.210	28.507	55.717
1997	27.064	28.348	55.412
1996	25.294	26.512	51.806
1995	26.881	27.897	54.778
1994	26.381	27.376	53.757
1993	25.805	26.841	52.646
1992	25.016	26.076	51.092
1991	24.993	26.035	51.028
1990	0	0	48.494
1980	0	0	36.342
1970	0	0	20.340
1960	0	0	20.100
1950	0	0	19.975
1940	0	0	14.009
1930	0	0	12.676
1920	0	0	11.635
1910	0	0	-----

En el siguiente gráfico podemos ver la evolución de la estructura de la población en el municipio de Gandia si lo comparamos con 2017.

- ✚ **Disminuyen (-29)** los habitantes nacidos en Gandia, pasando del 46.91% al 47.06%.
- ✚ **Disminuyen (-69)** los habitantes nacidos en la provincia de Valencia, pasando del 14.07% al 14.03%.
- ✚ **Disminuyen (-45)** los habitantes nacidos en la Comunidad Valenciana, pasando del 2.53% al 2.47%.
- ✚ **Disminuyen (-115)** los habitantes nacidos en el resto de España, pasando del 13.81% al 13.71%.
- ✚ **Disminuyen (-34)** los habitantes nacidos en otros países, pasando del 22.68% al 22.72%.

Comparamos con 1996 hasta 2018.

- ✚ **Aumentan (3.468)** los habitantes nacidos en Gandia, pasando del 55.30% al 47.06%.
- ✚ **Disminuyen (-53)** los habitantes nacidos en la provincia de Valencia, pasando del 18.41% al 14.03%.
- ✚ **Disminuyen (-285)** los habitantes nacidos en la Comunidad Valenciana, pasando del 3.73% al 2.47%.
- ✚ **Disminuyen (-137)** los habitantes nacidos en el resto de España, pasando del 18.14% al 13.71%.
- ✚ **Aumentan (14.280)** los habitantes nacidos en otros países, pasando del 4.42% al 22.72%.



Datos estadísticos | Demografía | Gandia

General

Datos estadísticos

Equipamientos e infraestructuras

Lugares de interés

Datos electorales

Otros enlaces

DATOS ESTADÍSTICOS - DEMOGRAFÍA

Población

	Municipio	Comarca	Provincia	Comunidad
Padrón - 2018 (personas)	73.829	170.686	2.547.986	4.963.703
Variación Padrón - 2017/2018 (%)	-0,39	-0,37	0,29	0,45
Población respecto de la comarca - 2018 (%)	43,25			
Población respecto de la provincia - 2018 (%)	2,90	6,70		
Población respecto de la comunidad - 2018 (%)	1,49	6,70	51,33	
Densidad de población - 2018 (Hab./Km2)	1.213,69	397,13	235,79	213,45
Españoles Residentes en el Extranjero - 2018 (personas)	2.865	6.000	75.435	133.752

Características de la población (Padrón 2018)

	Municipio	Comarca	Provincia	Comunidad
Menores de 16 años (%)	16,12	15,71	16	15,97
De 16 a 29 años (%)	15,19	14,50	14,01	14,05
De 30 a 64 años (%)	51,17	50,95	51,24	50,91
Mayores de 64 años (%)	17,52	18,84	18,75	19,07
Índice de dependencia (%)	50,70	52,79	53,25	53,95
Nacidos en la CV (personas)	46.928	122.626	1.837.207	3.345.174
Extranjeros (personas)	13.893	25.068	246.676	664.921
Nacidos en la CV (%)	63,56	71,84	72,10	67,39
Extranjeros (%)	18,82	14,69	9,68	13,40

Datos estadísticos | Demografía | La Safor

General

Datos estadísticos

Equipamientos e infraestructuras

Lugares de interés

Datos electorales

Otros enlaces

DATOS ESTADÍSTICOS - DEMOGRAFÍA

Población

	Comarca	Provincia	Comunidad
Padrón - 2018 (personas)	170.686	2.547.986	4.963.703
Variación Padrón - 2017/2018 (%)	-0,37	0,29	0,45
Población respecto de la provincia - 2018 (%)	6,70		
Población respecto de la comunidad - 2018 (%)	6,70	51,33	
Densidad de población - 2018 (Hab./Km2)	397,13	235,79	213,45
Españoles Residentes en el Extranjero - 2018 (personas)	6.000	75.435	133.752

Características de la población (Padrón 2018)

	Comarca	Provincia	Comunidad
Menores de 16 años (%)	15,71	16	15,97
De 16 a 29 años (%)	14,50	14,01	14,05
De 30 a 64 años (%)	50,95	51,24	50,91
Mayores de 64 años (%)	18,84	18,75	19,07
Índice de dependencia (%)	52,79	53,25	53,95
Nacidos en la CV (personas)	122.626	1.837.207	3.345.174
Extranjeros (personas)	25.068	246.676	664.921
Nacidos en la CV (%)	71,84	72,10	67,39
Extranjeros (%)	14,69	9,68	13,40

16. SERVICIOS QUE OFRECE GANDIA

Información más detallada: www.gandia.net.

16.1. Gandia ofrece el 95% de servicios que pueda ofrecer la Capital de Valencia

Transporte: La ciudad de Gandía cuenta con una completa red de transportes, tanto urbanos, como interurbanos. En la ciudad hay en marcha en la actualidad seis líneas de autobuses urbanos. Las líneas roja, amarilla, verde y la nueva línea (RENFE - Hospital), pertenecen a L'Urbanet, el servicio público de transportes del Ayuntamiento de Gandía. Las líneas roja y amarilla son circulares y unen toda la ciudad entre sí, además la línea verde une los barrios de Marxuquera, Marenys de Rafalcaid, Venecia, Avenida de Europa y el Hospital Comarcal con el centro de Gandía. A su vez, las líneas azul y verde pertenecen a La Marina Gandiense. La línea Verde une Real de Gandía con Gandía y el Grao de Gandía. La azul une la Playa de Gandía y el Grao con la ciudad. También está en funcionamiento Saforbici, un servicio de bicicletas públicas que pretende mejorar la movilidad en Gandía. Para un futuro cercano está prevista una nueva línea que una la estación de Gandía con los Centros comerciales de La Vital, Plaza Mayor y el Carrefour, y a su vez siga hasta el futuro Hospital de Gandía.

L'Urbanet: Son de color verde, su frecuencia de paso es de 10/12 minutos y salen desde la estación de RENFE. Hay 4 líneas, la amarilla y la roja, que recorren la ciudad circularmente, cada una en un sentido. La verde, que llega a los barrios periféricos de la ciudad: Marxuquera, Marenys de Rafalcaid, Venecia y Avenida de Europa. Y una última línea, que une la estación de RENFE directamente con el Hospital Comarcal (San Francesc de Borja).

La Marina Gandiense: Son de color amarillo, su frecuencia de paso es de 12-15 minutos, salen desde la estación de RENFE. La línea azul comunica Gandía ciudad con la playa y el Grao. La línea verde comunica Real de Gandía con Gandía, la Universidad y el Grao, y en verano se pone en funcionamiento una línea que comunica la Playa de Xeraco con Gandía.

Autobuses interurbanos: Gandía cuenta con una estación de autobuses junto a la estación de RENFE, desde la que salen líneas que conectan la ciudad con todos los pueblos de la comarca. También sirve como base para autobuses hacia toda la geografía española. Destaca la línea Gandía-Madrid perteneciente a Avanza, con más de 15 expediciones diarias en verano. También existen conexiones hacia Salamanca, Medina del Campo, Tordesillas, Teruel, Zaragoza, Bilbao, Galicia, Barcelona, Alicante y Andalucía. A nivel regional, tiene conexiones con Denia, Alicante, Valencia y todos los pueblos de La Safor.

Ferrocarril, Artículo principal: Estación de Gandía: Gandía también cuenta con dos estaciones de ferrocarril perteneciente a Cercanías Valencia, siendo ambas finales de la línea C-1. Estas son las estaciones de Gandía y Platja i Grau de Gandía, siendo este último un apeadero con tres trenes al día. Desde junio de 2012 llegan trenes regionales de alta velocidad (S-121) procedentes de Madrid-Puerta de Atocha como parte del servicio Intercity. Excepto refuerzos en verano y épocas como Semana Santa, solo sale un tren desde Madrid los viernes y regresa los domingos.



Saforbici: Es un servicio público de bicicletas, creado por el Ayuntamiento de Gandía y encargado de mejorar la movilidad en la ciudad concienciando a los ciudadanos del uso de la bicicleta como medio de transporte.

Economía: Hasta finales del siglo XIX, la seda continuó siendo, junto con las pasas, los dos productos que más interesaron a los agricultores gandienses. Pero la construcción del ferrocarril y del puerto carbonero en 1893 les animó a extender el cultivo del naranjo que en la actualidad es el predominante. También tiene importancia como centro pesquero. Desde los años 60 un importante destino turístico de playa, principalmente estacional y procedente del interior de España. Actualmente la principal base de la economía local es el comercio y servicios, siendo cabeza comercial de la cual orbitan las poblaciones de la comarca, con una población de unos 200.000 habitantes.

Universidad: En Gandía tienen representación la Universidad Politécnica de Valencia, la Universidad de Valencia y también la UNED tiene una sede en la ciudad.

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA: El campus de Gandía de la UPV, llamado también Escuela Politécnica Superior de Gandía, se encuentra en el Grao de la ciudad, el campus ha ido creciendo desde su inauguración en 1993 hasta la actualidad, convirtiéndose en uno de los principales centros en recepción de estudiantes de intercambio, lo que le confiere su característica diversidad cultural. La opción de intercambio más solicitada son las becas Sócrates-Erasmus, que permite la continuación de estudios en más de 300 universidades; otras becas que permiten la movilidad del alumnado son las Promoe, Séneca, Leonardo da Vinci, Intercampus España-América Latina e IAESTE. En la actualidad el campus cuenta con 7 titulaciones repartidas en ingenierías, diplomaturas, grados y licenciaturas. Existen en el mismo campus estudios de posgrado.

UNIVERSIDAD DE VALENCIA: La presencia de la UV en Gandía se remonta a 1984, cuando ésta institución, en colaboración con el Ayuntamiento de Gandía, pone en marcha la Universidad de Verano. La presencia en la ciudad no ha hecho más que aumentar, y fruto de la transformación de la Universidad de Verano, nace la Universidad Internacional de Gandía (UIG), en lo que es una apuesta de presencia permanente de la Universidad de Valencia en la ciudad de Gandía. Este centro tiene cuatro líneas de desarrollo: actividades académicas de formación, actividades académicas de información y transferencia de tecnología, Gandía Internacional y Gandía, una nueva propuesta cultural. Actualmente la sede se encuentra en la casa de cultura Marqués González de Quirós, aunque a corto plazo se prevé su traslado al antiguo edificio del convento de San Roque, que acogerá la sede permanente de la Universidad de Valencia en Gandía.

UNED: La Universidad Nacional de Educación a Distancia está situada en Gandía desde septiembre de 1987, en un principio de implantaron 3 titulaciones que han ido creciendo hasta las 13 actuales. Su sede actual está situada en la plaza de las Escuelas Pías, en el histórico edificio de las Escuelas Pías. En 2017, Gandía será sede de la Universidad Católica de Valencia, tras la adecuación del viejo edificio de Correos, cedido por el ayuntamiento de la ciudad, a dicha universidad.

LEGISLACIÓN APLICABLE: El territorio de Gandia alberga un gran patrimonio y riqueza natural que se caracteriza por su valor y biodiversidad. Estos elementos poseen valor en sí mismos pero además juegan un papel esencial en la calidad de vida de los gandienses y en la economía de la ciudad. Son por tanto esenciales en la sostenibilidad del territorio de Gandia. Según lo definido en el Plan estratégico del patrimonio natural y de la biodiversidad 2011-2017 debe promoverse el uso sostenible de los bienes y servicios que proporciona la biodiversidad para garantizar el aprovechamiento de los mismos de un modo y a un ritmo que no ocasione su reducción a largo plazo ni disminuya su capacidad para proveer servicios ambientales. Los sistemas naturales son “entes” complejos compuestos tanto por los elementos que los conforman junto con las múltiples interacciones que se establecen entre ellos. La relación de presión-conservación que los seres humanos ejercemos sobre estos sistemas son la clave para potenciar sus valores y mitigar su degradación. Sin embargo no solo el ser humano puede provocar un impacto negativo sobre ellos, ya que existen ciertos riesgos naturales que también se deben controlar. Es por ello, que en las últimas décadas se han desarrollado políticas de gestión, protección y puesta en valor de estos sistemas.

17. PATRIMONIO ARQUITECTÓNICO

En el término municipal de Gandia, existen 9 Bienes de Interés Cultural (BICs), los cuales representan el 2,4% de los BICs de la provincia de Valencia. A continuación se nombran los 8 primeros mientras que el noveno se comenta en el apartado de “otros elementos religiosos”:

**Alquería Fortificada Torre dels Pares.**

Protección: Fue declarada Bien de Interés Cultural el 5 de Octubre del 2010.

Descripción: Torre perteneciente a l'Alqueria dels Pares. Es un antiguo edificio fortificado con torre de vigía alta conocida también como Torre dels Frares (en posesión de los frailes de la Compañía de Jesús desde el Siglo XVI).

Donada por el IV Duque de Gandia, funcionó inicialmente como refugio de musulmanes contra ataques cristianos y pasada la reconquista sirvió en el orden inverso.

En la actualidad se conservan la torre y los edificios de los alrededores rodeados de campos de naranjos.

**Castillo de Bairén.**

Protección: Fue declarada como Bien de Interés Cultural el 9 de Mayo del 2001.

Descripción: Fortificación históricamente más importante del sistema defensivo de la Safor. Desde el Siglo VIII ha sido utilizada como fortaleza defensiva.

Durante la Guerra Civil se destruyeron parte de los restos del castillo quedando éste como se conoce hoy en día.

**Colegiata de Santa María.**

Protección: Este templo fue declarado como Monumento Histórico Nacional el 6 de Junio de 1931.

Descripción: Finales del Siglo XIV y principios del S. XV como un templo gótico de una única y anchísima nave. Fue ampliado en el S.XVI.

Durante la Guerra Civil Española sufrió una parcial destrucción y la cabecera cuadrada original se sustituyó por la actual neogótica de planta poligonal.

La puerta principal es la meridional, es la llamada “Puerta de Santa María o del mercado”. Fue abierta en el primer periodo de construcción por lo que es un notable ejemplar gótico similar a la puerta del capítulo de la Catedral de Valencia.

La portada occidental sigue siendo gótica pero de un siglo posterior (del Siglo XVI) y está muy restaurada con importantes pérdidas escultóricas. A pesar de ello quedan algunas esculturas de gran valía. Su autor fue Damián Forment.

Albergaba un inmenso tesoro (procedente de donaciones): la Custodia renacentista labrada en 1548 por el orfebre fray Antonio Sánchez de Benavento, cruces procesionales, cálices, custodias, relicarios, lámparas, ornamentos litúrgicos, retablos, tallas, lienzos, siete de las esculturas de los Lobet (finales del siglo XIV), el famoso Cancionero... Muchas de ellas se encuentran en Museos Nacionales.



El Morabito.

Protección: Declarado como Bien de Interés Cultural el 13 de diciembre de 1982.

Descripción: Edificación cilíndrica cubierta con una bóveda de 7m de diámetro. Estuvo rodeado por un segundo recinto en forma de corona y cubierto coincidiendo con la base de la bóveda. Es de canto rodados gruesos, piedra troceada para la bóveda, y ladrillo en las puertas y ventanas. Se trata de una construcción insólita (datación incierta), aunque se considera que podría ser del Siglo XVII.



Escuelas Pías / Antigua Universidad.

Protección: Declarada como Bien de Interés Cultural el 10 de enero de 1977.

Descripción: Comenzó siendo la antigua universidad de Gandia (fundada por el Duque San Francisco de Borja en 1549) y donada a la Compañía de Jesús.

Fue uno de los lugares más importantes de la ciudad y su entorno, y en ella se formaron personas emblemáticas de la época hasta 1767, cuando se produjo la expulsión de los Jesuitas y el consecuente abandono de la Universidad de Gandia. Alberga en la actualidad diferentes servicios municipales, entre ellos: colegio, sala de exposiciones, escuela de adultos (EPA), etc.

Fortaleza Alquería del Duc / Alquería del Duc y Lagunas Circundantes.

Protección: Declarada como Bien de Interés Cultural el 10 de enero de 2011.

Descripción: Alquería medieval fortificada construida en el S.XIV que fue la residencia de verano de los Duques de Gandia.

Su planta es un cuadrado casi perfecto con un patio de luces en el centro. Consta de una planta baja y un piso. La primera se destinaría a caballerizas, granero, almacén, servicio, etc. y un piso alto para uso de los Señores y constaba de un salón, capilla y habitaciones.



La alquería debió tener en un principio un carácter militar Como puesto avanzado de vigilancia donde se efectuaría el relevo de las patrullas costeras ante las frecuentes intrusiones de piratas y berberiscos.

Hoy se encuentra en su interior el Centro de Desarrollo Turístico L'Alqueria del Duc, más conocido como CDT, donde se imparten cursos de Formación Profesional Ocupacional y Continua de hostelería y turismo.

La “obra nueva” o “Galería Dorada” es el elemento arquitectónico y artístico más significativo del monumento, siendo un referente excepcional de la arquitectura civil barroca valenciana. Recibe nombre por la abundante ornamentación dorada sobre la talla de madera que cubre todo el perímetro de las cornisas, los paneles murales divisorios de las estancias y los copetes de las puertas.

Palacio de los Duques de Gandia / Palacio Ducal

Protección: Declarado como Bien de Interés Cultural desde 1964

Descripción: Conocido también como el Palacio de los Borja, es uno de los edificios más emblemáticos de la ciudad. Tiene un gran patio interior y varias salas como la galería Dorada y el Salón de Coronas. Está situado en las cercanías del Ayuntamiento y de la Colegiata de Santa María, dentro del antiguo primer recinto amurallado de la pequeña villa medieval de Gandia.

Su austeridad exterior contrasta con su sorprendente interior que sus sucesivos habitantes han ido transformando a lo largo de la historia, convirtiendo al Palacio Ducal en contenedor de todo un abanico de diferentes estilos artísticos que van desde el Siglo XV hasta el Siglo XIX.

Uno de los escasos vestigios que quedan de la primitiva construcción del palacio es la actual portada por la que se accede al zaguán construido en el tiempo de Alfonso el Viejo La familia Borja, colocarían en su día sobre esta impresionante portada el escudo de armas en piedra que hoy todavía se conserva.

Actualmente, en el ala norte del patio, en lo que originariamente fueron las caballerizas del edificio, se encuentra ubicada la iglesia del Sagrado Corazón coronada por una espectacular galería. También se ubica en este espacio de estructura trapezoidal la escalera señorial que da acceso al Salón de Coronas.

En la primera planta se encuentra la Cámara de la duquesa, el Salón de las Águilas, la Sala de los Estados de Cerdeña, la Sala Verde y el aposento de la torrecilla. Entre este piso y el superior, la altura del cielo raso del Salón de Águilas quedaría emplazada la antigua prisión del palacio ducal. Otras instancias de gran valor e interés son el Salón de Coronas y la Santa Capilla (pequeño oratorio de techo poligonal).



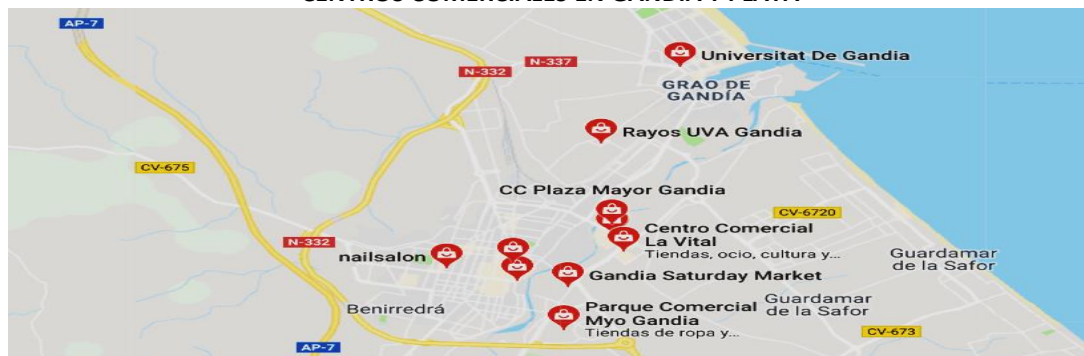
Ayuntamiento de Gandia.

Descripción: este edificio administrativo del S.XVIII y estilo neoclásico cuenta con una inscripción que lleva el nombre del Rey Carlos III. Su fachada se caracteriza por ser la única parte del edificio que se conserva en su estado original. En la parte superior, en la balaustrada, se encuentran cuatro bustos de piedra que representan las cuatro virtudes cardinales: justicia, fortaleza, templanza y prudencia. Estos bustos tienen como misión vigilar a los gobernantes.

RESIDENCIAS GERIÁTRICAS EN LA COMARCA DE LA SAFOR.



CENTROS COMERCIALES EN GANDIA Y PLAYA



HOTELES EN GANDIA Y PLAYA



FALLAS, SEMANA SANTA, FIESTAS Y FERIA DE GANDÍA

Museo fallero de Gandia. Ahora puede vivir las fallas durante todo el año en el museo fallero de Gandia. El museo de fallas es un museo moderno que ofrece una visión general de las fallas, desde sus comienzos hasta hoy. La exposición permanente no sólo dispone de piezas originales como trajes tradicionales y accesorios falleros, sino también de aplicaciones multimedia interactivas. Puedes crear virtualmente una traca y ver cómo explota al ritmo de la música festera. El museo fue creado para las personas que no pueden asistir a ésta fiesta tradicional valenciana. Si visitas el museo fallero de Gandia seguro que te entrarán ganas de visitar las fallas en persona. En el museo se pueden seguir, a base de moldes, los pasos para la construcción de un ninot (figura de una falla) o incluso de una falla completa.

Existen visitas guiadas en las que se explica a los visitantes todo lo relacionado a ésta fiesta valenciana. El fin de este museo es transmitir a los visitantes la magia de las fallas durante todo el año y ayudar a entender mejor los orígenes de la fiesta que se celebra anualmente en marzo en honor a San José.

San Antonio Abad. El 17 de enero se venera a San Antonio Abad (Sant Antoni del Porquet), con hogueras incluidas.

Fallas. Desde el 15 de marzo se celebran las típicas Fallas, quemadas la noche del 19, día de San José. La ciudad de Gandía cuenta con 23 fallas (20 en la ciudad, 2 en el Grao de Gandía y 1 en Benirredrà).

Semana Santa en Gandía. Fiesta de Interés Turístico.⁸ La ciudad cuenta con 18 hermandades de Semana Santa. A destacar el Encuentro del Jueves Santo entre la Dolorosa y el Nazareno, la procesión del Santo Entierro el Viernes Santo y el Encuentro Glorioso del Domingo de Resurrección entre la Virgen de la Soledad y el cristo resucitado. También se interpreta la Visitatio Sepulcri, obra musical atribuida a San Francisco de Borja.

San Juan Bautista. La noche entre el 23 y el 24 de junio se queman las hogueras de San Juan, tradicionales de toda la costa mediterránea, celebrando el principio del verano.

Virgen del Carmen. El 16 de julio, fiestas marineras en honor a la Virgen del Carmen, en el Grao de Gandía (zona del puerto).

Santa Ana. El 25 y 26 de julio, fiestas en honor a Santa Anna, bajada de la Imagen desde la Ermita hasta la Parroquia.

Feria y Fiestas: Alrededor del 3 de octubre, en honor del patrón municipal, San Francisco de Borja. El personaje principal de la Feria y Fiestas es el Tío de la porra.

V Centenario San Francisco de Borja: El año 2010 Gandía celebró el V centenario del nacimiento de Francisco de Borja y Aragón (Gandía, 1510), el primer santo de la más importante de las familias valencianas de la historia, que durante años gobernó desde Roma medio mundo, patrón de la ciudad, virrey de Cataluña, III General de la Compañía de Jesús, Gran Privado del emperador Carlos V y patrón de la nobleza española.

GASTRONOMÍA. (Véase también: Gastronomía de la provincia de Valencia).

FIDEGUA: Sin duda, Gandía es la cuna de la popular FIDEGUA. Los arroces marineros, la cazuela marinera (suquet de peix) y la paella son sus platos más destacados.

FIGATELLS: Estas pequeñas hamburguesas hechas de tocino magro e hígado, son algo parecido al embutido y suelen tomarse en tapas sobre una rebanada de pan. A veces se acompaña con salsas y se pueden comprar incluso en sus supermercados o carnicerías. La más famosa de Gandía es la carnicería Sant Nicolau del Grao, situada muy cerca de la playa.

COQUES A LA CALFÓ: Les coques son unas tortas redondas de harina de maíz, agua, aceite y sal. Se rellenan con atún, huevo duro rallado y tomate aunque se le pueden añadir boquerones o sardinas. También las podrás encontrar por el nombre “coques escaldades”. Se asemejan a los burritos mexicanos pero con la denominación de origen de Gandía.

CORONA DE GLORIA: Este postre semejante a una tarta que tiene bizcocho, crema de almendra y merengue. Es un postre muy dulce que siempre está presente en las celebraciones de los vecinos de Gandía. Si te apetece llevarle a alguien un recuerdo de tu viaje, puedes encargar una de estas tartas para endulzarle el día.

ARNADÍ: El arnadí es un pastel de calabaza típico de Gandía que tiene una peculiaridad: se adorna clavando almendras en el bizcocho. Además tiene forma de volcán y puede llevar azúcar por encima. Para los que les guste el dulce pero también la mezcla con la calabaza, este arnadí les encantará.

ESPENCAT: El bacalao es el ingrediente principal del ESPENCAT. Con tiras de pimientos, berenjenas, ajos picados y aceite de oliva se hace un sofrito que luego acompañará al bacalao desmigado en una fuente. Es un segundo plato muy ligero y con gran mezcla de sabores. La costa valenciana tiene muchos lugares preciosos. Gandía es uno de ellos y además tiene una oferta gastronómica muy apetecible. Si lo visitas, intenta probarlo todo y si conoces algún otro plato típico de Gandía, no dudes en contárnoslo.

TELEVISIÓN LOCAL. (Actualmente emiten dos canales de ámbito local y comarcal). Tele 7 Safor. - Telesafor.com. Antes se emitía Gandía Televisión, una televisión pública que dependía del Ayuntamiento de Gandía y que llevaba en funcionamiento 20 años. Su programación era en valenciano y mayoritariamente de producción propia, característica principal que le distinguía del resto de televisiones locales. Tras varias disputas con el Gobierno de la Generalitat Valenciana, el canal emitió hasta junio de 2011, mes en el que el nuevo alcalde, Arturo Torró, a los pocos días de tomar posesión de su cargo, decidió cerrar el canal, aduciendo falta de recursos económicos y ausencia de permiso de emisión. Este canal emitía en el canal 26 de la TDT

POLÍTICA.

Alcaldes desde las elecciones de 1979		
Legislatura	Nombre	Partido
1979-1983	Juan Román Catalá	 UCD
1983-1987	Salvador Moragues Bertó	 PSPV-PSOE
1987-1991	Salvador Moragues Bertó	 PSPV-PSOE
1991-1995	Josefa Frau Ribes	 PSPV-PSOE
1995-1999	Josefa Frau Ribes	 PSPV-PSOE
1999-2003	Josefa Frau Ribes	 PSPV-PSOE
2003-2007	José Manuel Orengo Pastor	 PSPV-PSOE
2007-2011	José Manuel Orengo Pastor	 PSPV-PSOE
2011-2015	Arturo Torró Chisvert	 PPCV
2015-2019	Diana Morant	 PSPV-PSOE
2019-2021	Diana Morant	 PSPV-PSOE
2022-2023	José Manuel Prieto Part	

ZONAS VERDES Y PARQUES NATURALES DE GANDIA

El Mondúver es el último sistema montañoso costero de la cordillera Ibérica, es un macizo cretácico con una orientación Nord-oeste-sud-este. El punto más alto es la cima del Mondúver, de 841 m de altitud, y se extiende por los términos municipales de Simat, Benifairó, Tavernes, Xeraco, Xeresa, Gandia y Barx. Considerado como el mejor exponente de la geomorfología cárstica de la Comunidad Valenciana, cuenta con una situación privilegiada por estar muy próximo al mar, a menos de 8Km desde la cima. Alterna fuertes pendientes y zonas de llanura, altitudes de más de 800m y una fuerte influencia de los vientos de levante cargados de humedad, por este motivo se trata de un lugar de condiciones climáticas singulares que han favorecido la presencia de especies de plantas endémicas. En la zona hay una microrreserva (figura legal para la protección de zonas de especies de interés). La Unión Europea también la ha declarado Lugar de Interés Comunitario (LIC) por su interés faunístico. Se encuentran las cuevas del Parpalló, Malladetes i Bolomar, con importantísimos yacimientos arqueológicos. La cima del Mondúver es la más visible debido a los repetidores de radio y televisión instaladas en el pico. En el año 2006 una negligencia incomprensible provocó un incendio que arrasó con más de 1900 hectáreas y provocó uno de los mayores desastres ecológicos de la historia de la Safor. Quedaron afectadas, entre otros, el Paratge Natural Municipal de la Caldereta, la mayor parte de las zonas incluidas dentro de la Red Natura 2000 de la Unión Europea, casi todas la microrreservas de flora, así como les Foies, el Barranc del Mondúver, etc. En definitiva, una catástrofe ecológica de gran magnitud de la cual el macizo tardará décadas en recuperarse.

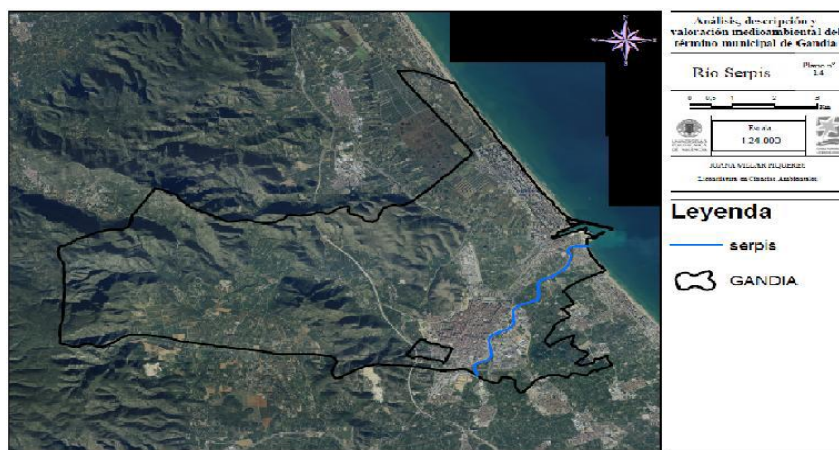
La Serra Grossa se extiende desde la Font de la Figuera hasta el valle de Vernisa y Gandia. Tanto por la condición calcárea como por encontrarse en la zona de confluencia de los sistemas Ibérico y Bético, las montañas de la Safor mantienen una peculiaridad tectónica, la cual, unida a la meteorología, hace que se desarrollen abundantes fenómenos cársticos. La Serra Grossa, en particular la vertiente norte, son especialmente abundantes estos fenómenos y constituye una de las zonas más conocidas de la Comunidad Valenciana por los aficionados a la espeleología. En esta montaña, son muy abundantes las formas conocidas como diaclasas, que son cortes de montaña que pueden conseguir grandes profundidades. Por todo el camino existe un tipo de hundimiento conocido, en geología, como dolina, una especie de depresión en forma de embudo que se forma en los relieves cársticos donde se filtra el agua de lluvia.

La Falconera es una sierra pequeña de orientación Nord-sud situada en los términos municipales de Gandia, Benirredrá, el Real de Gandia i Palma de Gandia. Como una frontera natural, separa el municipio de Gandia de Marxuquera. Geológicamente, la sierra Falconera ocupa el centro de la comarca de la Safor dentro de una zona de interferencia entre las cordilleras Ibérica y Prebética. Predominan las estructuras suaves y destacan los relieves de rocas calcáreas y dolomías del Cretácico Superior. Cuenta con una extensión aproximada de 13Km² y una longitud que no supera los 6Km. A pesar de los numerosos incendios que se han producido en la vertiente este, esta sierra es una de las más boscosas de la comarca, con una población de pinos adultos muy importante. El punto más elevado de esta sierra es el Molló de la Creu, con una altitud de 456m, su riqueza no reside en la altitud, sino en la importancia de alguna de sus cavidades: Xurra, Recambra, Meravelles, Negra, Emboscats, etc.

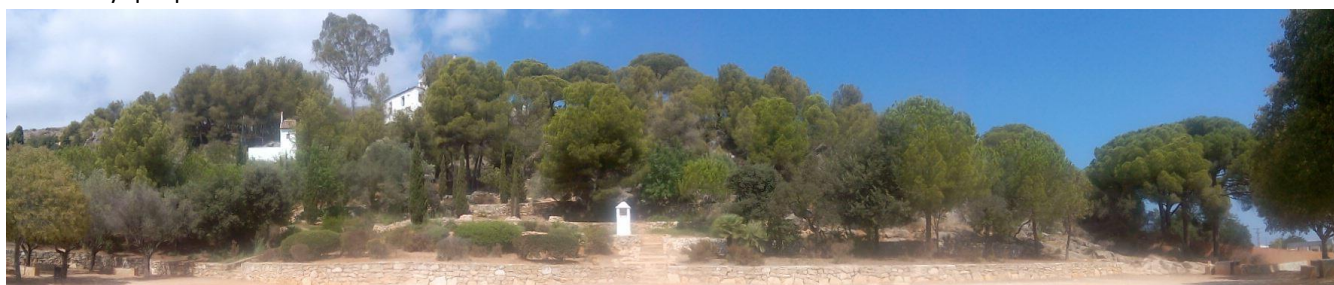
Árboles singulares: El inicio de esta ruta urbana se presenta en la arboleda ubicada en el Cementerio Municipal de Gandia. Sus 8.334 m² albergan un gran número de especies centenarias, algunas de ellas conocidos símbolos funerarios como es el caso de los cipreses (*Cupressus sempervirens*). Las creencias que vienen del mundo grecorromano, relataban que el puerto que presenta este árbol, señalando majestuosamente al cielo, así como su carácter perennifolio, ayudaba a las almas de los muertos a elevarse en esa dirección. Los ejemplares que hay en el cementerio rodean los 14 m. de altura y con diámetros de tronco de hasta 80 cm. Junto a esta especie encontramos otras típicas de los jardines del mediterráneo, los plataneros (*Platanus x hispánica*) con su reconfortante sombra durante el verano, dejando paso al sol durante el invierno por la pérdida de sus hojas. Las palmeras mexicanas (*Washingtonia robusta*), de fácil reproducción y poco exigentes en cuanto a la calidad del suelo, las presentes en la arboleda llegan hasta los 10,5m. son altas y finas, destacando sobre las otras especies. Las jacarandas (*Jacaranda mimosifolia*) que aportan un color morado durante el otoño dotando de color el entorno de la arboleda y las conocidas palmeras canarias (*Phoenix canariensis*), especie muy longeva que soporta muy bien los períodos de sequía.

EL RÍO SERPIS O RÍO DE ALCOY: El río Serpis nace en Alcoy, atravesando tres comarcas (l'alcoyà, el comtat y la Safor) para desembocar en la playa de Venecia, perteneciente al municipio de estudio. Se puede observar que las aguas de la cuenca del río Serpis presentan una circulación continua, siendo el único caudal continuo que atraviesa el término municipal de Gandia, ya que los demás caudales son barrancos con circulación temporal que depende de las precipitaciones anuales. En el pasado, a causa de las fuertes precipitaciones producidas han causado importantes daños materiales, sobretodo en su desembocadura perjudicando así en els Marenys de Rafalcaid, zona urbanizada que se encuentra lindando la desembocadura. Al entrar en nuestra comarca, el Serpis forma el paraje más bonito de todo su recorrido, atravesando las sierras de la Safor, de Ador y la Cuta. La mano del hombre ha dejado su huella de aquellos años en los que el aprovechamiento energético del agua para producir electricidad era vital para esta comarca. Hoy las fábricas de luz están abandonadas, y solo quedan las paredes más gruesas envueltas de escombros, las presas, las acequias de derivación y poco más. Vierten sus aguas, en este tramo espectacular, la caudalosa fuente de la Mata, el barranco de la Parra, la arrinconada fuente de Serquera, además de los numerosos barrancos y torrenteras que desembocan en las cordilleras. Después de atravesar Gandia, recibirá también las aguas de los marjales de Rafalcaid y desembocará en la playa de Venecia después de un recorrido de unos 75km y una cuenca hidrográfica de unos 753 km².

LUGAR	PH	NO ₃ ⁻ (mg/l)	NO ₂ ⁻ (mg/l)	CONDUCT. (us/cm.)	CL ⁻ (mg/l)	Ca ²⁺ (mg/l)	SO ₄ ²⁻ (mg/l)
Rio Serpis: (Casa Natural).	7.65	35	0.10	698	30	50	120
Rio Serpis: (Desembocadura).	7.75	40	0.10	632	30	50	120



LA PINEDA DE SANTA ANNA: Atravesando toda la vertiente este del casco urbano nos dirigiremos hacia la Ermita de Santa Ana, donde una arboleda de pinos blancos y piñoneros rodean esta construcción. Se trata de la arboleda con mayor número de ejemplares en cuanto a cantidad a diferencia de la anterior, que era la que presentaba mayor biodiversidad. Aquí también encontraremos otra especie por ser una edificación con un cariz religioso, se trata del ciprés (Cupressus sempervirens) presente en la acera del camino de acceso a la ermita dibujando su recorrido. También alrededor de la edificación encontraremos almeces (Celtis australis) y eucaliptos comunes (Eucalyptus globulus). Pero la presencia de pino blanco (Pinus halepensis) y pino piñonero (Pinus pinea) procedente de repoblaciones realizadas en la zona, son los que predominan en el paisaje forestal de esta arboleda. Destaca un pino piñonero de 20 metros y 1,14m de diámetro de tronco que sobresale del pinar de la ermita y que puede observarse desde el mirador de la misma.





Las urbanizaciones aisladas que podemos encontrar en nuestra zona de estudio son:

- ✚ Urb. Molló de la Creu.
- ✚ Urb. Montepino.
- ✚ Urb. Montesol.
- ✚ Urb. Porta del Mar.
- ✚ Urb. Santa Marta.
- ✚ Todas ellas situadas en lo alto de la montaña, a excepción de la urbanización Porta del Mar, suelen ser casas unifamiliares con su jardín y su piscina.
- ✚ Todas ellas son visibles desde muchos puntos, con lo cual tienen un gran impacto paisajístico y visual.

Algunos de los problemas que generan este tipo de viviendas, mucha superficie para poca gente, son:

- ✚ Mayor ocupación del territorio, con lo cual, mayor presión sobre el entorno.
- ✚ Sobrecoste de recogida de basuras
- ✚ Sobreconsumo de energías no renovables como el agua para la piscina o el riego del jardín
- ✚ Introducción de especies exóticas para la decoración del jardín, que pueden expandirse por la montaña con gran facilidad.
- ✚ Falta de tratamiento de las aguas residuales con la posibilidad de que se contaminen los acuíferos.

POLÍGONOS INDUSTRIALES. En el término municipal de Gandia existen dos polígonos industriales:

- ✚ **POLÍGONO ALCODAR:** Es el polígono más antiguo, en él existen muchas naves de diversas funciones: comercio, estaciones de servicio, talleres, I.T.V. (Inspección Técnica de Vehículos), concesionarios de coches, la instalación de bomberos, etc. La mayoría de ellas en funcionamiento.
- ✚ **POLÍGONO BENIETO:** Este polígono es reciente, tiene una superficie menor que el anterior, en éste existen naves con diversas funciones, como por ejemplo: un centro comercial, concesionarios de coche, talleres de coches, un tanatorio, comercios, la empresa grupo dulcesol central, etc.
- ✚ **SANCHO LLOP:** Este polígono es reciente, tiene una superficie menor que el anterior, en éste no existen naves, solo está ubicado el Hospital de Gandia.

18. HOSPITAL FRANCESC DE BORJA. DEPARTAMENTO DE SALUD DE GANDIA.

HOSPITAL DE GANDIA: El nuevo hospital Francesc de Borja de Gandia tiene como objetivo seguir ofertando la prestación sanitaria integral al Departamento de Salud de Gandia como hasta ahora, ya que se trata de un traslado, pero con unas infraestructuras mejoradas y ampliadas. El hospital se encuentra situado en el polígono Sancho Llop, en la Avenida de la Medicina nº 6. La población asignada por SIP al Departamento de Salud de Gandia y por tanto al hospital es de 188.000 habitantes. El Departamento abarca las 31 poblaciones de la comarca de Safor y diez de la comarca de la Vall d'Albaida, con un total de 41 municipios. La asistencia sanitaria hospitalaria y consultas externas de diferentes especialidades se realizan en el nuevo Hospital Francesc de Borja, mientras que la asistencia de Atención Primaria, para los 41 municipios, está ordenada en ocho Zonas Básicas de Salud. Cada zona cuenta con un Centro de Salud o Centro de Atención Primaria de cabecera (CAP), y existen además 38 consultores auxiliares y 7 consultorios de playas.

RECURSOS HUMANOS: La plantilla del nuevo hospital de Gandia se ha incrementado con 121 contratos más; 10 facultativos especialistas, 46 enfermeros, 38 auxiliares de enfermería, 13 celadores, cinco técnicos especialistas en Radiodiagnóstico, tres auxiliares administrativos, dos fisioterapeutas, un técnico de sistemas, un técnico de función administrativa, un técnico de gestión administrativa y un ingeniero superior. La plantilla actual del hospital es de 1.106 trabajadores.

CARTERA DE SERVICIOS DEL HOSPITAL: ÁREA MÉDICA (ESPECIALIDADES MÉDICAS).

- ✚ **Alergología:** consultas externas.
- ✚ **Cardiología:** consultas externas, técnicas complementarias y hospitalización
- ✚ **Endocrinología y Nutrición:** consultas externas y hospitalización.
- ✚ **Hematología-hemoterapia:** consultas externas, hospital de día y hospitalización.
- ✚ **Medicina Digestiva:** consultas externas, técnicas complementarias y hospitalización.
- ✚ **Medicina Intensiva:** consulta, técnicas complementarias y hospitalización (UCI)
- ✚ **Medicina Interna:** consultas externas y hospitalización.
- ✚ **Nefrología:** consulta externa, técnicas específicas, diálisis y hospitalización.
- ✚ **Neumología:** consultas externas, técnicas complementarias y hospitalización.
- ✚ **Neurofisiología:** Consultas, técnicas complementarias.
- ✚ **Neurología:** consultas externas, exploraciones complementarias y hospitalización.
- ✚ **Oncología:** consultas externas, hospital de día y hospitalización.
- ✚ **Psiquiatría:** consultas externas y hospitalización.
- ✚ **Rehabilitación:** Consultas externas, gimnasio de adultos e infantil, electroterapia, suelo pélvico, drenajes.
- ✚ **Reumatología:** consultas externas.
- ✚ **UCE:** hospitalización.
- ✚ **UHD.**
- ✚ **Servicio de Urgencias.**

ÁREA QUIRÚRGICA (ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS).

- ✚ **Cirugía General y Aparato Digestivo:** consultas externas, técnicas especiales, hospitalización y cirugía con o sin ingreso.
- ✚ **Cirugía Ortopédica y Traumatología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.
- ✚ **Dermatología:** consultas externas y técnicas complementarias y cirugía sin ingreso.
- ✚ **Odontología:** consultas externas.
- ✚ **Oftalmología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.
- ✚ **Otorrinolaringología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.
- ✚ **Urología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.

ÁREA MATERNO-INFANTIL.

- ✚ **Obstetricia:** consultas externas, técnicas complementarias y hospitalización.
- ✚ **Ginecología:** consultas externas, técnicas complementarias, cirugía con y sin ingreso y hospitalización.
- ✚ **Pediatría:** consultas externas, técnicas complementarias y hospitalización.

SERVICIOS CENTRALES.

- + **Anestesiología y reanimación:** consulta ambulatoria, unidad del dolor y tratamientos ambulatorios y anestesia quirúrgica.
- + **Laboratorio Análisis Clínicos:** Bioquímica, Hematología, banco de sangre, Microbiología.
- + Anatomía patológica.
- + Diagnóstico por imagen.
- + **Farmacia Hospitalaria:** Área oncosis y citostáticos, UFPE (pacientes externos).
- + Esterilización.
- + Medicina preventiva.

SERVICIOS GENERALES Y UNIDADES SOPORTE GENERAL.

- + Gerencia, Dirección Económica, otras Direcciones.
- + Servicios Administrativos.
- + Informática.
- + Unidad de prevención de riesgos laborales.
- + Mantenimiento.
- + Almacenes, Servicio de Logística.
- + Seguridad.
- + UDCA.
- + SAIP.
- + Unidad Trabajo Social.
- + Unidad Docente y de gestión de calidad: Biblioteca, salas docentes y de informática, salón de actos.
- + Sala de cultos religiosos.
- + Morgue.
- + Limpieza y lencería.
- + Vestuarios.
- + Habitaciones de personal de guardia.

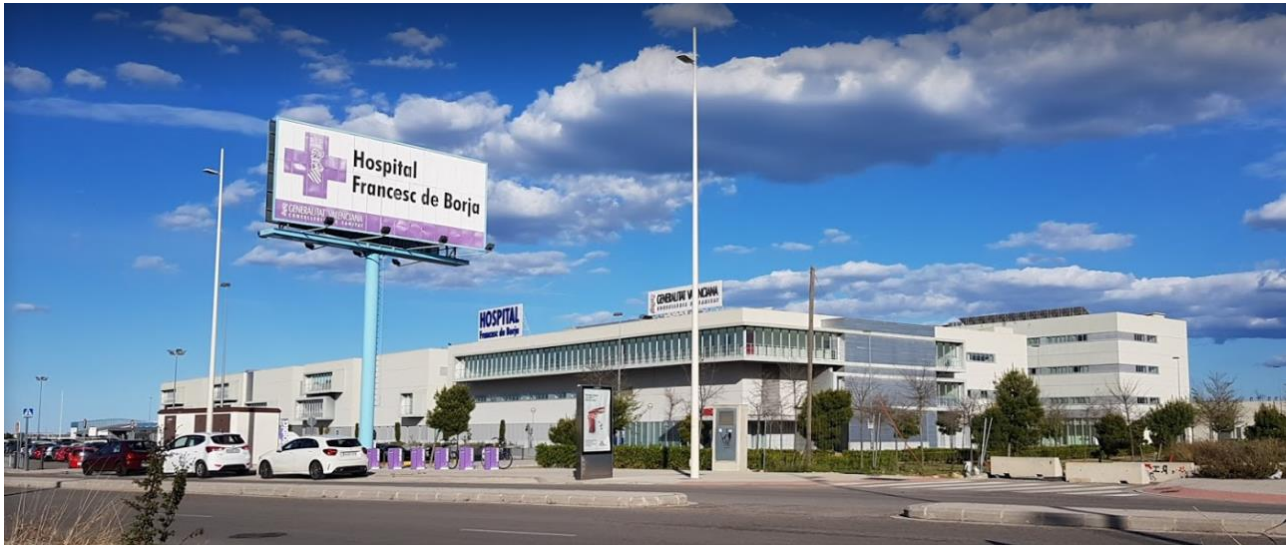
OTROS.

- + Inspección Médica
- + Agentes Sociales
- + SAMU
- + Servicios de hostelería: Cafetería-restaurant, dietista
- + El hospital cuenta con 11 Unidades de Hospitalización (en el antiguo hospital había 8)
- + Hay ocho quirófanos en funcionamiento (en el antiguo hospital 6), de los cuales cinco son integrados.
- + Hay tres salas de parto (había una en el antiguo hospital); cuatro puestos de dilatación (en el antiguo, tres) y una bañera de dilatación (en el antiguo hospital no había).
- + Hay 21 boxes y salas de exploración (12 en el antiguo edificio) y 19 camas de observación (12 en el antiguo), y nueve sillones de terapia rápida (cuatro en el antiguo)
- + El hospital de Día tiene 22 puestos (10 en el antiguo), y el área de Diálisis cuenta con 19 puestos (11 en el antiguo)

CONSULTAS EXTERNAS Y EXPLORACIONES ESPECIALES: El nuevo hospital cuenta con consultas de Extracciones, Traumatología, Reumatología, Sintrom, Odontología, Pediatría, Alergia, Mi-COP, Otorrinolaringología, Urología, Endocrinología, Oftalmología, Neurología, Nefrología, Cirugía, Cardiología, Salud Mental, Dermatología, Medicina Interna, Toco-Ginecología, Neumología, Anestesia y Digestivo. Hay 122 consultas externas (en el antiguo hospital había 85).

NÚMERO DE CAMAS Y HABITACIONES: El nuevo hospital Francesc de Borja de Gandia cuenta con 292 habitaciones de hospitalización y todas son individuales (hay 71 camas más que en el antiguo hospital), con posibilidad de uso doble en casos extraordinarios de hasta un 32% de las mismas. Es decir, de las 292 habitaciones individuales, 96 se dispondrían como dobles en el caso de que se requiriese, llegando a las 388 camas. A ello, hay que sumar las 13 de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y las 10 de Neonatos, llegando a un máximo de 411 camas en total. De las 26 habitaciones de Pediatría, 18 cuentan con camas pediátricas y las otras ocho con cunas-camas lactantes. Por servicios, Medicina Interna cuenta con 115 habitaciones

repartidas entre las tres primeras plantas; el área quirúrgica cuenta con 87; Obstetricia tiene 28; Pediatría alberga 26; Salud Mental tiene 18, y hay 12 en la Unidad de Corta Estancia (UCE).





19. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA EMPRESA.

FORMA LEGAL. En este punto se analizará cual es la forma legal que se le va a dar a la sociedad. Este aspecto es de especial importancia debido a que según la forma social escogida la repercusión a nivel de responsabilidad de los socios o socio variará, además de variar las cargas fiscales para la empresa. Hay que tener en cuenta que se trata de una entidad mercantil con ánimo de lucro y totalmente privada. Es importante destacar este aspecto ya que todavía se asocia el servicio prestado por el sector residencial a una actividad benéfica.

- ✚ **Cooperativas:** Tienen la ventaja de gozar de amplios beneficios fiscales, de importantes deducciones (95% del I.A.E.) y de que el patrimonio de los socios no está implicado en caso de quiebra y deudas. Sin embargo han de tener un mínimo de cinco socios de manera que el control de la empresa no está bajo una sola persona.
- ✚ **Sociedad anónima:** Tiene el inconveniente del elevado capital social mínimo que se le exige para su constitución (60.000 euros). Como ventaja está que el patrimonio de los socios no se implica en caso de fallida y deudas.
- ✚ **Empresario individual:** Esta es la fórmula escogida por la mayoría de centros colaboradores del ICASS (Departamento de Bienestar Social, Junio de 1997). El empresario se acoge al régimen de autónomos y ha de pagar cada mes la cuota correspondiente. El IRPF y el I.V.A se pueden pagar por módulos trimestrales y se regularizan el primer mes de cada año. Como inconveniente el patrimonio personal del empresario está implicado en caso de deudas y las escasas prestaciones sociales del régimen de autónomos en cuanto a desempleo, jubilación y baja laboral.

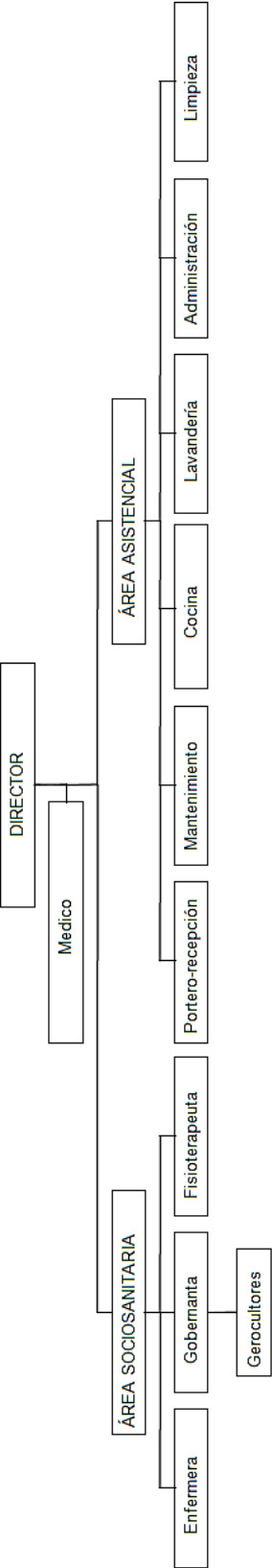
PROCEDIMIENTO DE APERTURA. El primer paso es crear la empresa o entidad, acudiendo a las correspondientes delegaciones de seguridad social y hacienda. Posteriormente se realiza un proyecto técnico de construcción del complejo y se solicitan los correspondientes permisos de obras al ayuntamiento. Los requisitos técnicos que han de reunir las residencias asistidas y pisos tutelados se regulan mediante los siguientes decretos:

- ✚ **Decreto 201/1987, de 19 de Mayo,** por el cual se regulan las condiciones y los requisitos que han de cumplir los centros, servicios y establecimiento socio sanitario (D.O.G.C. Núm. 854, de 19-6-87).
- ✚ **Orden 4 de Agosto de 1987,** por la cual se establece la normativa de autorización administrativa para la creación, ampliación, modificación traslado o cierre de centros, servicios o establecimientos socio-sanitarios. (D.O.G.C. Núm. 877 de 14-8-87).
- ✚ **Decreto 145/1990 de 3 de Mayo,** por el cual se definen los establecimientos y servicios de acogida residencial de servicios sociales para 3ª edad y se fijan los criterios de acceso, (D.O.G.C. Núm. 1309, de 25-6-90).
- ✚ **Orden de 28 de Junio de 1990,** de ampliación del decreto anterior (D.O.G.C. Núm. 1318, de 16-7-90).
- ✚ **Orden 19 de Marzo de 1993,** por la cual se amplían y detallan las condiciones funcionales mínimas que han de cumplir los centros residenciales para la 3ª edad.

Una vez observada esta normativa que establece los metros cuadrados por usuario, características de instalaciones y accesos etc. se solicita el permiso de apertura al ayuntamiento y la autorización administrativa. Para ello se debe inscribir la empresa en el registro de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana, requisito indispensable para solicitar financiación pública y convenios de colaboración con la administración. En este organismo ofrece asesoramiento legal y técnico. En el registro consta el nombre de la entidad, el ámbito de actuación, la capacidad del establecimiento y los servicios que ofrece. Se tienen que comunicar al registro los cambios de situación, estructura, datos de la entidad y remitir una relación de precios de los servicios el último trimestre de cada año. Una vez cumplidos estos trámites y recibido los permisos correspondientes se podrá proceder a la apertura del complejo. El periodo comprendido entre comienzo de las obras y puesta en marcha del complejo se ha establecido en un año, aproximadamente.

ORGANIGRAMA.

Figura 9.3 – Organigrama.



PERSONAL DEL CENTRO. A continuación se indica cuáles son las funciones a realizar por el personal del centro anteriormente mencionado en el organigrama. Estas funciones se han establecido en base a los organigramas observados en algunas residencias y principalmente en el Convenio colectivo laboral de residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio de la fundación ACRA. Existen algunas funciones y servicios compartidos. El personal se integra en su mayoría en la residencia asistida y en los momentos que sea necesario algún servicio en los pisos tutelados, este es realizado por el personal de la residencia.

PERSONAL FIJO. Director: Según la norma **UNE 158004:2000** (no obligatoria pero sí recomendable) el director de residencia debería acreditar haber cursado una Diplomatura Universitaria, o tres años completos de una licenciatura universitaria. Esta titulación podría sustituirse por la experiencia como director de un centro autorizado durante un periodo no inferior a cinco años. Además, el director debería recibir una formación continua en el ámbito de actividad de su puesto de trabajo, establecida en un programa de formación consistente en cursos de diferentes materias (la norma UNE recoge una lista de veinte materias más la recomendación de cursos sobre otras diecisiete). **La reglamentación vigente de la Comunidad Valenciana exige:** que un director técnico tenga titulación universitaria de grado medio y obliga a los que no la tengan, y dirijan una residencia autorizada el día 26 de junio de 2.000, a superar un curso acreditado por la Generalitat Valenciana o una diplomatura universitaria. Para hacerlo tienen hasta el 26 de junio de 2004. **La dedicación mínima del director técnico es de diez horas a la semana**, independientemente del tamaño del centro. En residencias de más de cincuenta plazas la dedicación mínima será de treinta horas/semana. Unas horas a la semana el director técnico deberá estar a disposición de los residentes y familiares. En el tablón de anuncios deben aparecer esas horas. Como director del complejo residencial se encargará de la gestión tanto de la residencia asistida como de los pisos tutelados.

Médico (Titulado)

- ✚ **Hacer el reconocimiento médico a cada nuevo usuario** y rellenar la correspondiente historia médica y certificaciones profesionales, en que contarán las indicaciones de tipo de vida más acorde, la rehabilitación necesaria, y el tratamiento a seguir si hace falta.
- ✚ **Atender las necesidades asistenciales de los usuarios.** Hacer los exámenes médicos, diagnósticos, prescribir los tratamientos más acordes en cada caso para llevar a cabo las terapias preventivas, asistenciales y de rehabilitación de los diagnósticos clínicos y funcionales de los residentes del centro.
- ✚ **Dirigir el programa de movilización y rehabilitación de los usuarios**, fijando en equipo los programas a desarrollar de forma individual y en grupo. Hacer el seguimiento y evaluar los programas conjuntamente con el equipo formado por todos las personas que intervienen.
- ✚ **Asistir al personal destinado** al centro en los casos de necesidad y de urgencia.
- ✚ **Como máximo responsable de su departamento médico**, en el caso de que el centro no pueda tratar debidamente a los usuarios, derivarlos a un centro hospitalario o de salud.
- ✚ **Participar en la comisión de supervisión y seguimiento del usuario** en cuanto a las necesidades asistenciales y de la vida diaria de los residentes y de los usuarios del centro de día, lo cual hará en colaboración con el director, el asistente social, el psicólogo, y otros profesionales, de acuerdo con la situación física de los usuarios los objetivos a conseguir y las características del centro.
- ✚ **Programar y supervisar los menús y dietas** alimentarias de los residentes o usuarios.
- ✚ **Supervisar** el trabajo del personal.
- ✚ **Supervisar** el estado sanitario de las dependencias del centro.
- ✚ **En general, todas aquellas actividades** no especificadas que se le pidan, de acuerdo con su titulación y profesión.

Enfermera (Titulada)

- ✚ Vigilar y atender a los residentes, sus necesidades generales humanas y sanitarias, especialmente en el momento en que éstos necesiten de sus servicios.
- ✚ Preparar y administrar los medicamentos según prescripciones facultativas, específicamente los tratamientos.
- ✚ Tomar la presión sanguínea, el pulso y la temperatura.
- ✚ Colaborar con los médicos preparando el material y medicamentos que hayan de ser utilizados.
- ✚ Ordenar las historias clínicas, anotar los datos relacionados con la propia función que deba figurar.
- ✚ Atender al residente encamado por enfermedad, efectuando los cambios posturales prescritos, controlando el servicio de comidas a los enfermos y suministrando directamente a aquellos pacientes que dicha alimentación requiera instrumentalización (sonda nasogástrica, sonda gástrica, etc.)
- ✚ Controlar la higiene personal de los residentes y también los medicamentos y alimentos que estos tengan en las habitaciones.
- ✚ Atender las necesidades sanitarias que tenga el personal que trabaja en el centro y sean de su competencia.

- ✚ Colaborar con los/as fisioterapeutas en las actividades, el nivel de calificación de las cuales sean compatibles con su titulación de ATS/DUE, cuando sus funciones específicas lo permitan.
- ✚ Realizar los pedidos de farmacia.
- ✚ Vigilar y tener cuidado de la ejecución de las actividades de tipo físico recibida por el médico, observando las incidencias que puedan presentarse durante su realización.
- ✚ En general todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con lo anterior.

Fisioterapeutas (Titulados).

- ✚ Realizar los tratamientos y técnica rehabilitadora que se prescriban.
- ✚ Participar, cuando se le pida, en el equipo multiprofesional del centro para la realización de pruebas o valoraciones relacionadas con su especialidad profesional.
- ✚ Hacer el seguimiento y la evaluación de la aplicación de tratamiento que realice.
- ✚ Conocer, evaluar e informar y cambiar, en su caso, la aplicación del tratamiento de su especialidad, cuando se den, mediante la utilización de recursos ajenos.
- ✚ Conocer los recursos propios de su especialidad en el ámbito territorial.
- ✚ Participar en juntas y sesiones de trabajos que se convoquen en el centro.
- ✚ Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de los afectados e instituciones.
- ✚ Asesorar a los profesionales que lo necesiten sobre pautas de movilizaciones y los tratamientos en los que tengan incidencia las técnicas fisioterapeutas.
- ✚ Asistir a las sesiones que se hagan en los centros para la revisión, el seguimiento y la evaluación de tratamientos.
- ✚ En general en todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con lo anterior.

Gobernante/a (con Titulación Universitaria)

- ✚ Organizar, distribuir y coordinar los servicios de comedor u office, lavandería, lencería y limpieza.
- ✚ Supervisar la actividad de los trabajadores a su cargo, distribuir las actividades y turnos de las personas que tiene asignadas y vigilar también el buen uso y economía de los materiales, utillaje y herramientas y maquinaria a su cargo; proceder al recuento e inventario de éstos.
- ✚ En coordinación con el departamento de cocina, se responsabilizará de la buena marcha del servicio de comedor, distribución de comidas, control de regímenes, servicios especiales, montaje, limpieza y retirada del servicio.
- ✚ Tener conocimiento del número de servicios diarios realizados en el departamento.
- ✚ En coordinación con el personal de enfermería y contando con el personal que tiene adscrito, llevar el control del buen estado de los alimentos que la residencia tenga en las cocinas.

Habitaciones

- ✚ Vigilará el cumplimiento de la labor profesional del personal a su cargo, así como de su higiene y uniformidad.
- ✚ Supervisar, cuando haya contrato de limpieza, el buen funcionamiento de los servicios contratados.
- ✚ Si por necesidades perentorias o imprevisibles, la normal actividad del centro lo requiere, colaborar en las actividades propias del personal a sus órdenes.

Mantenimiento (con Titulación Universitaria)

- ✚ Es el responsable directo de la explotación y mantenimiento de todas las instalaciones del centro; programa el trabajo a realizar y lo realiza directamente.
- ✚ Controlar las visitas y el trabajo realizado por las firmas contratadas para el mantenimiento de aquellas instalaciones donde esté establecido.
- ✚ Realizar las operaciones reglamentarias definidas en los reglamentos de las instalaciones o en las instrucciones técnicas que las desarrollan, y que los valores correspondientes de los diferentes parámetros se mantengan dentro de los límites exigidos a éstos.
- ✚ Elaborar planes de mantenimiento de aquellos oficios que específicamente no se definen legalmente.
- ✚ Guardar y custodiar los libros de mantenimiento, manual de instrucciones, libro de visitas establecidos en la legislación vigente o los que en un futuro puedan establecerse. Anotar las operaciones que se realicen en las instalaciones y revisar las que ejecute personal de firmas ajenas al centro.
- ✚ Tener cuidado de la sala de máquinas, instalaciones, cuadros eléctricos, transformadores, taller y aquellos materiales que no le sean propios.
- ✚ Tener control del montaje, funcionamiento y desmontaje de estrados, escenarios, asientos, proyector de cine, altavoces, etc. que sean necesarios para el normal desenvolvimiento de actividades del centro.

- ✚ Realizar todas las funciones que tengan señaladas los oficiales de los servicios técnicos, y como encargado de este departamento, responsabilizarse directamente de los trabajos efectuados y de su distribución, de la realización y cumplimiento de las órdenes que le dé la empresa, de recibir los partes de averías de los respectivos jefes de sección.
- ✚ En el ejercicio de su cargo, dar las máximas facilidades para la obtención de una perfecta formación profesional.

Administrativo (con Titulación Universitaria).

- ✚ Es el trabajador, que actúa a las órdenes de órganos los directivos del centro y tiene a su cargo un servicio determinado dentro del cual, con iniciativa y responsabilidad, con o sin otros trabajadores a sus órdenes, realiza trabajos que exijan cálculos, estudios, preparación y condiciones adecuadas, tales como cálculos de estadística, transcripciones de libros de cuentas corrientes, redacción de correspondencia con iniciativa propia, liquidaciones y cálculos de nóminas de salarios, sueldos y operaciones análogas, de forma manual o mecanizada.
- ✚ Se consideran incluidos en esta categoría los cajeros de cobros y pagos sin firma, que perciben plus de quebranto de moneda.
- ✚ En general todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con lo anterior.

Cocinero/a (Titulación según Normativa vigente).

- ✚ Como responsable del departamento, se ocupará de la organización, distribución y coordinación de todo el personal adscrito a la cocina así como de la elaboración y condimentación de las comidas, con sujeción al menú y regímenes alimentarios que propondrá para su aprobación a la dirección del centro y supervisión del departamento médico.
- ✚ Supervisar los servicios ordinarios, especiales y extraordinarios que diariamente se comuniquen.
- ✚ Disponer entre el personal de cocina, el montaje de los carros con los menús elaborados.
- ✚ Vigilar la despensa cada día, mirando de suministrar los artículos de ésta al almacén, vigilando su estado, que se encargará de sacar, a medida que se necesite para su confección de los diferentes servicios a realizar.
- ✚ Recontar las existencias con los administradores de las residencias, comunicar a la dirección las faltas que vea y tener en cuenta que el personal a su cargo cumpla con su actividad profesional, vigilar también su higiene y su uniformidad.
- ✚ Realizar todas aquellas funciones que, sin especificar, estén en consonancia con su lugar de trabajo y cualificación profesional.
- ✚ Supervisar el mantenimiento, en perfectas condiciones de limpieza y funcionamiento de la maquinaria y utensilios propios del departamento tales como: bandejas, hornos, freidora, extractores, filtros, cortadoras, ollas, etc.

Gerocultor/a (Titulación según Normativa vigente). Es el personal que, bajo la dependencia del director del centro o persona que determine, tiene como función la de asistir al usuario de la residencia en la realización de las actividades de la vida diaria que no pueda realizar por él solo, debido a su incapacidad y efectuar aquellos trabajos encaminados a su atención personal y de su entorno. Entre otros se indica:

- ✚ Higiene personal del usuario.
- ✚ Según el plan funcional de las residencias, habrá de efectuar la limpieza y mantenimiento de los utensilios del residente, hacer las camas, recoger la ropa, llevarla a la lavandería y colaborar en el mantenimiento de las habitaciones.
- ✚ Dar de comer a aquellos usuarios que no lo puedan hacer por sí mismos. En este sentido, se ocupará igualmente de la recepción y distribución de las comidas a los usuarios.
- ✚ Realizar los cambios de postura y aquellos servicios auxiliares de acuerdo con su preparación técnica y le sean encomendados.
- ✚ Comunicar las incidencias que se produzcan sobre la salud de los usuarios.
- ✚ Limpiar y preparar el mobiliario, materiales y aparatos de botiquín.
- ✚ Acompaña al usuario en las salidas, paseos, gestiones, excursiones, juegos y tiempo libre en general.
- ✚ Colaborar con el equipo de profesionales mediante la realización de tareas elementales que complementen los servicios especializados de aquellos, en orden a proporcionar la autonomía personal del residente y su inserción en la vida social.
- ✚ En todas las relaciones o actividades con el residente, procura complementar el trabajo asistencial, educativo y formativo que reciban de los profesionales respectivos.
- ✚ Actúa en coordinación y bajo la responsabilidad de los profesionales de los cuales dependan directamente.
- ✚ Guardará absoluto silencio sobre los procesos patológicos que sufran los residentes, así como asuntos referentes a su intimidad.
- ✚ En general, todas aquellas actividades que no habiéndose especificado antes le sean encomendadas, que estén incluidas en el ejercicio de su profesión y preparación técnica, y que tengan relación con lo señalado anteriormente.

Portero/a –Recepcionista (Titulación según Normativa vigente).

- ✚ Es el trabajador cuyas funciones consisten en la recogida y libramiento de correspondencia, orientación al público, atención de centralitas telefónicas ocasionalmente, vigilancia de los puntos de acceso y tareas de portería.
- ✚ Colabora excepcionalmente con el personal en aquellas tareas que, por su exceso de peso no pueda realizar este personal solo.
- ✚ Cumplimenta los partes de entrada y salida de los residentes cuando estas se produzcan por permisos o vacaciones.
- ✚ Archivará las peticiones de salida o retraso en la llegada de los residentes, según se contempla en el reglamento de régimen interior de la residencia.
- ✚ Ayuda a aquellos residentes que lo necesiten en el traslado del equipaje hasta y desde las habitaciones, ejerciendo un obligado y discreto control de los paquetes que traigan al centro las personas que tengan acceso, igualmente el control de entradas y salidas del personal.
- ✚ Mantiene el régimen establecido por la dirección para el acceso de residentes y visitantes a las diferentes dependencias de la institución.
- ✚ Se hace cargo de los partes de avería y les da traslado al servicio de mantenimiento.
- ✚ Tiene a su cargo el traslado de los residentes, tanto dentro de la institución, como en los servicios de ambulancias, autobuses etc.
- ✚ Será el encargado de la seguridad del centro.

Lavandería (Titulación según Normativa vigente): Realiza su trabajo a las órdenes inmediatas de la gobernanta o de la dirección. Habrá de desarrollar las siguientes funciones:

- ✚ Realizar las funciones propias de lavandería, lencería, uso y atención de la maquinaria, tener cuidado de la ropa de los residentes y del centro, y dar la mejor utilización a los materiales.
- ✚ Realizar las tareas propias de limpieza de las habitaciones y zonas comunes (camas, cambios de ropa, baños, ventanales y balcones, mobiliario etc.) procurando ocasionar tan pocas molestias como pueda a los residentes.
- ✚ Comunicar a su jefe inmediato las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de su tarea (averías, deterioros, desorden manifiesto, alimentos en malas condiciones, etc.).

Limpieza (Titulación según Normativa vigente)

- ✚ Realizar las tareas propias de comedor-office, poniendo un cuidado especial en el uso de los materiales encomendados.
- ✚ Realizar las tareas propias de limpieza de las habitaciones y zonas comunes (camas, cambios de ropa, baños, ventanales y balcones, mobiliario etc.) procurando ocasionar tan pocas molestias como pueda a los residentes.
- ✚ Comunicar a su jefe inmediato las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de su tarea (averías, deterioros, desorden manifiesto, alimentos en malas condiciones, etc.).

Como se puede observar en el organigrama anteriormente presentado, existe una serie de servicios compartidos por los pisos tutelados y la residencia asistida. Como ya se ha comentado esta es una de las ventajas del complejo residencial ya que permite amortizar en mayor manera los recursos al ser compartidos. **La evolución del número de trabajadores del centro se presenta a continuación:** Teniendo en cuenta que se estiman entre dos y tres años para la plena ocupación de la residencia y entre cuatro y cinco para los pisos tutelados el número de trabajadores se incrementará en función de las necesidades y de las previsiones. Esto afectará en mayor medida al número de gerocultores del centro ya es el personal que existe en mayor medida y cuya carga de trabajo depende más directamente del número de residentes. Se puede observar que el número de trabajadores directos respecto al total de residentes oscila entre el 40-50%, valor considerado óptimo para garantizar un buen servicio.

ESTUDIO DE VIABILIDAD ECONÓMICO FINANCIERO (2023)

Tabla 9.2 - Evolución número de trabajadores.

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4
DIRECTOR	1	1	1	1
MÉDICO	1	1	1	1
ENFERMERA	1	1	1	1
FISIOTERAPEUTA	1	1	1	1
GOBERNANTA	1	1	1	1
MANTENIMIENTO	1	1	1	1
ADMINISTRACIÓN	1	1	1	1
GEROCULTORES	15	25	29	29
COCINEROS	2	3	3	3
PORTERO/RECEPCIÓN	3	3	3	3
LAVANDERIA	1	2	2	2
LIMPIEZA	3	3	3	3

Personal Extra, (Titulación según Normativa vigente). Además de todos los servicios anteriormente mencionados, que se incluyen como servicios propios del centro tanto para los residentes en la residencia como en los pisos tutelados, se contemplan otros servicios extras cuyo precio, en algunos casos, se contempla a parte de la del precio por plaza tanto en la residencia como en los pisos. Se trata de servicios puntuales que responden a necesidades concretas de residentes y también a servicios que presta la residencia pero sin necesidad de ser personal fijo en el centro. Estos servicios se ofrecen como extras en la residencia y pueden acceder a todos ellos todos los residentes que lo deseen teniendo en cuenta que se trata de un servicio extra:

- ✚ Masajista.
- ✚ Podólogo.
- ✚ Peluquería y pedicura.

Los servicios que se muestran a continuación, son servicios que ofrece la residencia sin sobrecargo alguno pero que debido al tipo de actividad no corresponden a personal fijo en el centro:

Terapeuta ocupacional.

- ✚ Participar en el plan general de actividades del centro.
- ✚ Realizar actividades auxiliares de psicomotricidad, lenguaje, dinámicas y rehabilitación personal y social a los residentes.
- ✚ Colaborar en el seguimiento o la evolución del proceso recuperador o asistencial de los residentes del centro.
- ✚ Participar en las áreas de ocio y tiempos libres del usuario del centro.
- ✚ Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información de los usuarios a las instituciones.

Técnico en actividades socioculturales.

- ✚ Técnicos en actividades socioculturales que han de realizar su actividad en el ámbito educativo, interviniendo en actividades culturales, sociales, educativas y recreativas.
- ✚ Conocer, proponer y hacer operativos los procesos de intervención cultural en sus vertientes de gestión educativa.
- ✚ Establecer relaciones entre los ámbitos cultural y educativo con los procesos sociales y económicos.
- ✚ Acceder a las fuentes de información y procedimientos para obtener recursos necesarios y poner en marcha procesos culturales.
- ✚ Coordinación con profesionales de diversa cualificación a la hora de diseñar e implementar estrategias de intervención cultural.
- ✚ Ejecución y elaboración de presupuestos de proyectos y programas varios, así como la realización de los informes y evaluaciones pertinentes.
- ✚ Realización de programas y proyectos específicos.
- ✚ Fomentar el desarrollo integral de los usuarios mediante la acción lúdico-educativa.
- ✚ Desarrollar y ejecutar las diversas técnicas de animación, individuales y/o grupales, que impliquen a los usuarios en la ocupación de su tiempo libre y promover así su integración y desarrollo grupal.
- ✚ Motivar a los residentes sobre la importancia de su participación para conseguir su integración y relación positiva con el entorno.
- ✚ Responsabilidad ante cualquier incidencia que surja, en cualquier tipo de labor propia.

-  Reuniones periódicas con el resto del equipo así como con los responsables del centro.
-  Participar en el plan general de actividades y presupuestos de animación sociocultural del centro.

PERSONAL DE ATENCIÓN NOCTURNA, (Titulación según Normativa vigente). El Decreto 176/2.000 introdujo una exigencia nueva relativa al personal que debe haber presente durante el horario nocturno. La norma lo establece así:

Tabla 9.3 – Personal nocturno, según normativa vigente 2022.

Hasta 35 residentes	3 presente + 1 localizable.
de 35 a 80 residentes	5 presentes.
de 81 a 110 residentes	10 presentes + 1 localizable.
de 111 a 150 residentes	15 presentes.
1.500 residentes	80 presentes + 1 por cada fracción de 30 residentes

El tipo de personal nocturno presente en el centro serán dos gerocultores y un portero. La figura del portero en horario nocturno corresponde básicamente a los pisos tutelados puesto que éstos no tienen un horario de salida o acceso limitado.

20. CONCLUSIONES

Mediante este Plan de Empresa se ha pretendido establecer cuáles serían todos los pasos a seguir para la realización de un complejo residencial. La solución dada cumple con los objetivos de inversión rentable desde el punto de vista de los inversores y de un producto atractivo desde el punto de vista de los clientes.

Desde el punto de vista de los inversores se ha constatado que se trata de una inversión rentable a corto y largo plazo puesto que como se ha podido observar a lo largo del Plan de Empresa el sector asistencial es uno de los sectores con un potencial de crecimiento más importante para los próximos años. Por otro lado, y dentro del sector inmobiliario se presenta un tipo de inversión innovador frente a la inversión tradicional en viviendas.

En cuanto al producto y servicios presentados se ha intentado ofrecer unos servicios e instalaciones adaptados a las necesidades de los futuros clientes. Con la unión de residencia asistida y pisos tutelados se pretende ofrecer un servicio más completo y que suponga un punto diferenciador respecto a otras residencias. Sin embargo, no hay que descartar la adopción de nuevos servicios y/o modificaciones en las instalaciones que supongan una mejora en la calidad de vida de los residentes, es por ello que se considera que las pautas establecidas en el Plan de Empresa deben estar sometidas a constante revisión en función de las futuras necesidades de los clientes y como respuesta a una búsqueda continua de mejora del producto y de diferenciación respecto a la competencia.

Como opciones a medio plazo, la posibilidad de integrar los servicios de centro de día y/o teleasistencia son ampliaciones que deberían ser estudiadas para de este modo ofrecer un producto/servicio aún más completo y que permitiese cubrir un público objetivo aún más amplio.

Este Plan de Empresa se pretende sea también una guía para la posible creación de otros centros residenciales de similares características en otras zonas del territorio nacional. Como se ha podido observar a lo largo del plan de negocios existe un elevado déficit de plazas residenciales en todo el territorio si bien la distribución de plazas es muy irregular, existiendo zonas con una elevada carencia de plazas.

21. BIBLIOGRAFÍA.

BIBLIOGRAFÍA. A continuación se citan las fuentes consultadas durante la elaboración del proyecto:

- ✚ Instituto Nacional de Estadística. (2021). Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2011-2021. Notas de prensa.
- ✚ Instituto Nacional de Estadística. (2021). Proyecciones de Población 2021.
- ✚ Instituto Nacional de Estadística. (2021). Censos de Población y Viviendas 2021.

INVESTIGACIONES ECONÓMICAS

- ✚ Real Decreto 1416/1989, de 17 de Noviembre, por el que se aprueba el Arancel de los Notarios.
- ✚ Real Decreto 1427/1989, de 17 de noviembre, por el que se aprueba el Arancel de los Registradores de la Propiedad.
- ✚ Real Decreto 1020/1993, de 25 de junio, por el que se aprueban las Normas Técnicas de Valoración y el Cuadro Marco de Valores del Suelo y de las construcciones para determinar el valor catastral de los bienes inmuebles de naturaleza urbana.
- ✚ Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios Ley 37/1992, de 28 de diciembre.
- ✚ Real Decreto-Ley 1/2012, de 5 de enero, del Consell, de medidas urgentes para la reducción del déficit en la Comunitat Valenciana.
- ✚ Real Decreto Legislativo 1175/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueban las tarifas y la instrucción del impuesto sobre actividades económicas.
- ✚ Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales (Vigente hasta el 22 de Julio de 2014).
- ✚ Real Decreto Legislativo 4/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Impuesto sobre Sociedades (Vigente hasta el 31 de Diciembre de 2013).
- ✚ Ley 39/1988, de 28 de diciembre, reguladora de las Haciendas Locales.
- ✚ Ley 38/1999, de 5 de noviembre, de Ordenación de la Edificación.
- ✚ Plan general de ordenación urbana de Gandia.
- ✚ ORDEN de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores.
- ✚ ORDEN 8/2012, de 20 de febrero, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores.

MODELOS DE APARTAMENTOS DE 100 m², 130 m²

MODELOS DE HABITACIONES MEDICALIZADAS DE 85 m²

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) N°1 El ingreso principal se encuentra en la parte superior derecha, hay una pequeña sala con salida a un balcón, dos dormitorios con un cuarto de baño.



(100 m²) N° 2 El ingreso principal se encuentra en la parte superior derecha, hay una pequeña sala con salida a un balcón, dos dormitorios con un cuarto de baño.



(100 m²) N° 3 El ingreso principal del apartamento se encuentra en la parte central inferior, al frente se ubica el kitchenet, se ha diseñado los dos dormitorios con pequeños walking closets y uno tiene cuarto de baño con tina.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) N°4 Pequeño y funcional Apartamento de dos dormitorios, al centro encontramos el área social conformada por la sala (con acceso a terraza) y la pequeña cocina.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) N° 5 Diseño de Apartamento largo, se han distribuido los ambiente de manera muy definida, el área social al lado derecho y la íntima al izquierdo.



(130 m²) Nº6 Diseño de Apartamento cuadrado, el ingreso principal lo encontramos al lado izquierdo que nos lleva directamente al comedor y al kitchenet que cuenta con una isla de cocina, la sala tiene acceso a un pequeño balcón.



(100 m²) N°7 Este diseño de apartamento es interesante también por el trabajo que se ha hecho a los pisos permitiendo delimitar áreas virtualmente.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(130 m²) N°8 Si deseas que la cocina sea cerrada, este plano de apartamento es el indicado para ti, la zona social se encuentra al centro con la sala y un comedor para seis sillas.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) N°9 Diseño de plano de apartamento de forma cuadrada, en la parte izquierda vemos la sala y la cocina, al lado derecho los dormitorios, una zonificación sencilla y funcional.



(100 m²) Nº10 Diseño de moderno apartamento donde la sala y el dormitorio principal tienen acceso directo a la terraza.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) N° 11 Diseño de apartamento estilo juvenil con pequeña sala más kitchenet con barra.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) Nº 12 Diseño de apartamento estilo juvenil con pequeña sala más kitchenet con barra.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(130 m²) N° 13 Plano de apartamento cuadrado con ingreso principal al costado izquierdo donde se ubica la zona social, a la derecha los dormitorios uno con cuarto de baño completo.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) N° 14 Moderno departamento pequeño, el ingreso principal está en la parte superior derecha cuenta con balcón y una cocina con barra. Si quieres un dormitorio que tenga un closet más amplio para el dormitorio y un acceso directo a la terraza, la siguiente distribución te puede servir:



(150 m²) N° 15 Hermoso departamento de un dormitorio que tiene acceso a una pequeña terraza, tiene además un walking closet. Si estás pensando en acabados de interiores de lujo, puedes darle un vistazo al siguiente plano y obtendrás una idea para decorar el tuyo, también tiene una interesante distribución cuando tienes una sólo espacio y no deseas colocarle paredes.



(150 m²) Nº 16 Mini departamento lujoso, el ingreso principal esta en la parte central inferior, en un sólo espacio se ha separado el kitchenet, la sala y el dormitorio. Este pequeño departamento tiene como peculiaridad que se pueden separar los dos dormitorios, uno puede tener acceso a todos los servicios (cocina incluida), el segundo dormitorio solo al baño, una distribución ideal para alquilar apartamentos para varias necesidades.



(100 m²) Nº 17 Departamento con amplia terraza, tiene dos dormitorios (separados con puerta) y kitchenet.

Ahora vamos a ver una buena distribución de los ambientes donde no hay cruces de funciones y se puede acceder al baño tanto desde el dormitorio como desde la zona social con la colocación de dos puertas.



(100 m²) N° 18 El ingreso es directo a través de la sala, la cocina tiene una pequeña barra y junto al comedor, el dormitorio tiene walking closet que lo podemos ver en la parte superior central. La cocina es quizá la parte más importante de una casa, en el siguiente departamento se ha dado una buena dimensión, además tienen un amplio dormitorio con walking closet.



(100 m²) N° 19 Amplia barra en la cocina, sala tiene acceso directo a la terraza, el cuarto de baño tiene dos puertas de acceso una desde el dormitorio principal y la otra desde el pasadizo de Un departamento con dos dormitorios y amplia cocina, si bien solo se ha diseñado un solo cuarto de baño tanto para el área social como la íntima, éste guarda las proporciones correctas para su funcionamiento.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(130 m²) N° 20 Apartamento de dos dormitorios, un cuarto de baño con tina que sirve a tanto a las áreas social como a la privada, dormitorio principal tiene acceso directo al baño



(150 m²) Nº 21 El siguiente ejemplo es el típico caso de distribución de ambientes correctamente organizados, a pesar que vemos una visual directa del ingreso principal al dormitorio secundario.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(130 m²) Nº 22 La cocina comedor se encuentra dentro de un ambiente definido claramente, adyacente está la sala que tiene un acceso directo a la terraza.

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) Nº 23 Una posible solución de distribución del departamento cuando tenemos un espacio cuadrado abierto (sin paredes).
Un pequeño apartamento cuadrado:

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(130 m²) Nº 24 En este plano de departamento cuadrado podemos ver claramente definidos los ambientes, el único dormitorio tiene walking closet que lo podemos ver en la parte central inferior del plano. Otro ejemplo diseño en un espacio con poco ancho.



(100 m²) Nº 25 Solución de distribución cuando tenemos un terreno o un espacio alargado pero con poco anchura, en este caso el kitchenet queda al centro. Cuando se quiere dividir en dos zonas la casa de manera clara, éste es uno de los mejores ejemplos, desde el acceso principal (esta al centro) a la izquierda tenemos la zona social y a la derecha la zona íntima con los dos dormitorios.



(130 m²) Nº 26 Departamento de dos dormitorios, cuarto principal con baño propio y walking closet, la zona social dispone de un ingreso a la terraza, el acceso principal se encuentra al centro de la casa. Diseño de un pequeño dúplex, podemos colocar la habitación (s) en el segundo nivel cuando el espacio que tenemos para el diseño es muy pequeño:



(130 m²) Nº 28 En este plano de dúplex tenemos en el primer piso una pequeña cocina y sala comedor, al segundo piso tenemos un dormitorio y una terraza. Una distribución de planos sin complicaciones, una buena solución para el cuarto de baño que se le agregó una puerta adicional a través del dormitorio:

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(130 m²) N° 29 En este pequeño departamento podemos ver como el acceso principal es directo por la sala comedor, frente a ellos se encuentra el dormitorio que tiene acceso al único baño a través de una segunda puerta. Una distribución de los ambientes sencilla pero elegante cuando dispones de un terreno o espacio irregular:

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(100 m²) Nº 30 Una solución de distribución de departamento en espacios alargados.



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía. las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².

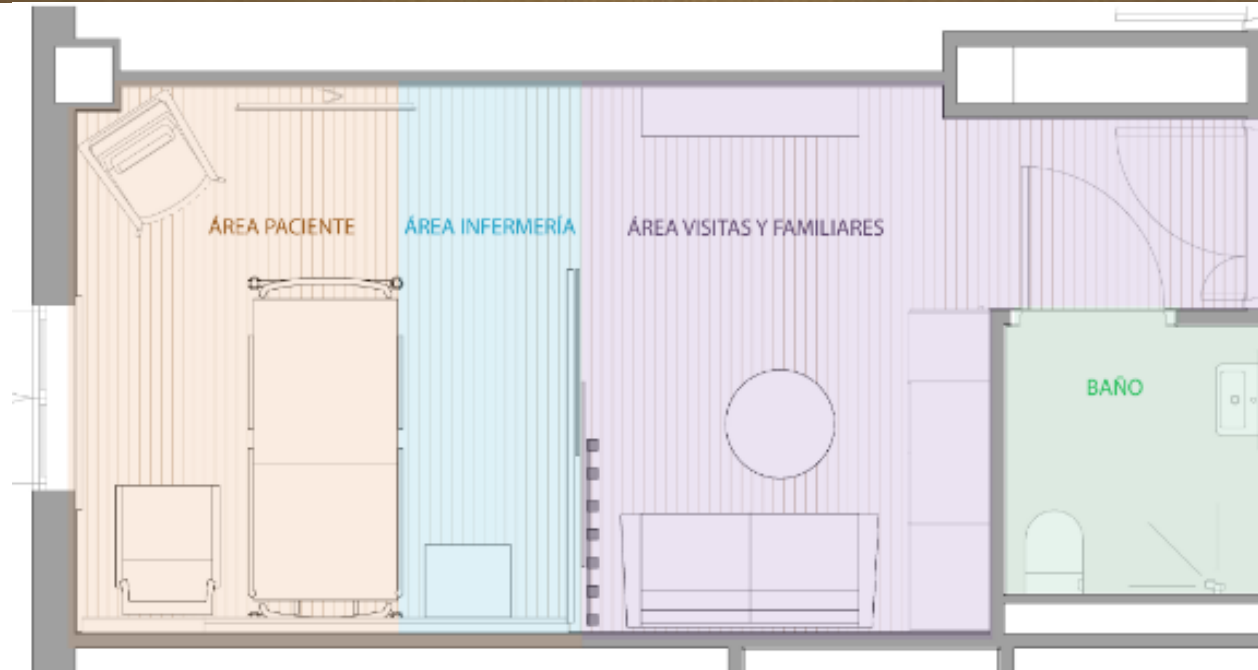
COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía. las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².

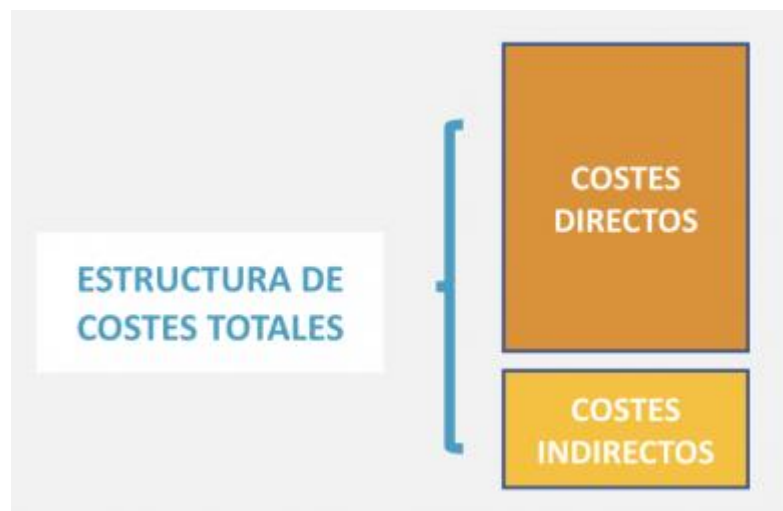


(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².



(85 m²) Habitación individual Medicalizadas, personas de nula autonomía, las habitaciones disponen de un cuarto de baño adaptado individual de 22 m², pequeña sala de acompañantes de 6 m² y un balcón de 6 m².

COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO-SANITARIO (PILES)
MODELOS DE APARTAMENTOS Y HABITACIONES INDIVIDUALES MEDICALIZADAS (2023)



COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO DE COSTES
(1.500 Residentes y 200 Usuarios del Centro de Día)

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA

01/01/2023

ÍNDICE

0	ÍNDICE DE TABLAS.	1
1	INTRODUCCIÓN.	3
2	REVISIÓN DE LA SITUACIÓN DEL SECTOR RESIDENCIAL EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.	4
3	METODOLOGÍA.	9
	3.1 RECURSOS.	9
	3.2 MÉTODO: DISEÑO ESTUDIO Y DETALLE DE LAS FASES.	10
4	RESULTADOS GENERALES DEL CUESTIONARIO.	11
	4.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS LARES COMUNIDAD VALENCIANA.	11
	4.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS.	12
	4.3 CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE LAS RESIDENCIAS LARES C. V.	14
5	RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE COSTES.	15
	5.1 METODOLOGÍA.	20
	5.2 CÁLCULO DEL COSTE POR SECCIONES.	25
	5.2.1 Atención Directa.	25
	5.2.2 Cocina.	27
	5.2.3 Limpieza y Lavandería.	27
	5.2.4 Mantenimiento y Jardinería.	28
	5.2.5 Dirección y Administración.	28
	5.2.6 Costes Generales	29
	5.2.7 Coste Total por secciones.	30
	5.3 CÁLCULO DEL COSTE POR CRITERIOS CONTABLES.	32
	5.4 COMPARACIÓN CON LOS COSTES DE 2020.	34
	5.5 COSTES NO COMPUTADOS.	38
6	CONCLUSIONES.	39
7	ANÁLISIS DE LOS COSTES DE LOS CENTROS DE DÍA.	41
8	BIBLIOGRAFÍA.	45
9	ESTUDIOS, INFORMES Y ARTÍCULOS.	45
10	NORMATIVA.	47
12	LEY DE DEPENDENCIA PARA CENTROS RESIDENCIALES SOCIO SANITARIOS GERIÁTRICOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.	52

0 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Información sobre 24 centros residenciales en la Comunidad Valenciana 2021	6
Tabla 2: Evolución de la atención en residencias y Prestación Vinculada al Servicio en Comunidad Valenciana Diciembre 2020 Noviembre 2021	7
Tabla 3: Detalle fases del estudio	10
Tabla 4: Titularidad de los centros	11
Tabla 5: Localización de los centros.....	12
Tabla 6: Tamaño de los centros.....	12
Tabla 7: Antigüedad y superficie de los centros	12
Tabla 8: Objetivos en materia de cualificación	16
Tabla 9: Ratios medios y máximos exigidos por la C.V. excluidos valores extremos, 2008.....	16
Tabla 10: Ratios globales medios existentes en las C.V. en 2008 y ratios exigibles en 2011.....	16
Tabla 11: Ratios específicos para la categoría de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar.....	17
Tabla 12: Requerimientos mínimos de la plantilla de personal	19
Tabla 13: Plantilla media de atención directa en residencias de la C.V. 2011	20
Tabla 14: Plantilla media de atención directa en residencias de la C.V. 2013	20
Tabla 15: Plantilla media de atención directa en residencias de la C.V. 2015	20
Tabla 16: Plantilla media de atención directa en residencias de la C.V. 2021	21
Tabla 17: Plantilla media de servicios generales en residencias de la C.V. 2011	22
Tabla 18: Plantilla media de servicios generales en residencias de la C.V. 2013	22
Tabla 19: Plantilla media de servicios generales en residencias de la C.V. 2015	23
Tabla 20: Plantilla media de servicios generales en residencias de la C.V. 2021	23
Tabla 21: Costes de Atención Directa	27
Tabla 22: Costes de Cocina	28
Tabla 23: Costes de Limpieza y Lavandería.....	29
Tabla 24: Costes de Mantenimiento y Jardinería.....	30
Tabla 25: Costes de Dirección y Administración	30
Tabla 26: Costes Generales	32
Tabla 27: Coste Total de las Residencias por Secciones	32
Tabla 28: Coste Total de las Residencias por Criterios Contables.....	33
Tabla 29: Comparación de Costes por Secciones (2021-2019)	36
Tabla 30: Comparación de Costes por Criterios Contables (2021-2019)	37
Tabla 31: Coste por secciones de los Centros de Día de la C.V. 2021.....	42
Tabla 32: Resumen del coste por secciones de los Centros de Día 2021	43
Tabla 33: Detalle del coste en transporte de los Centros de Día de la C.V. 2020	43
Tabla 34: Resumen del coste por secciones de los Centros de Día incluyendo el coste en transporte. 2021	44

1 INTRODUCCIÓN

En el año 2016 en los Complejos Residenciales Socio Sanitarios de la Comunidad Valenciana, se encargó al Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valencia la realización de un estudio con el objetivo de conocer más a fondo la situación financiera. Los resultados de ese estudio permitieron a los Complejos Residenciales Socio Sanitarios Geriátricos de la Comunidad Valenciana contar con información relevante sobre los costes medios de sus centros, así como información individual para cada uno de los centros participantes. Con ello pudieron reflexionar sobre su situación interna y también compararse a nivel financiero con el resto de grupos empresariales que ofertan cuidados de carácter residencial en la Comunidad Valenciana y defender su posición en las negociaciones con las Administraciones Públicas correspondientes.

Como consecuencia de la crisis económica todo el sector de cuidados de la dependencia y en especial el sector de las residencias de mayores está atravesando unos años difíciles. Esto motivó que los Complejos Residenciales Socio Sanitarios Geriátricos de la Comunidad Valenciana quisieran hacer un seguimiento de los costes a lo largo del tiempo, solicitando un nuevo estudio de su situación global y financiera a la Universidad de Valencia en 2017. Este segundo informe fue útil para conocer lo que había sucedido en los últimos años en la gestión de sus centros, y sirvió para revisar sus estrategias y mejorar su sostenibilidad, funcionamiento y calidad de la atención.

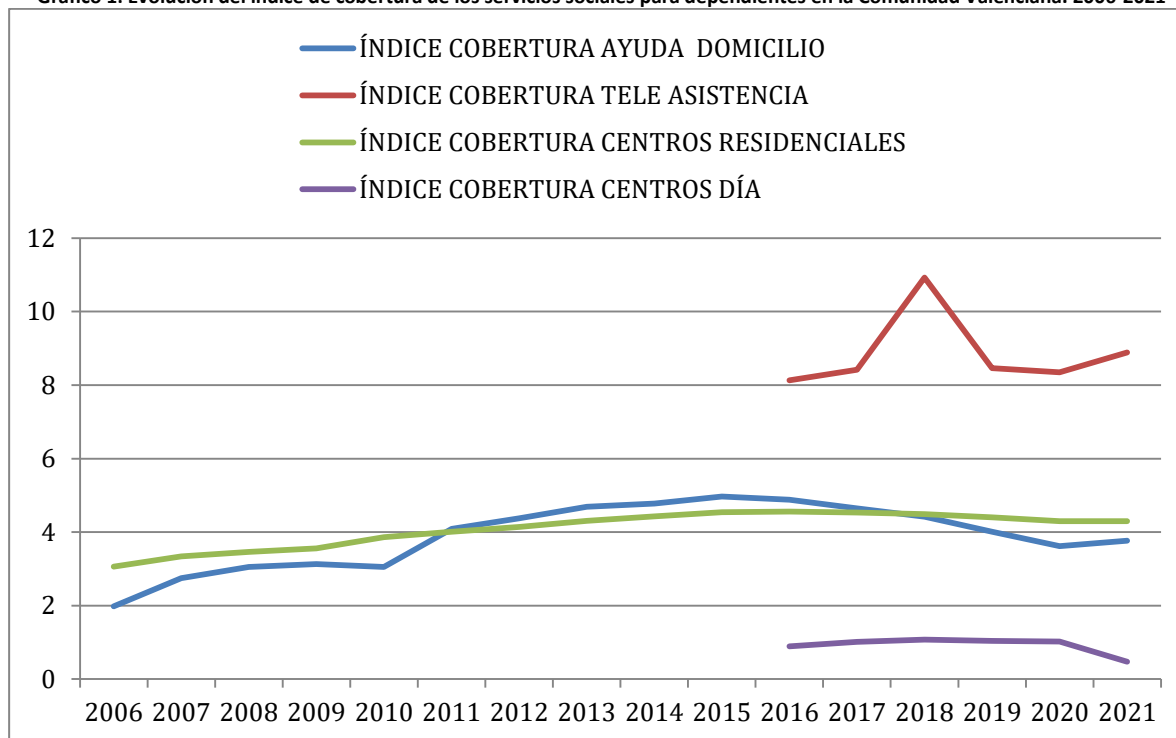
En el año 2019 se realizó un tercer informe que pretendía incluir como novedad la recopilación de información relativa a los centros de día de los Complejos Residenciales Socio Sanitarios de la Comunidad Valenciana. Esta información se publicó finalmente en el informe debido a la importancia del estudio.

El presente informe supone, por tanto, el cuarto estudio de costes de los Complejos Residenciales Socio Sanitarios de la Comunidad Valenciana. La información referente a los centros de día se publicará en el informe de este año, ya que ha aumentado el número de usuarios en la Comunidad Valenciana. Este nuevo informe, que analiza los costes del año 2021, sigue en la línea de los anteriores, proporcionando información sobre los costes medios y por residente de los centros.

2 REVISIÓN DE LA SITUACIÓN DEL SECTOR RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Una vez el sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) se ha implantado al completo en la práctica, es una buena ocasión para efectuar una revisión de la evolución de los servicios sociales para personas mayores y dependientes en la Comunidad Valenciana. El primer paso en esta revisión nos lleva a averiguar en qué posición se encuentran los servicios residenciales frente al resto de servicios (ayuda domicilio, tele asistencia y centros de día) en términos de índices de cobertura. Tal como se observa en el Gráfico 1, a nivel nacional en esta última década los servicios residenciales se mantienen entre el 4-5% de cobertura, y su trayectoria discurre paralela a la de la ayuda domicilio, siendo todavía ambos servicios básicos del sistema. Despunta en los últimos 5 años la cobertura de tele asistencia, mientras que los centros de día siguen estando en índices muy bajos para el grado necesidad de cuidado de la población española.

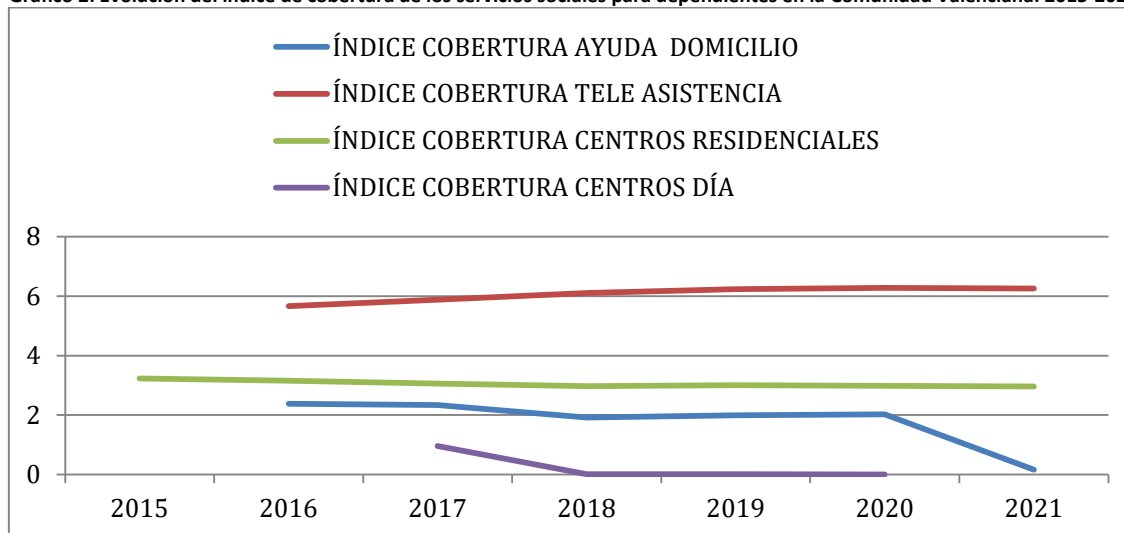
Gráfico 1: Evolución del índice de cobertura de los servicios sociales para dependientes en la Comunidad Valenciana. 2006-2021



Fuente: CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS (2021)

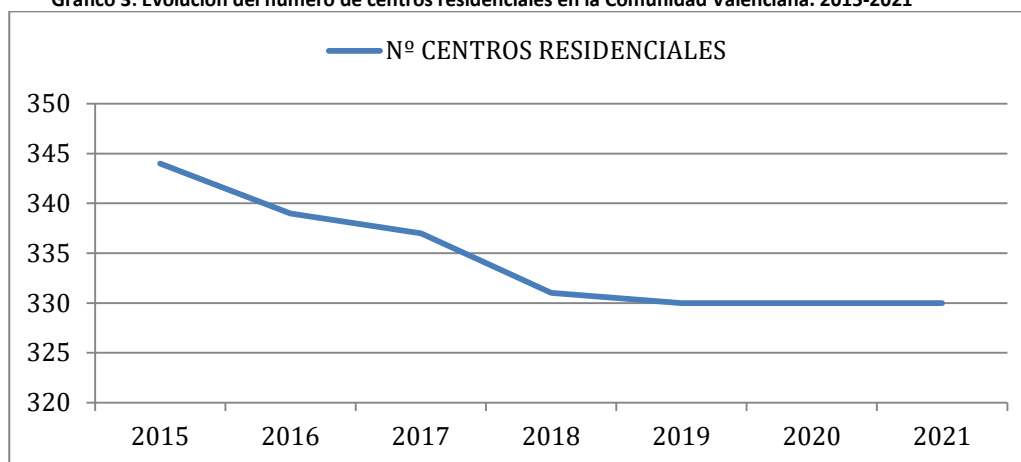
En el Gráfico 2, referente a la Comunidad Valenciana, se observa muy poca variación en estos últimos años en el índice de cobertura de atención residencial, ya que se mueve alrededor del 3%. A diferencia del conjunto de España, los cuidados residenciales en Valencia se mantienen como el servicio más dominante y su evolución es estable, a pesar de la crisis. La ayuda a domicilio sigue mostrando índices muy bajos, y apenas es perceptible la presencia de los centros de día, que no logran levantarse en la Comunidad Valenciana (al final de este estudio se comprenderá la razón: **los costes de los centros de día son comparativamente muy elevados y cercanos a los de las residencias**). Por el contrario, la tele asistencia sigue su evolución positiva, igual que en el resto de España. En cualquier caso, estos resultados indican que la diversificación de servicios sociales para dependientes en la C. Valenciana sigue estando a niveles bajos.

Gráfico 2: Evolución del índice de cobertura de los servicios sociales para dependientes en la Comunidad Valenciana. 2015-2021.



Fuente: CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS (2021)

Gráfico 3: Evolución del número de centros residenciales en la Comunidad Valenciana. 2015-2021



Fuente: CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS (2021)

Si enfocamos el análisis solo en el servicio de las residencias, con los datos que aporta po la CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS, para esta última década comprobamos que el número de centros descendió con la crisis y desde 2015 se mantiene en una cifra estable de 330 centros (ver Gráfico 3). Respecto a la titularidad de esos centros, los últimos datos disponibles para 2021 informan del predominio de las residencias de titularidad privada (79%) frente a las de titularidad pública (21%). Desafortunadamente no contamos con la información de cuántas de esas residencias privadas suscriben contratos públicos con la Conselleria. También se aprecia que la oferta privada de centros sigue siendo mayor en la Comunidad Valenciana que en la media de España (ver Tabla 1).

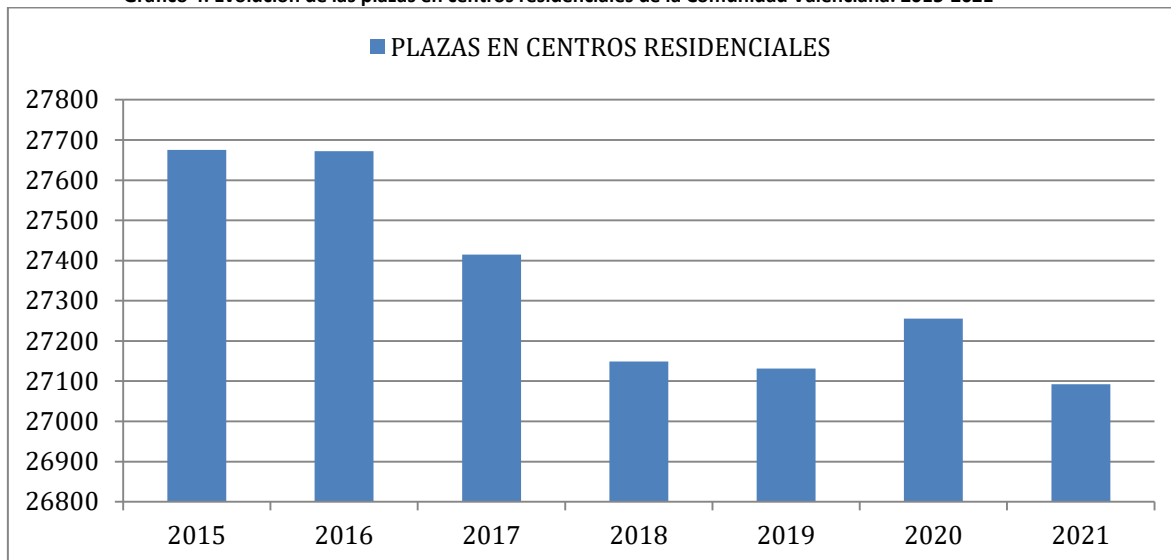
Tabla 1: Información sobre los centros residenciales en la Comunidad Valenciana. 2021

Ámbitos Territoriales	Titularidad Pública		Titularidad Privada		Total Centros Residenciales	Plazas
	Nº	% Tit pub/total	Nº	% Tit priv/total	Nº	Nº
Comunidad Valenciana	68	20,61 %	262	79,39 %	330	27.092
España	1.314	24,39 %	4.073	75,61 %	5.387	372.306

Fuente: CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS (2021)

En cuanto a la oferta de plazas residenciales se observa que desde la crisis se están perdiendo plazas, alrededor de unas 500 en los últimos 5 años (ver Gráfico 4).

Gráfico 4: Evolución de las plazas en centros residenciales de la Comunidad Valenciana. 2015-2021



Fuente: CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS (2021)

Según informa la CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS a través de las estadísticas del SAAD, y también el Observatorio de la Dependencia (año 2021) sobre la distribución de los servicios y prestaciones en el Sistema de Dependencia en el último año, la Comunidad Valenciana destaca por ser la tercera Comunidad Autónoma con más peso en atención residencial después de Cantabria y Castilla-La Mancha. Esto es, que la atención residencial ocupa entre el 17-18% sobre el total de servicios y prestaciones ofertados en 2021(ver Tabla 2). Otro hecho a resaltar es que desde que se regula la nueva prestación vinculada garantizada por parte de la Generalitat Valenciana se observa un cambio en la evolución de la atención en residencias y en la prestación vinculada en los Centros residenciales Socio sanitarios. Los datos de la CONSELLERIA, muestran el descenso de los beneficiarios de la atención residencial frente al incremento de los beneficiarios de la prestación vinculada al servicio (dato correspondiente a varios servicios y no exclusivamente a las aplicadas en residencias).

Tabla 2: Evolución de la atención en residencias y Prestación Vinculada al Servicio en Comunidad Valenciana. Diciembre 2020-agosto 2021.

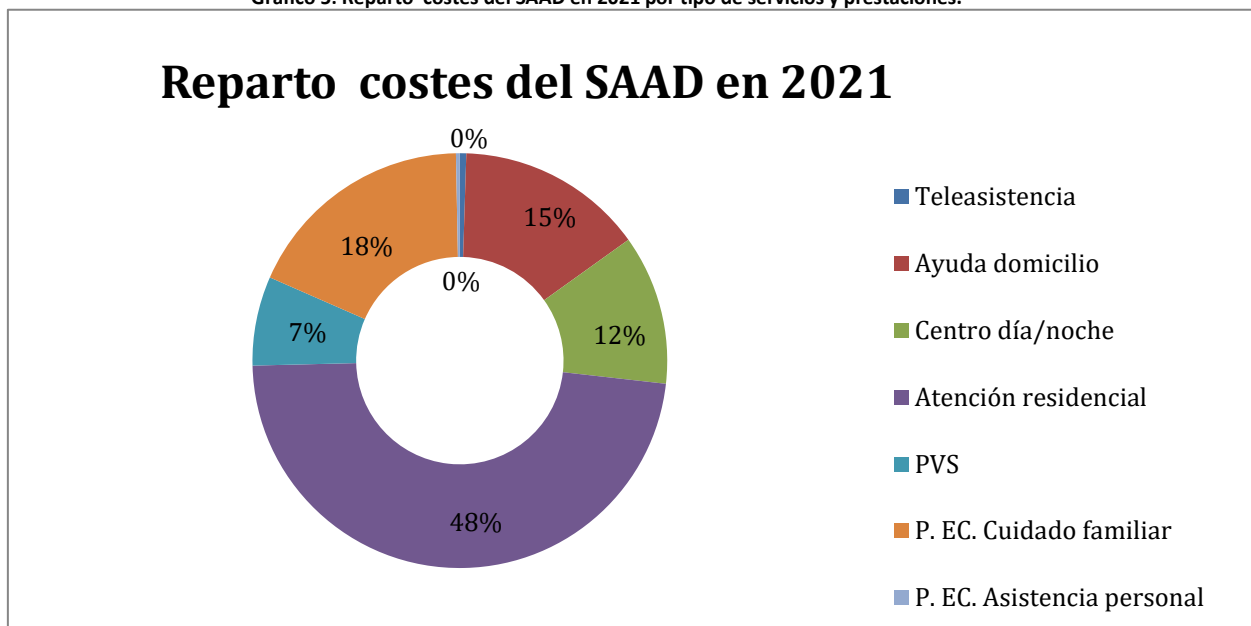
Total Comunidad Valenciana				
Fecha	Atención residencial		Prestación vinculada servicio	
	Nº	%	Nº	%
31 diciembre 2020	10.507	18,88 %	6.070	10,71 %
31 enero 2021	10.352	18,53 %	6.170	11,04 %
28 febrero 2021	10.347	18,38 %	6.138	10,90 %
31 marzo 2021	10.317	18,22 %	6.278	11,09 %
30 abril 2021	10.411	18,11 %	6.615	11,51 %
31 mayo 2021	10.375	17,79 %	6.812	11,68 %
30 junio 2021	10.283	17,29 %	7.074	11,89 %
31 julio 2021	10.293	16,78 %	8.778	14,31 %
31 agosto 2021	10.365	16,80 %	9.060	14,68 %

Fuente: CONSELLERIA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS INCLUSIVAS (2021)

Dado que las necesidades de la población han ido en aumento y sin embargo la crisis ha conducido a que las dotaciones económicas del sistema de dependencia se redujeran en el último año, el Gobierno español ha decidido revisar el funcionamiento del Sistema de Dependencia y también la forma de financiarlo. De este modo, el Consejo de Ministros creó a principios de 2021 una Comisión para evaluar la evolución del sistema y revisar sus costes. Ese informe ha sido publicado recientemente (Comisión para el análisis de la situación del sistema de dependencia, 2021) y muestra que la situación financiera del SAAD es difícil, y que las aportaciones mínimas del Estado necesitan aumentarse para poder reducir la amplia lista de espera de solicitantes con derechos reconocidos a ser atendidos y equiparar las aportaciones al SAAD de las diversas instituciones públicas.

En estos cálculos resaltan algunos datos: el coste del Sistema de Dependencia para el 2022 ascenderá a 7.986 millones de euros. De esta cantidad el reparto del coste por tipos de servicios y prestaciones que se ofrecen es el que se muestra en el Gráfico 5:

Gráfico 5: Reparto costes del SAAD en 2021 por tipo de servicios y prestaciones.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Comisión para el análisis de la situación del sistema de Dependencia (2021)

3 METODOLOGÍA

3.1 Recursos

En este estudio, como en anteriores, se parte de la idea de obtener una información directa de los centros y no realizar ninguna modelización teórica en base a un conjunto de variables para determinar los costes de los centros Residenciales Socio Sanitarios de la Comunidad valenciana. **Por ese motivo se ha procedido a obtener cierta información a través de la actualización de las encuestas que se diseñaron en el año 2016.** Se decidió mantener el diseño de estas encuestas con objeto de facilitar la comparación de los resultados año tras año. No obstante, las encuestas iniciales se han revisado y mejorado en algunas de sus preguntas para facilitar las respuestas de los centros participantes. En los cuestionarios del 2021 se han añadido preguntas sobre ingresos y sobre especialización de servicios suministrados por los centros, apartados que no existían en los informes de los años anteriores.

Este estudio sigue realizando un análisis de los costes y de la financiación de estos centros basado en datos reales de las residencias. Unos datos a extraer de la contabilidad y de la documentación interna que elaboran de los centros. **En aras a aproximarnos a esta información sobre las residencias se elaboró un conjunto de cuestiones relacionadas directamente con algunos elementos fundamentales de los centros y también sobre sus costes. Finalmente, se procedió a enviar los siguientes documentos a los centros:**

- 1) Cuestionario general de evaluación de costes.
- 2) Archivo de nóminas en el que se pedía únicamente información sobre los costes laborales del 2021.

Antes de enviar los cuestionarios definitivos se consultó a los 24 Centros encuestados para adaptar o modificar el antiguo cuestionario, en caso de necesidad. En cuanto se mejoraron ciertos aspectos, se enviaron definitivamente a través de la red de Internet, a los 24 centros que participan en la encuesta para que en un plazo de unas semanas retornasen los cuestionarios completados. **Los encargados de rellenar estos cuestionarios fueron los gerentes y directores de los centros, pues era necesario manejar los datos contables y financieros de los centros. Los Centros Residenciales Socio Sanitarios de la Comunidad Valenciana cuentan en total con 48 centros en 2021 diseminados a lo largo de la Comunidad Valenciana con similares características de nuestro Complejo Residencial Socio Sanitario Geriátrico.** De ellos, contestaron al cuestionario general y de nóminas 24 centros. Por lo tanto, los resultados que presentamos en este estudio están basados en una muestra de 24 centros residenciales, el 50% de los pertenecientes a la Comunidad Valenciana.

3.2 Método: Diseño estudio y detalle de las fases

La siguiente Tabla 3 resume las fases que se han efectuado a lo largo del desarrollo de este estudio.

Tabla 3: Detalle de las fases del estudio

1ª FASE:	De mayo a junio 2021	1) Revisión del cuestionario residencias anterior (2016) y confección del nuevo para 2021 (se añaden reuniones y entrevistas con directores centros para recabar sugerencias). 2) Confección del nuevo cuestionario para centros de día para el año 2021. 3) Revisión y envío ficheros Excel a los centros para recoger información sobre costes personal.
2ª FASE:	De 1 junio a 31 julio 2021	Entrega de cuestionarios por parte de los centros.
3ª FASE:	1 septiembre-30 octubre 2021	Revisión y procesamiento de la información recogida en los cuestionarios y construcción de un modelo de costes.
4ª FASE:	1 al 20 noviembre 2021	Obtención de los resultados, redacción y entrega definitiva del estudio.

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

4 RESULTADOS GENERALES DEL CUESTIONARIO

La encuesta realizada a los 24 centros de la Comunidad Valenciana ha proporcionado abundante información. Se trata de una encuesta exhaustiva, donde se solicitan datos físicos del centro (superficie, situación, número de plazas, etc.); de los trabajadores y voluntarios (número de horas de trabajo, salarios, etc.); de los usuarios (nivel de dependencia, financiación, sexo, edad, etc.); de los principales ingresos del centro (ayudas, precios, etc.); por último, se solicita información detallada sobre los gastos del centro. En el primer apartado reflejaremos la información proporcionada respecto al centro, en el segundo comentaremos los datos respecto a los usuarios, mientras que en el tercer apartado nos centraremos en el personal empleado.

4.1 Características de los centros Residenciales Socio Sanitarios de la Comunidad valenciana

De la información obtenida en 2021 se muestra que la mayor parte de los centros residenciales (65%) están situados en terrenos de su propiedad, siendo en algunos casos de propiedad pública (10%) o de otros propietarios (25%), que pueden ser particulares, congregaciones, entidades financieras, etc. Por lo que respecta a los edificios la propiedad es en la mayoría de los casos (70%) de los propios centros y en menor medida de propiedad pública (un 5%) o de otros propietarios (25%). Como cabía esperar, los datos son muy similares a los de las ediciones anteriores.

Tabla 4: Titularidad de los centros

En propiedad De propiedad pública Otros	Titularidad del terreno				Titularidad del edificio			
	Nº de centros	Porcentaje			Nº de centros	Porcentaje		
		2021	2016	2014		2021	2016	2014
	13	65%	70%	74%	14	70%	75%	82%
	2	10%	10%	17%	1	5%	5%	9%
	5	25%	20%	9%	5	25%	20%	9%

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

Respecto a su localización, la mayor parte de los centros se sitúan en poblaciones de tamaño medio (65%), seguido de ciudades grandes (un 20%). Sólo 3 centros de la muestra se sitúan en pequeños municipios. Desde 2014 se observa un cierto desplazamiento desde municipios con poblaciones pequeñas a poblaciones mayores.

Tabla 5: Localización de los centros

	Nº de centros	Porcentaje		
	40 Centros	2021	2016	2014
Población de menos de 10.000 habitantes	3	15%	15%	22%
Población entre 10.000 y 100.000 habitantes	13	65%	65%	65%
Población de más de 100.000 habitantes	4	20%	20%	13%
En el casco urbano	15	75%	75%	78%
Fuera del casco urbano	5	25%	25%	22%

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

Los centros recogidos en la muestra son de pequeño tamaño (el 80% de los centros tiene 75 o menos usuarios). El total de los 24 centros de la muestra ofrecen 3.217 plazas residenciales, y tienen un tamaño medio-alto de 130 residentes de media por centro. Sin embargo, en los últimos años se observa cierta tendencia a aumentar su tamaño.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Tabla 6: Tamaño de los centros

	Nº de centros	Porcentaje		
	30 Centros	2021	2016	2014
Hasta 25 usuarios	1	5%	5%	4%
Entre 26 y 50 usuarios	7	35%	35%	39%
Entre 51 y 75 usuarios	6	30%	35%	22%
Entre 76 y 100 usuarios	4	20%	15%	22%
Más de 100 usuarios	2	10%	10%	13%

Fuente: IMSERSO, Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

Tabla 7: Antigüedad y superficie de los centros

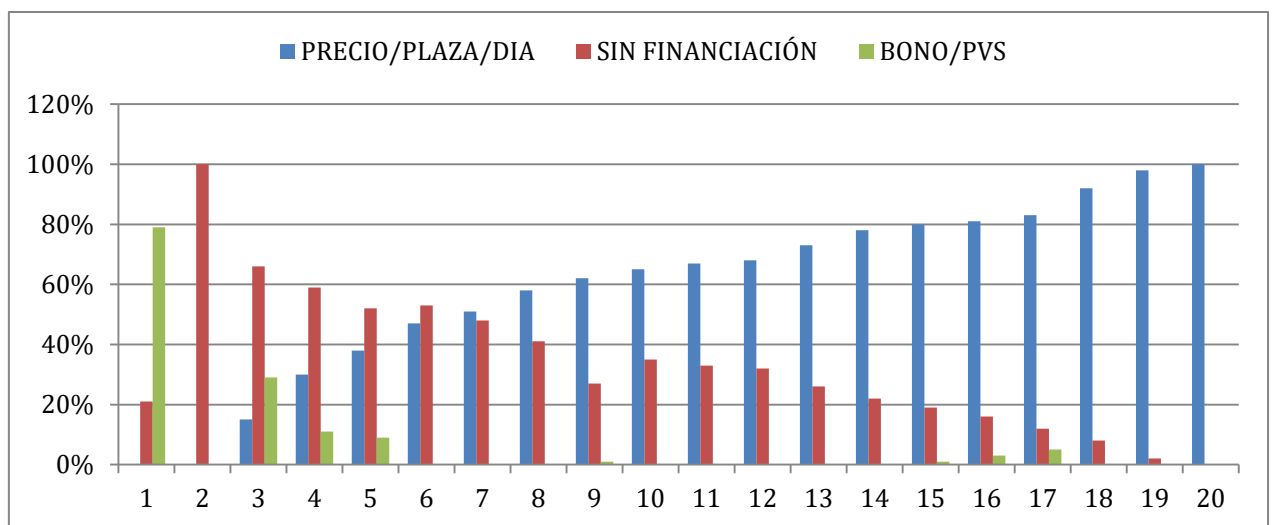
Año de Construcción	Número de centros 30 Centros	Porcentaje			Tamaño medio por residente (m2)		
		2021	2016	2014	2021	2016	2014
1975	1	10%	5%	4%	54	72	66
1976-90	2	10%	5%	9%	45	72	50
1991-2005	4	10%	10%	17%	63	57	64
2006-2016	14	50%	60%	39%	44	47	55
2017-2020	9	20%	20%	30%	73	69	47

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

Como se observa en la Tabla 7, los porcentajes de los centros más antiguos presentan oscilaciones de un informe a otro. **Estas oscilaciones en la antigüedad de los edificios pueden parecer contradictorias.** En parte, esta contradicción puede estar causada porque cada año son diferentes los centros que responden al cuestionario y, por tanto, las residencias que forman parte de la muestra varían ligeramente en cada periodo. Por el contrario, los centros construidos con posterioridad a 2017 pasan de un 30% a un 20% de la muestra.

En cualquier caso, la antigüedad de los centros motiva la necesidad de constantes obras de rehabilitación y mantenimiento, lo que sin duda supone un aumento relativo en sus costes. **Pero esta antigüedad, al mismo tiempo, presenta una ventaja para el usuario: se trata de centros grandes, con un número elevado de metros cuadrados por residente, muy superiores a los 20 m² exigidos por la normativa.** La mayor superficie por usuario implica sin duda mayor comodidad para los residentes, lo que en definitiva supone una mayor calidad del servicio. Pero este hecho se traduce también en mayores costes: de amortización, de limpieza y mantenimiento y también de suministros (calefacción). **Respecto a la financiación de los centros, en el Gráfico 6 se observa claramente que la financiación mayoritaria en el sector es a través del mecanismo del Precio/plaza/día.** Sólo un centro de los encuestados se nutre fundamentalmente de Prestaciones Vinculadas al Servicio, y sólo unos pocos tienen como principal fuente de financiación las aportaciones realizadas por los residentes.

Gráfico 6: Tipo de financiación de los centros



Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

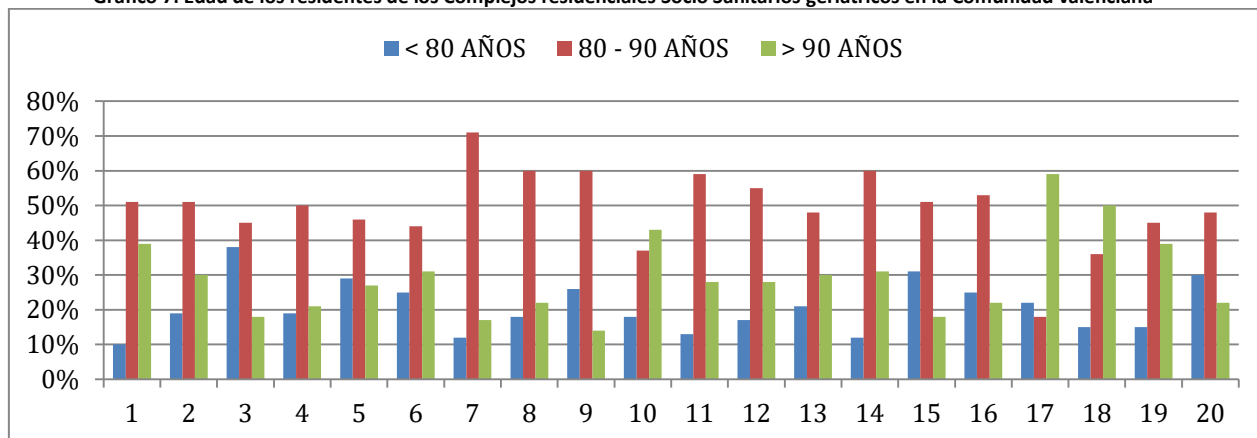
Anexo II de la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores (DOCV nº 4945, de 14 de febrero).

4.2 Características de los usuarios

Los Complejos residenciales Socio Sanitarios geriátricos encuestados acogen a un total de 2.178 residentes. El número es ligeramente inferior a las plazas ofrecidas debido a la presencia de algunas vacantes en el momento de la encuesta. Hay que destacar que el número de vacantes se ha ido reduciendo, en 2018 se declararon 117 y en 2021 fueron 50, lo cual indica que el grado de ocupación de los centros va en aumento.

Como se aprecia en el Gráfico 7, el perfil de edad de los residentes en 2021 difiere de unos centros a otros: alrededor de un 19% son residentes menores de 80 años, un 50% tienen entre 80 y 90, mientras que el 31% restante es mayor de 90 años. También se observa un ligero envejecimiento de la población residente desde 2015, que se acentúa a partir de 2018. En general la edad supone un empeoramiento del estado de dependencia y, por lo tanto, aumenta los costes. Respecto al sexo de los residentes el perfil es bastante homogéneo: aproximadamente el 78% de los residentes son mujeres, mientras que los hombres solo alcanzan un 22%, siendo las diferencias entre centros escasas. Respecto a los dos estudios anteriores, el porcentaje de mujeres se reduce ligeramente, ya que en 2021 representaban el 81%.

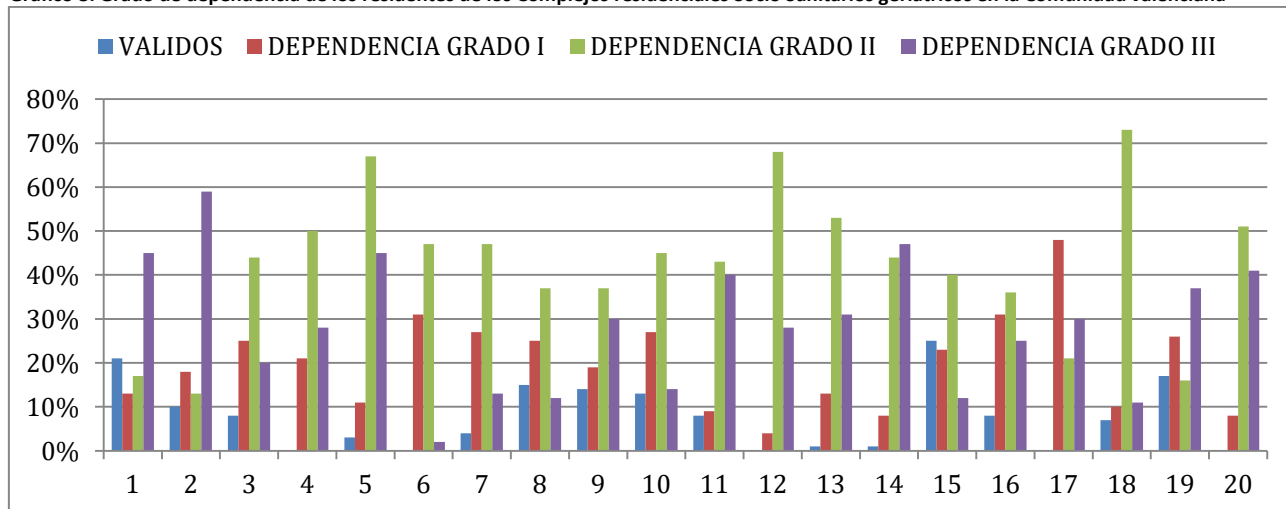
Gráfico 7: Edad de los residentes de los Complejos residenciales Socio Sanitarios geriátricos en la Comunidad valenciana



Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

Respecto al grado de dependencia de los residentes, los perfiles de los centros son muy variados. Como promedio, el 8% de los usuarios de las residencias de la encuesta son válidos, el 19% presentan un grado I de dependencia, el 44% un grado II y el 30% un grado III. Respecto al estudio del 2020, la dependencia de grado III (dependencia severa) ha pasado de un 20% a un 30% de media de los centros de la muestra.

Gráfico 8: Grado de dependencia de los residentes de los Complejos residenciales Socio Sanitarios geriátricos en la Comunidad valenciana



Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

El grado medio de ocupación de las residencias es muy elevado, alrededor del 97%, lo que indica que se trata de centros altamente demandados. Además, se observa un importante aumento desde 2015, en cuyo año se recogió un grado de ocupación del 90%. Por otro lado, el tiempo medio de sustitución es también relativamente corto, alcanzando 17 días para las plazas con financiación pública y 16 días para las privadas. Conviene señalar que el plazo de ocupación se ha reducido bastante respecto a 2021, tanto para las plazas públicas como para las privadas: el promedio para todos los centros residenciales en el informe anterior era de 25 días, lo cual es sin duda una señal de que la demanda de servicios residenciales continúa muy activa. Unos resultados que también corrobora el estudio efectuado por DVK (2020) para las residencias del Estado español.

4.3 Características del personal de las residencias de la Comunidad valenciana

En este apartado se analiza el volumen de personal contratado en los 24 Complejos residenciales Socio Sanitarios geriátricos en la Comunidad valenciana, comprueba si cumplen con las exigencias derivadas de la normativa de acreditación de los centros, tanto a nivel nacional como respecto a la Comunidad Valenciana.

La normativa de acreditación a nivel nacional sobre plantilla de las residencias se encuentra en la **Resolución de 2 de diciembre de 2008**, del Consejo Interterritorial del Sistema de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (**SAAD, BOE 17/12**). En esta resolución se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el que se alcanzaron unos criterios comunes para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD. **En estos acuerdos se fijaron unos objetivos respecto a la cualificación del personal, y se estableció un calendario para su cumplimiento.** Este calendario debía finalizar en 2021 (Tabla 8). En cualquier caso, los objetivos han sido siempre cumplidos por Complejos residenciales Socio Sanitarios geriátricos de la Comunidad valenciana.

Tabla 8: Objetivos en materia de cualificación

Categoría profesional	Año 2016	Año 2021
Cuidador, Gerocultor o similar	35%	100%
Asistente Personal	35%	100%
Auxiliar de Ayuda a Domicilio	35%	100%

Fuente: Resolución de 02/12/2008, Cuadro I

Además, y a partir de la realidad existente en las Comunidades Autónomas en el año 2008 (Tabla 9), se fijaron unos objetivos a cumplir a partir del año 2009 en lo que hace referencia a los ratios globales de trabajadores del centro respecto a los usuarios de Grado II y Grado III (Tabla 10). **En tercer lugar, se fijan unos objetivos específicos para la categoría profesional de Cuidador/Gerocultor o similar (Tabla 11).**

Tabla 9: Ratios medios y máximos exigidos por las CC.AA. excluidos valores extremos, 2008

	Media	Máxima
Residencia Mayores dependientes	0,41	0,54
Centro de Día y de Noche Mayores d.	0,23	0,25
Residencia P. discapacidad física	0,57	0,72
Residencia P. discapacidad intelectual	0,52	0,75
Centro Día y Noche p. d. física	0,28	0,33
Centro de Día y de Noche p. d. intelectual	0,29	0,35

Fuente: Resolución del 02/12/2008, Cuadro complementario

Tabla 10: Ratios globales medios existentes en las CC.AA en 2008 y ratios exigibles en 2015

	Media	Ratio global exigible en 2015 Grado II	Ratio global exigible en 2015 (media entre media y máxima) Grado III
Residencia Mayores dependientes	0,41	0,45	0,47
Centro de Día y de Noche Mayores d.	0,23	0,23	0,24
Residencia P. discapacidad física	0,57	0,61	0,64
Residencia P. discapacidad intelectual	0,52	0,60	0,63
Centro Día y Noche p. d. física	0,28	0,29	0,30
Centro de Día y de Noche p. d. intelectual	0,29	0,30	0,32

Fuente: Resolución de 02/12/2008, Cuadro II

Tabla 11: Ratios específicos para la categoría de Cuidador/a, Gerocultor/a o similar

	Ratio exigible en 2015 para Cuidador/a, Gerocultor/a o similar Grado II	Ratio exigible en 2015 para Cuidador/a, Gerocultor/a o similar Grado III
Residencia Mayores dependientes	0,27	0,28
Centro de Día y de Noche Mayores d.	0,14	0,15
Residencia P. discapacidad física	0,42	0,44
Residencia P. discapacidad intelectual	0,42	0,44
Centro Día y Noche p. d. física	0,12	0,13
Centro de Día y de Noche p. d. intelectual	0,18	0,19

Fuente: Resolución de 02/12/2008, Cuadro III

En este estudio sobre las residencias para mayores dependientes, los ratios a cumplir para 2015 y siguientes según exigencia a nivel nacional son de 0,41 trabajadores por usuario como media, 0,45 para residentes con un grado II de dependencia y 0,47 para un grado III de dependencia. En lo referente a gerocultores, estas ratios se establecen en 0,27 trabajadores por residente dependiente grado II y 0,28 si se trata de dependencia grado III.

Por lo que respecta a la Comunidad Valenciana, los requisitos que deben cumplir los centros de servicios sociales se regulan fundamentalmente en la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores (DOCV nº 4945, de 14 de febrero). En esta norma se pormenorizan detalladamente un conjunto de requisitos que deben cumplir, entre otros, las residencias de personas mayores dependientes. Estos requisitos hacen referencia a los espacios, las actividades y el personal.

El art. 46 de la Orden de 04/02/2005 detalla la cartera de servicios de las residencias para mayores dependientes, que se clasifican en servicios básicos y opcionales, y son los siguientes:

a) Servicios Básicos

1. Alojamiento.
2. Restauración.
3. Lavandería.
4. Atención sanitaria.
 - 4.1. Cuidados básicos.
 - 4.2. Atención médica.
 - 4.3. Atención de enfermería.
 - 4.4. Actividades de rehabilitación.
 - 4.5. Asistencia farmacéutica.
 - 4.6. Prevención y promoción de la salud.
5. Atención psicológica y actividades de terapia ocupacional.
 - 5.1. Atención psicológica.
 - 5.2. Actividades de terapia ocupacional.
6. Atención social.
 - 6.1. Animación sociocultural.
 - 6.2. Atención social individual, grupal y comunitaria.
 - 6.3. Atención social familiar.

b) Servicios opcionales

1. Peluquería.
2. Podología.
3. Cafetería.
4. Otros.

Por lo que respecta a la plantilla de personal, el art. 50 de la orden detalla unos requerimientos mínimos para cada una de las categorías de trabajadores. Dichos requisitos mínimos están condensados en la Tabla 12, donde se pueden calcular las necesidades de cada tipo de categoría profesional en función del número de residentes.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Tabla 12: Requerimientos mínimos de la plantilla de personal

	25			50			75			100			125		125-
a) Director	Hasta 25 plazas			Más de 25 plazas											
	0,5			1											
b).1 Personal de atención directa (PAD): Médico (h. semanales)	0- 10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-125		126-		
	5	6	9	12	15	18	21	24	27	30	50		60		
b).2 PAD: Enfermero/a (h. semanales)	0- 10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-125		126-		
	8	16	24	32	40	48	56	64	72	80	88-104		104-		
b).3 PAD: Fisioterapeuta (h. semanales)	0- 10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-125		126-		
	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	35-45		45-		
b).4 PAD: Psicólogo (h. semanales)	0-50					51-75			76-100			101-125		125-150	
	6					11			16			21		26	
b).5 PAD: TASOC o Dipl. Educación Social (h. semanales)	0-25			26-50			51-75			76-100					
	6			12			18			24			28,5 33		
b).6 PAD: Trabajador social (h. semanales)	0- 40					41-80				81-120				121-160	
	5					10				15				20	
b).7 PAD: Auxiliar de enfermería / Gerocultor (h. semanales)	0- 9	10-18	19-27	28-36	36-45	45-54	55-63	64-72	73-81	82-90	91-99	100-108	109-		
	80	160	240	320	400	480	560	640	720	800	880	960	1.040-		
c) Personal de Servicios Generales(h. semanales)	0- 10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100	101-125		126-		
	40	80	120	160	200	240	280	320	360	400	440		5200		

Fuente: Art. 50 Orden 04/02/2005

**COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)**

Tabla 13: Plantilla media de atención directa en residencias de la Comunidad Valenciana. 2015

	HORAS REALES	ORDEN 2005	EXC/DEF horas	Nº DE TRABAJADORES	RATIO
ATS	93	46	47	2,3	0,0397
Gerocultor	591	505	86	14,8	0,2679
Psicólogo	20	9	11	0,5	0,0087
Médico	20	18	2	0,5	0,0089
TASOC	17	16	1	0,5	0,0100
Fisioterapeuta	20	17	3	0,5	0,0093
Asistente Social	25	9	16	0,6	0,0118
Otros	16	0	16	0,4	0,0074
TOTAL ATENCIÓN DIRECTA	802	636	183	20,1	0,3637

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta y de la Orden de 04/02/2005

Tabla 14: Plantilla media de atención directa en residencias de la Comunidad Valenciana 2017

	HORAS REALES	ORDEN 2005	EXC/DEF Horas	Nº DE TRABAJADORES	RATIO
ATS	97	47	49	2,42	0,0395
Gerocultor	626	510	117	15,65	0,2793
Psicólogo	18	9	9	0,44	0,0085
Médico	20	18	2	0,49	0,0087
TASOC	18	16	1	0,44	0,0081
Fisioterapeuta	21	18	3	0,51	0,0098
Asistente Social	25	9	16	0,62	0,0112
Otros	2	0	2	0,06	0,0016
TOTAL ATENCIÓN DIRECTA	825	626	199	20,63	0,3668

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta y de la Orden de 04/02/2005

Tabla 15: Plantilla media de atención directa en residencias en la Comunidad Valenciana 2021

	HORAS REALES	ORDEN 2005	EXC/DEF Horas	Nº DE TRABAJADORES	RATIO
ATS	104	50	54	2,59	0,0421
Gerocultor	664	522	142	16,60	0,2991
Psicólogo	17	9	8	0,44	0,0081
Médico	20	19	1	0,50	0,0088
TASOC	18	16	2	0,45	0,0085
Fisioterapeuta	22	19	3	0,56	0,0101
Asistente Social	26	9	17	0,66	0,0124
Otros	4	0	4	0,10	0,0021
TOTAL ATENCIÓN DIRECTA	876	644	232	21,91	0,3912

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta y de la Orden de 04/02/2005

Tabla 16: Plantilla media de atención directa en residencias de la Comunidad Valenciana 2021

	HORAS REALES	ORDEN 2005	EXC/DEF Horas	Nº DE TRABAJADORES	RATIO
ATS	103	51	52	2,6	0,0406
Gerocultor	702	538	164	17,6	0,3033
Psicólogo	19	10	10	0,5	0,0086
Médico	21	21	0	0,5	0,0089
TASOC	20	17	3	0,5	0,0089
Fisioterapeuta	21	19	3	0,5	0,0093
Asistente Social	25	10	15	0,6	0,0107
TOTAL ATENCIÓN DIRECTA	911	665	246	22,8	0,3903

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta y de la Orden de 04/02/2005

La Tabla 13, la Tabla 14, la Tabla 15 y la Tabla 16 recogen los resultados medios de la plantilla de atención directa en los centros Residenciales Socio Sanitarios Geriátricos de la Comunidad Valenciana, desde 2011 hasta 2021. En cada una de estas tablas se recoge el número de horas promedio realizadas por cada tipo de trabajador de atención directa, el mínimo exigido por la normativa autonómica (Orden de 4 de febrero de 2005), el superávit o déficit de las horas reales respecto a los requerimientos mínimos, el número de trabajadores equivalentes a tiempo completo, y la ratio de trabajadores en relación a los usuarios.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Como se observa en estas tablas, en todas las categorías profesionales las horas de trabajo son claramente superiores a lo que estipula la Orden de 2005. En total en 2021 hay un superávit medio de 246 horas de trabajo, lo que supone alrededor de un 37% más de trabajo del mínimo exigido por la normativa autonómica. Esto sin duda se traduce en una mayor calidad del servicio. Desde 2011 se observa también un incremento en el número de horas de personal de atención directa. En una época como la actual esto supone un dato especialmente reseñable, pues indica que estos centros apuestan por mantener el empleo y la calidad del servicio.

Por lo que respecta a la categoría de Gerocultor, la norma estatal (Resolución de 2 de diciembre de 2008) exige un ratio de 0,27 trabajadores por usuario dependiente de grado II, y un ratio de 0,28 en el caso de grado III (ver Tabla 11). Los centros encuestados presentan en 2021 una ratio general (independientemente del grado de dependencia del residente) de 0,3033 trabajadores, teniendo en cuenta que el 27% de los residentes son válidos o grado I sobre los que no existe ningún nivel mínimo específico. Este dato indica claramente el esfuerzo realizado por los centros LARES C.V. que superan con creces los requisitos legales.

Tabla 17: Plantilla media de servicios generales en residencias de la Comunidad Valenciana 2011

	HORAS REALES	ORDEN 2005	EXC/DEF Horas	Nº DE TRABAJADORES	RATIO
Administración	28	-	-	0,7	0,0114
Cocina	72	-	-	1,8	0,0382
Pinche	52	-	-	1,3	0,0225
Limpieza	158	-	-	3,9	0,0748
Lavandería	43	-	-	1,0	0,0201
Mantenimiento	20	-	-	0,5	0,0073
Otros	17	-	-	0,4	0,0064
TOTAL SERVICIOS GENERALES	390	230	159	9,8	0,1816
(excepto Director)					
Director	40	40	0	1,0	0,0208
TOTAL CENTRO	1.233	906	342	30,8	0,5455

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta y de la Orden de 04/02/2005

Tabla 18: Plantilla media de servicios generales en residencias de la Comunidad Valenciana 2013

	HORAS REALES	ORDEN 2005	EXC/DEF Horas	Nº DE TRABAJADORES	RATIO
Administración	32	-	-	0,80	0,80
Cocina	72	-	-	1,80	1,80
Pinche	57	-	-	1,41	1,41
Limpieza	144	-	-	3,60	3,60
Lavandería	39	-	-	0,96	0,96
Mantenimiento	26	-	-	0,66	0,66
Otros	27	-	-	0,67	0,67
TOTAL SERVICIOS GENERALES	396	237	160	9,90	9,90
(excepto Director)					
Director	39	38	1	0,98	0,98
TOTAL CENTRO	1.261	901	360	31,52	31,52

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta y de la Orden de 04/02/2005

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Tabla 19: Plantilla media de servicios generales en residencias de la Comunidad Valenciana 2015

	HORAS REALES	ORDEN 2005	EXC/DEF Horas	Nº DE TRABAJADORES	RATIO
Administración	30	-	-	0,76	0,0120
Cocina	59	-	-	1,48	0,0305
Pinche	34	-	-	0,86	0,0140
Limpieza	130	-	-	3,25	0,0615
Lavandería	42	-	-	1,04	0,0173
Mantenimiento	22	-	-	0,59	0,0090
Otros	34	-	-	0,85	0,0130
TOTAL SERVICIOS GENERALES	353	248	105	8,83	0,1572
(excepto Director)					
Director	39	38	1	0,96	0,0206
TOTAL CENTRO	1.268	930	337	31,70	0,5690

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta y de la Orden de 04/02/2005

Tabla 20: Plantilla media de servicios generales en residencias de la Comunidad Valenciana 2021

	HORAS REALES	ORDEN 2005	EXC/DEF Horas	Nº DE TRABAJADORES	RATIO
Administración	30	-	-	0,76	0,0120
Cocina	38	-	-	0,94	0,0199
Pinche	23	-	-	0,58	0,0091
Limpieza	144	-	-	3,60	0,0648
Lavandería	36	-	-	0,91	0,0135
Mantenimiento	29	-	-	0,72	0,0112
Otros	38	-	-	0,94	0,0129
TOTAL SERVICIOS GENERALES	338	254	84	8,46	0,1433
(excepto Director)					
Director	38	39	-1	0,95	0,0199
TOTAL CENTRO	1.288	958	330	32,19	0,5534

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta y de la Orden de 04/02/2005

En la Tabla 17, la Tabla 18, la Tabla 19 y la Tabla 20 se recogen los principales resultados de la plantilla de las residencias Socio Sanitarias Geriátricas de la Comunidad Valenciana, respecto a los servicios generales. Hay que destacar que la Orden de 2005 no recoge requisitos de plantilla mínima respecto a la mayor parte de las categorías laborales, ya que estos servicios (administración, restauración, lavandería o mantenimiento) pueden ser realizados por personal del propio centro, pero también pueden ser contratados externamente. Por ello, los excesos de personal no pueden ser valorados más que caso a caso, conociendo si se contratan externamente determinados servicios. Sí que existe un requisito sobre la necesidad de contar con un director, que, para el tamaño de los centros estudiados, debe trabajar a tiempo completo. **Este requisito se cumple en la totalidad de los centros. Respecto a los totales de servicios generales, igual que ocurría con el personal de atención directa, todos los centros cumplen sobradamente con los requisitos mínimos.**

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Los datos agregados para todo el personal del centro siguen siendo claramente positivos: los centros utilizan en 2021, como media, 1.288 horas de trabajo semanales (una media de 32,2 trabajadores), mientras que la legislación autonómica exigiría en su caso 958 horas semanales. Esto supone una dedicación adicional de 330 horas por semana, o un 34,4% sobre los requisitos mínimos exigibles legalmente. Si a esto añadimos el número de horas de trabajo voluntario, característico de estos centros, podemos afirmar que la calidad del servicio de los mismos es muy superior a la exigida por las autoridades. Si comparamos los datos de 2021 con los de 2015 se puede observar una disminución de los trabajadores de atención indirecta. En nuestra opinión, esto no es un problema pues se debe a una mayor subcontratación de algunos de estos servicios.

5 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE COSTES

Como anteriormente hemos mencionado, la estimación de costes se ha efectuado a través de la información proporcionada por los centros residenciales. Se trata de un análisis que, a diferencia de otros, no está basado en estimaciones de expertos o en estimación de modelos con datos indirectos, sino que se utilizan los datos reales proporcionados por las residencias, que provienen de su contabilidad, de la documentación presentada a la Generalitat Valenciana o de su documentación interna.

Para calcular los costes de personal hemos utilizado fundamentalmente los importes incluidos en el archivo de nóminas enviados por las 24 residencias, mientras que el resto de costes se ha obtenido gracias a la información contenida en el cuestionario general actualizado. Por lo tanto, para una estimación correcta de los costes de las residencias nos era imprescindible contar con información fiable de ambas fuentes. Para conseguir esta información se solicitó a los 48 centros contactados que contestaran tanto el cuestionario general como el archivo de nóminas. Tuvimos respuesta de 24 centros residenciales que tienen un total de 1.617 plazas autorizadas, de las cuales 141 reciben financiación pública y 1.476 son financiadas por los usuarios.

5.1 Metodología

El objetivo de este apartado es calcular el Coste Diario por Residente para el año 2020. Para ello es necesario conocer los siguientes costes:

-  **Coste Anual 2021:** obtenido como la suma de todos los costes de las 24 residencias durante el año 2021.
-  **Coste Anual por Residente 2021:** obtenido dividiendo el coste anterior por el número de residentes que han tenido estos 24 centros durante 2021.

$\text{Coste Anual por Residente 2021} = \text{Coste Anual 2021} / \text{Número Residentes 2021}$

-  **Coste Diario por Residente 2021:** resultado de dividir el coste anterior por los 365 días del año.

$\text{Coste Diario por Residente 2021} = \text{Coste Anual por Residente 2021} / 365 \text{ días}$

Para poder calcular los costes anteriores hemos tenido que adoptar las decisiones de tipo metodológico que se exponen a continuación. Los datos sobre gastos proporcionados por las residencias están referidos al año 2021. La actualización se ha realizado del siguiente modo:

Costes de personal: aplicando las tablas salariales del Convenio Colectivo Laboral para el Sector Privado de Residencias para la Tercera Edad. Como en 2020 todavía no se ha firmado esta revisión salarial, hemos estimado este incremento en el 2,5%, teniendo en cuenta la información que nos ha proporcionado LARES C. Valenciana.

Amortizaciones: como las amortizaciones se basan en el valor contable de los activos y este valor no tiene por qué variar en un año, decidiendo no actualizar su valor.

Resto de componentes del coste: en este apartado vamos a encontrar un conjunto de bienes y servicios muy heterogéneo (alimentos, suministros, material de oficina, servicios subcontratados, etc.). Como sería muy complejo actualizarlos de forma separada, decidiendo aplicar un coeficiente genérico de actualización como es el incremento del IPC interanual correspondiente al mes de junio de 2020. Aunque hubiese sido deseable contar con el IPC medio anual de 2021. En nuestra opinión, el dato de junio, correspondiente a mitad de año (1,5%) es una aproximación válida de la evolución media del 2021.

Para calcular el Coste por Residente de 2021, es necesario conocer el número medio de usuarios del centro durante ese año, cantidad que no va a coincidir con el número de plazas autorizadas.

-  Porque el grado de ocupación es difícil que alcance el 100%. Para obtener este grado de ocupación, hemos utilizado las preguntas 22 y 24 del cuestionario de costes, obteniendo como promedio un 96,85% lo que nos lleva a considerar 1.566 usuarios en el conjunto de las 24 residencias en el año 2021.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

5.2 Cálculo del coste por secciones

Aunque el objetivo perseguido es la obtención del coste total por residente, hemos decidido desagregarlo en 6 secciones en las que se realizan actividades muy distintas dentro de la residencia. Estas secciones son las siguientes:

- ✚ Atención Directa.
- ✚ Cocina.
- ✚ Limpieza y Lavandería.
- ✚ Mantenimiento.
- ✚ Dirección y Administración.
- ✚ Costes Generales.

Esta desagregación tiene gran relevancia, pues permitirá conocer la importancia relativa que tienen las distintas actividades dentro de los centros residenciales. La suma de los costes correspondientes a las 6 secciones dará como resultado el coste total que estamos buscando. A continuación, se detalla el procedimiento que hemos seguido para calcular el coste de cada una de las secciones.

5.2.1 Atención Directa (COMPLEJO DE 1.500 RESIDENTES, AÑOS 2016-2021)

En esta sección hemos incluido los costes de personal correspondientes a los trabajadores que atienden directamente a los residentes. El coste, obtenido del archivo de nóminas, está formado por la Remuneración Íntegra de los trabajadores más la Seguridad Social que corre a cargo de la Empresa. Cuando alguno de estos trabajadores no figura en nómina, sino que es contratado por horas, se le asigna el coste/hora declarado por la residencia en la pregunta 11 del cuestionario de costes.

Dentro del personal dedicado a la atención directa hemos distinguido 7 categorías profesionales: Auxiliar de Enfermería/Gerocultor, Enfermera/ATS, Médico, Asistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta y TASOC (Técnico en Animación Sociocultural). En la Tabla 21 se presentan los costes de estas 7 categorías para el año 2021, distinguiendo entre Coste Anual, Coste Anual por Residente y Coste Diario por Residente.

Tabla 21: Costes de Atención Directa año 2021

ATENCIÓN DIRECTA	COSTE ANUAL 1.500 residentes	COSTE ANUAL 365 días POR RESIDENTE	COSTE DIARIO POR RESIDENTE
Auxiliar/Gerocultor	9.761.925,00 €	6.507,95 €	17,83 €
Enfermera/ATS	2.058.600,00 €	1.372,40 €	3,76 €
Médico	607.725,00 €	405,15 €	1,11 €
Asistente Social	432.525,00 €	288,35 €	0,79 €
Psicólogo	339.450,00 €	226,30 €	0,62 €
Fisioterapeuta	377.775,00 €	251,85 €	0,69 €
TASOC	333.975,00 €	222,65 €	0,61 €
TOTAL ATENCIÓN DIRECTA	13.911.975,00 €	9.274,65 €	25,41 €

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.2.2. Cocina (COMPLEJO DE 1.500 RESIDENTES, AÑOS 2021)

EN ESTA SECCIÓN SE HAN INCLUIDO TRES TIPOS DE COSTES

Costes de personal: se incluye la remuneración de Cocineras y Pinches de Cocina. Este importe se obtiene del archivo de nóminas y está formada por la Remuneración Íntegra de los trabajadores más la Seguridad Social a cargo de la Empresa. Igual que ocurría con el personal de atención directa, cuando algún trabajador no figura en nómina se le asigna el coste/hora declarado por la residencia.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Costes de alimentos y material: incluye los alimentos comprados por el centro y que figuran en su contabilidad. También incluye el material de cocina y comedor (cubtería, vajilla, mantelería, etc.).

Costes de la Subcontrata: algunas de las residencias encuestadas subcontratan el servicio de cocina a otras empresas. En estos casos, habrá que añadir el importe pagado a los dos costes anteriores.

En la **Tabla 22**. Se presentan los costes de cocina distinguiendo entre las residencias que realizan directamente este servicio ⁽¹¹⁾ de aquellas que lo subcontratan ⁽⁹⁾. Como puede observarse, el coste de la cocina propia elaborada en las instalaciones del Complejo es claramente superior a la subcontratada, elaborada en instalaciones ajenas del Complejo. (2021)

Tabla 22. Costes de la Cocina para 1.500 Residentes, 5 servicios diarios. (2021)

Cocina para 1500 residentes 5 servicios al día	Coste Anual (365 días) 1.500 residentes	Coste Anual (365 días) 5 servicios Por Residente	Coste Diario 5 servicios por Residente
COCINA PROPIA	7.599.300,00 €	5.066,20 €	13,88 €
Personal	3.457.681,50 €	2.305,12 €	6,31 €
Alimentos y Material	4.141.618,50 €	2.761,08 €	7,57 €
COCINA SUBCONTRATADA	6.745.200,00 €	4.496,80 €	12,32 €
Personal	2.732.025,00 €	1.821,35 €	4,99 €
Alimentos y Materia	3.339.750,00 €	2.226,50 €	6,10 €
Subcontrata	673.425,00 €	448,95 €	1,23 €
DIFERENCIA DE LA COCINA PROPIA Y EMPRESA SUBCONTRATADA	854.100,00 €	569,40 €	1,56 €

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.2.3. Limpieza y Lavandería (COMPLEJO DE 1.500 RESIDENTES, AÑOS 2021)

Aunque lo más idóneo sería calcular de forma independiente los costes de estas dos secciones, la mayor parte de centros encuestados no distingue claramente en su contabilidad las partidas que van a cada una de ellas, por lo que finalmente decidimos agruparlas en una única sección, en la que podemos encontrar tres tipos de costes.

Costes de personal: incluyen la remuneración del personal de limpieza y lavandería. Este importe se obtiene del archivo de nóminas y está formada por la Remuneración Íntegra de los trabajadores más la Seguridad Social a cargo de la Empresa. Cuando algún trabajador no figura en nómina se le asigna el coste/hora declarado por la residencia.

Productos de limpieza y lavandería: importe que figura en la contabilidad.

Costes de la Subcontrata: algunas de las residencias encuestadas subcontratan los servicios a otras Empresas. En estos casos, habrá que añadir el importe pagado a los dos costes anteriores.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

En la **Tabla 23**. Se presentan los costes de limpieza y lavandería distinguiendo entre las residencias que realizan directamente estos dos servicios, ⁽¹⁴⁾ de aquellas que subcontratan los dos servicios. Igual que ocurre en la sección de cocina, el coste por residente es inferior en aquellos centros que deciden subcontratar estos dos servicios. (2021)

Tabla 23. Costes de Limpieza y Lavandería. (2021)

LIMPIEZA Y LAVANDERÍA	COSTE ANUAL 1.500 Residentes	COSTE ANUAL 365 Días POR RESIDENTE	COSTE DIARIO POR RESIDENTE
RECURSOS PROPIOS	2.940.075,00 €	1.960,05 €	5,37 €
Personal	2.589.675,00 €	1.726,45 €	4,73 €
Productos	350.400,00 €	233,60 €	0,64 €
EMPRESA SUBCONTRATADA	2.638,950,00 €	1.759,30 €	4,82 €
Personal	2.135.250,00 €	1.423,50 €	3,90 €
Productos	240.900,00 €	160,60 €	0,44 €
Subcontrata	262.800,00 €	175,20 €	0,48 €
DIFERENCIA DEL SERVICIO DE LIMPIEZA Y LAVANDERÍA RECURSOS PROPIOS Y EMPRESA SUBCONTRATADA	301.125,00 €	200,75 €	0,55 €

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.2.4. Mantenimiento y Jardinería, (COMPLEJO DE 1.500 RESIDENTES, AÑO 2021)

EN ESTA SECCIÓN SE INCLUYEN LOS SIGUIENTES COSTES

Costes de personal: incluyen la remuneración del personal dedicado tanto a mantenimiento como a jardinería. Este importe, al igual que en las secciones descritas con anterioridad, se obtiene del archivo de nóminas. Cuando algún trabajador no figura en nómina se le asigna el coste/hora declarado por la residencia.

Material: se incluye tanto el material de mantenimiento como el de jardinería.

Servicios: coste de los servicios de reparación y conservación, según figuran en la contabilidad. Se trata de servicios que se pagan de forma puntual en los que no existe un contrato de mantenimiento, a diferencia de la empresa subcontratada.

Costes de la Empresa subcontratada: algunas de las residencias subcontratan los servicios a otras empresas. En estos casos, habrá que añadir el importe pagado a los tres costes anteriores.

En la **Tabla 24**. Se presentan los costes de mantenimiento y jardinería distinguiendo entre las residencias que realizan directamente estos servicios ⁽¹⁴⁾ de aquellas que subcontratan los servicios de mantenimiento y jardinería, si no se subcontrata ninguno de ellos, la residencia tiene un coste ligeramente superior por residente.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Tabla 24. Costes de Mantenimiento y Jardinería (120.000 m² 1.500 Residentes)

MANTENIMIENTO Y JARDINERÍA DE 120.000 m ² (Complejo de 1.500 Residentes)	Coste Anual 1.500 Residentes	Coste Anual 365 días Por Residente	Coste Diario Por Residente
RECURSOS PROPIOS	1.691.775,00 €	1.127,85 €	3,09 €
Personal	487.275,00 €	324,85 €	0,89 €
Material	60.225,00 €	40,15 €	0,11 €
Servicios	1.144.275,00 €	762,85 €	2,09 €
EMPRESA SUBCONTRATADA	1.565.175,00 €	1.043,45 €	2,86 €
Personal	421.575,00 €	281,05 €	0,77 €
Material	54.075,00 €	36,05 €	0,10 €
Servicios	936.225,00 €	624,15 €	1,71 €
Subcontrata	153.300,00 €	102,20 €	0,28 €
DIFERENCIA DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO Y JARDINERÍA RECURSOS PROPIOS Y EMPRESA SUBCONTRATADA	126.580,00 €	84,40 €	0.23 €

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.2.5. Dirección y Administración, (COMPLEJO DE 1.500 RESIDENTES, AÑO 2021)

En esta sección se incluyen los siguientes costes, cuyo importe se detalla en la Tabla 25.

Costes de personal: incluyen la remuneración del director del centro, así como del resto de personal de administración. En este caso, hemos desglosado ambos importes.

- ✚ Material de oficina.
- ✚ Servicios de auditoría y gestoría.

Tabla 25. Costes de Dirección y Administración, año 2021

Dirección y Administración Complejo de 1.500 Residentes	Coste Anual 1.500 Residentes	Coste Anual 365 días Por Residente	Coste Diario Por Residente
Director	985.500,00 €	657,00 €	1,80 €
Personal Administración	481.800,00 €	321,20 €	0,88 €
Material Oficina	65.700,00 €	43,80 €	0,12 €
Auditoría y Gestoría	498.225,00 €	332,15 €	0,91 €
TOTAL COSTES	1.543.950,00 €	1.354,15 €	3,71 €

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.2.6. Costes Generales, (COMPLEJO DE 1.500 RESIDENTES, AÑO 2021)

En este apartado aparecen los costes que no se han podido asignar a las otras secciones por diversos motivos. En algunos casos, porque no existe información suficiente para ello. Por ejemplo, los suministros o las amortizaciones se podrían asignar a las secciones anteriores si los centros tuvieran información detallada del consumo o de la amortización de cada sección, cosa que no ocurre en la mayor parte de centros. En otros casos, no se han asignado los costes porque sencillamente no hay ningún criterio de asignación que en nuestra opinión sea válido, por ejemplo, el caso de los seguros, de los gastos financieros, etc.

La solución adoptada ha sido crear una nueva sección denominada gastos generales, en la que figura el conjunto de gastos que no se ha podido asignar. Con esta solución, estamos minusvalorando el resto de secciones, aunque el coste total del centro no va a variar. Los costes que se han tenido en cuenta en este apartado son muy diversos e incluyen las siguientes partidas, cuyo importe aparece en la Tabla 26.

Costes de personal: incluye la remuneración del resto de personal que no aparece en las secciones anteriores, como por ejemplo recepcionistas, ayudantes de oficios varios, etc. También se ha incluido el importe pagado a las Mutuas, la ropa de trabajo utilizada por los trabajadores y los servicios de prevención de riesgos laborales.

Amortizaciones: aparecen reflejadas todas las amortizaciones contabilizadas por la empresa. Aunque hubiese sido deseable distinguir las amortizaciones de los distintos elementos utilizados (edificios, instalaciones, maquinaria, mobiliario, equipos informáticos, etc.), muchos centros encuestados no han proporcionado esta información desglosada.

-  Provisiones.
-  Ropa de cama y baño.
-  Material sanitario.
-  Material de animación y entretenimiento.

Suministros: destaca su elevado volumen, que puede reflejar la consecuencia de contar con un elevado número de m² y antigüedad de los edificios y anexos. Debido a la importancia de esta partida, presentamos de forma separada los suministros más importantes.

-  Pólizas de seguros.
-  Transporte, mensajería y correo.
-  Tributos.
-  Arrendamientos.
-  Cuotas pagadas a gastos varios sin determinar.

Otras subcontratas: incluye los costes de las residencias que tienen subcontratados servicios como peluquería, podología o animación.

Gastos financieros: destaca su reducido importe, ya que buena parte de la necesidad de financiación de estos centros se cubre con los fondos propios.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Tabla 26. Costes Generales, año 2021

COSTES GENERALES	Coste Anual 1.500 residentes	Coste Anual 365 días Residente	Coste Diario Por Residente
Otro Personal	821.250,00 €	547,50 €	1,50 €
Amortizaciones	2.315.925,00 €	1.543,95 €	4,23 €
Provisiones	71.175,00 €	47,45 €	0,13 €
Ropa de cama y baño	43.800,00 €	29,20 €	0,08 €
Material sanitario	82.125,00 €	54,75 €	0,15 €
Material animación y entretenimiento	43.800,00 €	29,20 €	0,08 €
Electricidad	695.325,00 €	463,55 €	1,27 €
Agua	136.875,00 €	91,25 €	0,25 €
Gas	355.875,00 €	237,25 €	0,65 €
Comunicaciones	109.500,00 €	73,00 €	0,20 €
Gasóleo	49.275,00 €	32,85 €	0,09 €
Pólizas seguros	142.350,00 €	94,90 €	0,26 €
Transportes, mensajería	27.375,00 €	18,25 €	0,05 €
Tributos	87.600,00 €	58,40 €	0,16 €
Arrendamientos	284.700,00 €	189,80 €	0,52 €
Cuotas, Gastos varios sin determinar	65.700,00 €	43,80 €	0,12 €
Otras subcontratas	114.975,00 €	76,65 €	0,21 €
Gastos financieros	76.650,00 €	51,10 €	0,14 €
TOTAL COSTES GENERALES	5.168.400,00 €	3.682,85 €	10,09 €

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.2.7. Coste Total por secciones, (COMPLEJO DE 1.500 RESIDENTES, AÑO 2021)

Una vez calculados los costes de cada una de las secciones, agregando los resultados podemos conocer el coste total de los centros residenciales. La Tabla 27. Presenta estos datos, incluyendo el porcentaje que representa cada sección sobre el coste total. Los cálculos realizados nos han permitido estimar un **Coste Diario por Residente en el año 2021 que se sitúa en 61,55 €**.

Tabla 27. Coste Total de las Residencias por Secciones.

COSTE TOTAL POR SECCIONES Recursos Propios	Coste Anual	Coste Anual Por Residente	Coste Diario Por Residente	%
ATENCIÓN DIRECTA	13.911.975,00 €	9.274,65 €	25,41 €	40,26%
COCINA (propia)	7.599.300,00 €	5.066,20 €	13,88 €	22,54%
LIMPIEZA Y LAVANDERÍA (propia)	2.940.075,00 €	1.960,05 €	5,37 €	9,80%
MANTENIMIENTO Y JARDINERÍA (propia)	1.691.775,00 €	1.127,85 €	3,09 €	5,01%
DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN	1.543.950,00 €	1.354,15 €	3,71 €	6,01%
COSTES GENERALES	5.168.400,00 €	3.682,85 €	10,09 €	16,38%
COSTE TOTAL	23.553.987 €	19.982 €	61,55 €	100%

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.3. Cálculo del coste por criterios contables, (COMPLEJO DE 1.500 RESIDENTES, AÑO 2021)

El coste total se puede desglosar siguiendo múltiples criterios. En el apartado anterior hemos optado por el más habitual, dividiéndolo por secciones. Sin embargo, también caben otras clasificaciones del coste, que en cualquier caso van a ofrecer un coste final idéntico. En la Tabla 28. Presentamos una clasificación distinta, basada en criterios contables.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Tabla 28. Coste Total de las Residencias por Criterios Contables.

CÁLCULO DEL COSTE POR CRITERIOS CONTABLES	COSTE ANUAL 1.500 Residentes	COSTE ANUAL Por Residente	COSTE DIARIO Por Residente	%
COSTES DE PERSONAL	19.425.300,00 €	12.950,20 €	35,48 €	64,82%
Personal atención directa	13.906.500,00 €	9.271,00 €	25,40 €	71,59%
Personal de servicios	5.217.675,00 €	3.478,45 €	9,53 €	26,86%
Otros gastos de personal	301.125,00 €	200,75 €	0,55 €	1,55%
COMPRAS DE BIENES	2.896.275,00 €	1.930,85 €	5,29 €	9,66%
GASTO EN SERVICIOS	2.113.350,00 €	1.408,90 €	3,86 €	7,06%
COSTE SUBCONTRATAS	3.071.475,00 €	2.047,65 €	5,61 €	10,25%
AMORTIZAC. Y PROVISIONES	2.381.625,00 €	1.587,75 €	4,35 €	7,95%
COSTES FINANCIEROS	76.650,00 €	51,10 €	0,14 €	0,26%
COSTE TOTAL:	29.964.675,00 €	19.976,45 €	54,73 €	100%

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.4. Comparación con los costes de 2019-2021

Tras analizar el comportamiento de los costes en el año 2021, pensamos que es interesante preguntarse por la evolución de dichos costes durante los últimos años. Para ello vamos a comparar los resultados que obtuvimos en el estudio realizado hace dos años, que hacía referencia a 2019 con los que hemos calculado para 2021.

Con objeto de efectuar una comparación homogénea hemos decidido incluir en la comparativa únicamente a aquellos centros para los que tenemos información sobre costes en ambos periodos. Tras el análisis de los datos, hemos observado que únicamente 24 centros repiten el estudio estos dos años. Por este motivo, sólo se van a tener en cuenta estas 24 residencias para realizar la comparación. **Estos 24 centros residenciales tenían en 2019 una capacidad de 1.467 plazas residenciales, que se mantienen prácticamente inalteradas en 2021 (1.474 plazas).** En cuanto al nivel medio de ocupación, éste ha aumentado ligeramente desde el 93,62% en 2019 hasta el 96,58% en 2021, lo que nos lleva a considerar 1.298,95 usuarios reales en 2019 y 1.337,27 en 2021. **Para poder comparar los resultados de 2019 con los de 2021, hemos seguido la misma metodología expuesta anteriormente, calculando tanto el Coste Anual como el Coste Diario por Residente para los dos años mencionados.** Al igual que en los apartados anteriores, hemos dividido el coste total de las residencias en Secciones y también según Criterios Contables. **El resultado más importante de la comparativa puede observarse en la última fila de la Tabla 28. El Coste Anual ha aumentado en estos 24 centros 1.987.425,00 €, lo que en términos de Coste Diario por Residente supone un aumento del 6,15% entre 2019 y 2021 (pasa de 55,42 € a 59,05 €).** En otras palabras, el coste total de los centros ha aumentado considerablemente entre estos dos años, pero como el nivel de ocupación de los mismos también ha aumentado casi en la misma proporción, el Coste Diario por Residente permanece prácticamente constante. Según se comenta en DVK (2019) para el conjunto de las residencias de España también se observa en un ligero aumento del grado de ocupación de los centros y una moderada tendencia al alza de los precios en estos últimos años.

Si dividimos a las residencias en secciones, podemos ver que la evolución de costes no ha sido homogénea durante estos dos años. Como se aprecia en la tabla, ha habido secciones que han aumentado sus costes por residente, mientras que otras han podido disminuirlos. **Si comenzamos con la principal partida de costes de los centros, los costes de Atención Directa, vemos un aumento durante los dos últimos años, del 3,09% del Coste Diario por Residente.** El peso en la plantilla de Atención Directa de las Técnicas de Animación Social y Cultural (TASOC) aumenta considerablemente, pero este aumento en el coste se ve compensado por la reducción de la presencia del Asistente Social y Psicólogo. Los costes de la sección de Cocina aumentan un **6,44%**. Se aprecia en estos dos años un aumento de la subcontratación de este servicio, mientras que los costes de personal y alimentos aumentan ligeramente. La situación de las secciones de Limpieza y Lavandería es todavía más acentuada, los costes por residente aumenta un **7,55%**. Debido sobre todo a las subcontratas en este tipo de servicios. Los costes de Mantenimiento y Jardinería, aumentan un **21,86%**, siendo la causa un aumento de los costes tanto de personal como también de los servicios subcontratados. La sección de Dirección y Administración presenta un incremento del coste diario por residente cercano al **7,46%**. Este aumento se debe fundamentalmente a los costes de auditoría y gestión.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

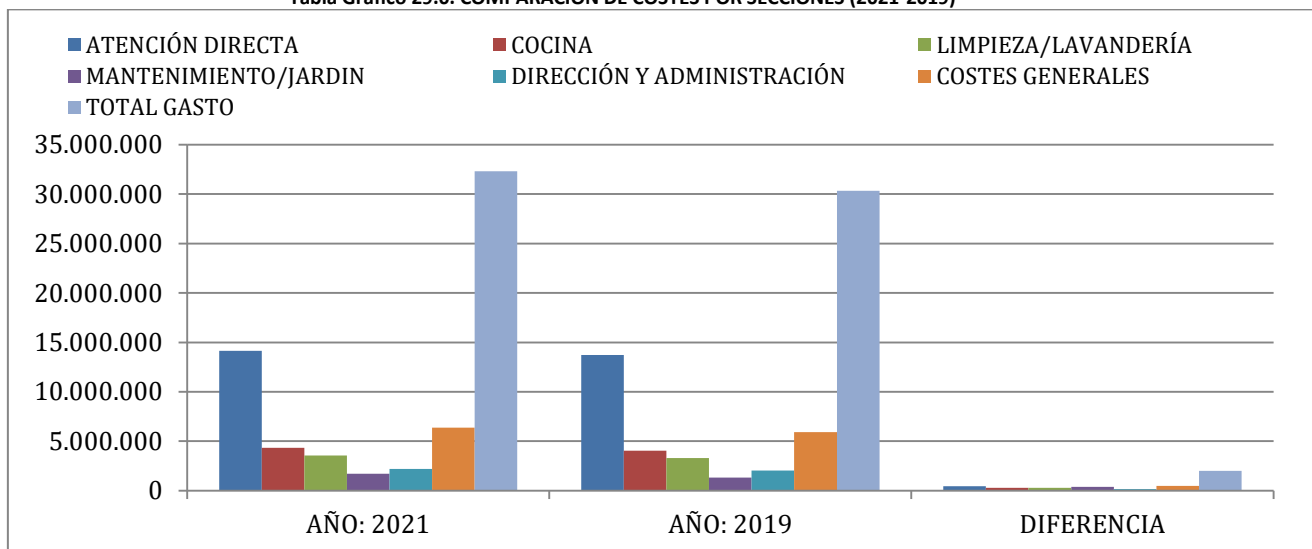
Tabla 29. Comparación de Costes por Secciones (2021-2019)

Coste Anual 1.500 Residentes	Comparación de Costes por Secciones (Año 2021, Año 2019)			Coste Diario por Residente		
Oficios.	Año 2021	Año 2019	Variación.	Año 2021	Año 2019	% Var.
Auxiliar/Gerocultor	9.789.300,00 €	9.586.725,00 €	202.575,00 €	17,88 €	17,51 €	2,70%
Enfermera/ATS	2.091.450,00 €	2.003.850,00 €	87.600,00 €	3,82 €	3,66 €	4,19%
Médico	602.250,00 €	596.775,00 €	5.475,00 €	1,10 €	1,09 €	0,91%
Asistente Social	558.450,00 €	536.550,00 €	21.900,00 €	1,02 €	0,98 €	3,92%
Psicólogo	405.150,00 €	372.300,00 €	32.850,00 €	0,74 €	0,68 €	8,11%
Fisioterapeuta	377.775,00 €	355.875,00 €	21.900,00 €	0,69 €	0,65 €	5,80%
TASOC	333.975,00 €	268.275,00 €	65.700,00 €	0,61 €	0,49 €	19,67%
CAP. ATENCIÓN DIRECTA	14.158.350,00 €	13.720.350,00 €	438.000,00 €	25,86 €	25,06 €	3,09%
Personal	941.700,00 €	919.800,00 €	21.900,00 €	1,72 €	1,68 €	2,32%
Alimentos y material	1.116.900,00 €	1.095.000,00 €	21.900,00 €	2,04 €	2,00 €	1,96%
Subcontratas	2.277.600,00 €	2.042.175,00 €	235.425,00 €	4,16 €	3,73 €	10,33%
CAP. COCINA	4.336.200,00 €	4.056.975,00 €	279.225,00 €	7,92 €	7,41 €	6,44%
Personal	2.129.775,00 €	1.965.525,00 €	164.250,00 €	3,89 €	3,59 €	7,71%
Productos	323.025,00 €	301.125,00 €	21.900,00 €	0,59 €	0,55 €	6,78%
Subcontratas	1.045.725,00 €	1.018.350,00 €	27.375,00 €	1,91 €	1,86 €	2,62%
CAP. LIMPIEZA/LAVANDERÍA	3.553.275,00 €	3.285.000,00 €	268.275,00 €	6,49 €	6,00 €	7,55%
Personal	470.850,00 €	312.075,00 €	158.775,00 €	0,86 €	0,57 €	33,72%
Material	125.925,00 €	104.025,00 €	21.900,00 €	0,23 €	0,19 €	17,39%
Servicios	1.012.875,00 €	843.150,00 €	169.725,00 €	1,85 €	1,54 €	16,75%
Subcontratas	93.075,00 €	71.175,00 €	21.900,00 €	0,17 €	0,13 €	23,53%
CAP. MANTENIMIENTO/JARDÍN	1.702.725,00 €	1.330.425,00 €	372.300,00 €	3,11 €	2,43 €	21,86%
Director	1.034.775,00 €	1.012.875,00 €	21.900,00 €	1,89 €	1,85 €	21,11 %
Personal administración	552.975,00 €	525.600,00 €	27.375,00 €	1,01 €	0,96 €	4,95%
Material Oficina	71.175,00 €	60.225,00 €	10.950,00 €	0,13 €	0,11 €	15,38%
Auditoría y gestoría	542.025,00 €	438.000,00 €	104.025,00 €	0,99 €	0,80 €	19,19%
CAP. DIRECCIÓN ADMINISTRACIÓN	2.200.950,00 €	2.036.700,00 €	164.250,00 €	4,02 €	3,72 €	7,46%
Personal	903.375,00 €	886.950,00 €	16.425,00 €	1,65 €	1,62 €	1,81%
Amortizaciones	2.693.700,00 €	2.671.800,00 €	21.900,00 €	4,92 €	4,88 €	0,81%
Provisiones	186.150,00 €	164.250,00 €	21.900,00 €	0,34 €	0,30 €	11,76%
Material sanitario	87.600,00 €	60.225,00 €	27.375,00 €	0,16 €	0,11 €	31,25%
Suministros	1.582.275,00 €	1.560.375,00 €	21.900,00 €	2,89 €	2,85 €	1,38%
Pólizas seguros	136.875,00 €	125.925,00 €	10.950,00 €	0,25 €	0,23 €	8,00%
Transporte, mensajería	54.750,00 €	32.850,00 €	21.900,00 €	0,10 €	0,06 €	40,00%
Tributos	93.075,00 €	76.650,00 €	16.425,00 €	0,17 €	0,14 €	17,65%
Arrendamientos	273.750,00 €	136.875,00 €	136.875,00 €	0,50 €	0,25 €	50,00%
Cuotas LARES y Congreg	71.175,00 €	43.800,00 €	27.375,00 €	0,13 €	0,08 €	38,46%
Gastos financieros	125.925,00 €	104.025,00 €	21.900,00 €	0,23 €	0,19 €	17,39%
Otros gastos	169.725,00 €	49.275,00 €	120.450,00 €	0,31 €	0,09 €	70,96%
CAP. COSTES GENERALES	6.378.375,00 €	5.913.000,00 €	465.375,00 €	11,65 €	10,80 €	7,29%
COSTE TOTAL	32.329.875,00 €	30.342.450,00 €	1.987.425,0 €	59,05 €	55,42 €	6,15%

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

COSTE ANUAL: COMPARACIÓN DE COSTES POR SECCIONES (2021-2019)

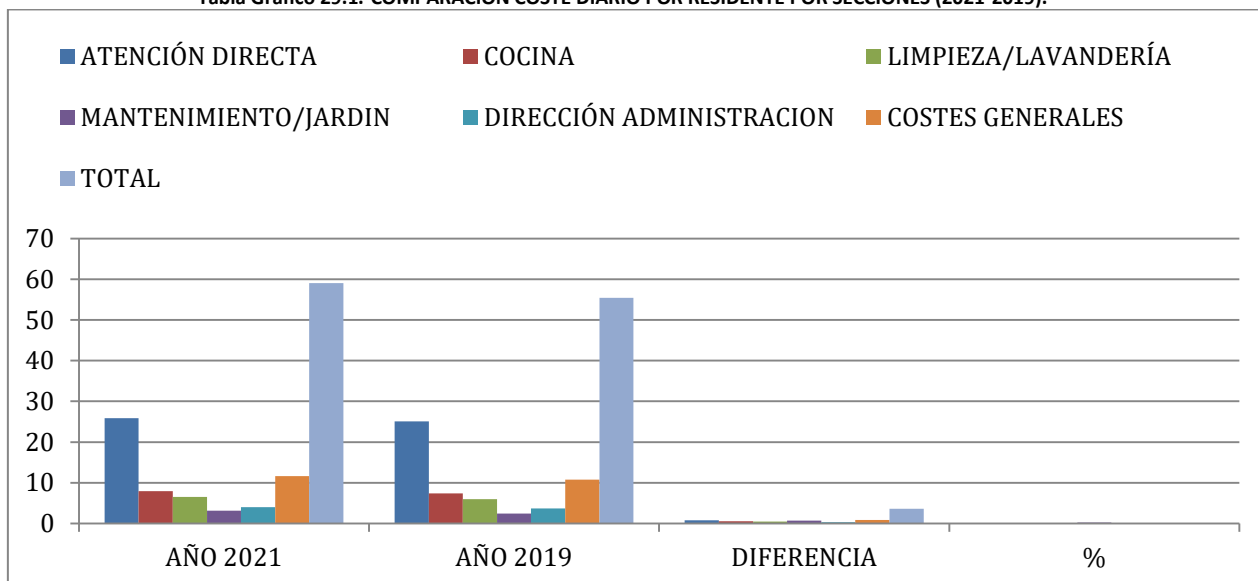
Tabla Grafico 29.0. COMPARACIÓN DE COSTES POR SECCIONES (2021-2019)



Fuente: información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

COSTE ANUAL: COMPARACIÓN COSTE DIARIO POR RESIDENTE EN SECCIONES (2021-2019)

Tabla Grafico 29.1. COMPARACIÓN COSTE DIARIO POR RESIDENTE POR SECCIONES (2021-2019).



Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

Por último, los costes generales han aumentado globalmente un 7,29%. Sin embargo, las partidas que integran esta sección se han comportado de forma muy distinta. En nuestra opinión destaca pequeña subida de las provisiones, y los gastos en transporte y mensajería. Por otro lado, es muy destacable el aumento experimentado por la partida de arrendamientos, que más que duplica su coste total, y de las recogidas en otros gastos (ropa de cama y baño, material de animación y otras subcontratas). **También hemos desglosado los costes de ambos años siguiendo criterios contables.** En la Tabla 30. se observa como los costes de personal se han incrementado de forma sustancial en términos absolutos durante los dos últimos años, debido fundamentalmente al personal de atención directa, que supone un coste con una variación de **421.575,00 €**. También se ha incrementado considerablemente el gasto en servicios. Por el contrario, se ha reducido la partida de compra de bienes y el coste de las subcontratas.

**COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)**

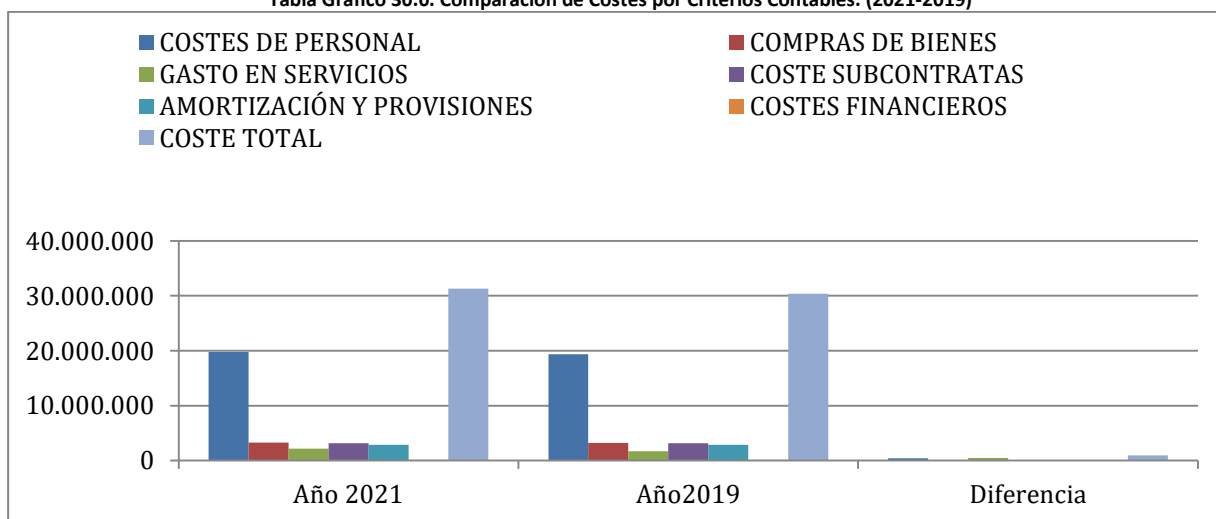
Tabla 30. Comparación de Costes por Criterios Contables (2021-2019)

COSTE ANUAL 1.500 Residentes				COSTE DIARIO POR RESIDENTE		
Costes varios	Año 2021	Año 2019	Variación	2021	2019	% Var.
COSTES DE PERSONAL	19.770.225,00€	19.348.650,00 €	421.575,00 €	36,11 €	35,34 €	2,13%
Personal atención directa	13.994. 100,00 €	13.725.825,00 €	268.275,00 €	25,56 €	25,07 €	1,92%
Personal de servicios	5.475.000,00 €	5. 321.700,00 €	153.300,00 €	10,00 €	9,72 €	2,80%
Otros gastos de personal	306.600,00 €	306.600,00 €	0,00 €	0,56 €	0,56 €	0%
COMPRAS DE BIENES	3.257.625,00 €	3.235.725,00 €	21.900,00 €	5,95 €	5,91 €	0,67%
GASTO EN SERVICIOS	2.151.675,00 €	1.697.250,00 €	454.425,00 €	3,93 €	3,10 €	21,12%
COSTE SUBCONTRATAS	3.153.600,00 €	3.131.700,00 €	21.900,00 €	5,76 €	5,72 €	0,69%
AMORT. Y PROVISIONES	2.857.950,00 €	2.836.050,00 €	21.900,00 €	5,22 €	5,18 €	0,76%
COSTES FINANCIEROS	125.925,00 €	104.025,00 €	21.900,00 €	0,23 €	0,19 €	17,39%
COSTE TOTAL	31.317.000,00 €	30.353.400,00 €	963.600,00 €	57,20 €	55,44 €	3,07 %

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

COSTE ANUAL: COMPARACIÓN DE COSTES POR SECCIONES (2021-2019)

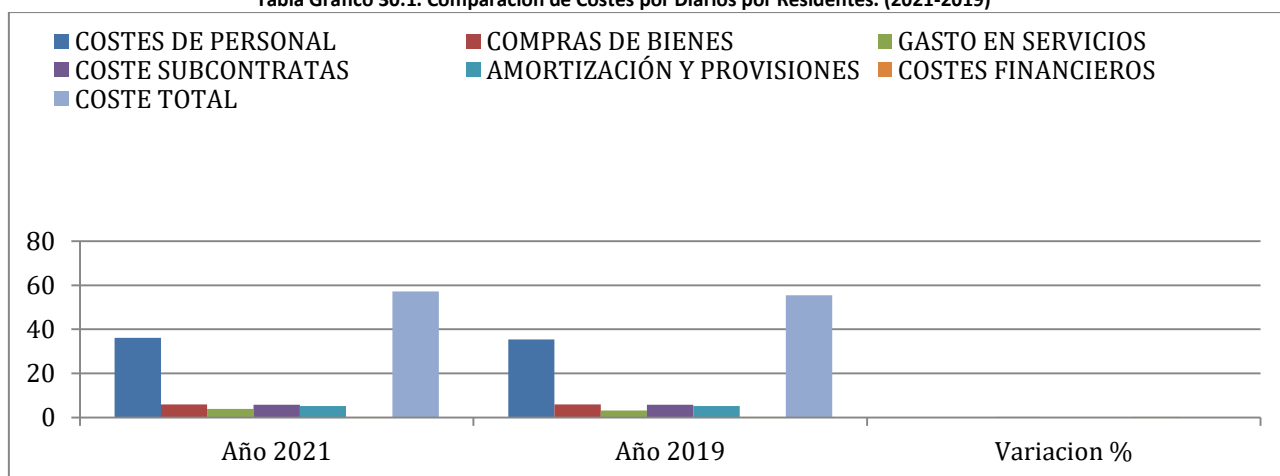
Tabla Grafico 30.0. Comparación de Costes por Criterios Contables. (2021-2019)



Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

COSTE ANUAL: COMPARACIÓN COSTE DIARIO POR RESIDENTE EN SECCIONES (2021-2019)

Tabla Grafico 30.1. Comparación de Costes por Diarios por Residentes. (2021-2019)



Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

5.5. Costes no computados

Antes de finalizar con este apartado, queremos recordar que en este estudio nos hemos basado en costes reales declarados por las residencias. Para poder estimar correctamente este coste hemos tenido que adoptar distintos supuestos, pero siempre hemos seguido el principio de prudencia, de manera que sólo se han incorporado al coste aquellas cantidades que forman claramente parte del mismo. En nuestro estudio nos desmarcamos de otros trabajos que integran dentro del coste cantidades que nosotros no consideramos, como las que mencionamos a continuación.

En primer lugar, los trabajos que intentan estimar los costes en residencias con ánimo de lucro suelen sumar a los costes de funcionamiento un margen comercial de beneficio que se sitúa en torno a un **7%**. En nuestra opinión, el margen de beneficios no debería formar parte del coste en ningún tipo de centro, pero aún tiene menos sentido en residencias de la Comunidad Valenciana que no tienen ánimo de lucro.

Sin embargo, aunque las residencias estudiadas no pretenden repartir beneficios, sí que es cierto que necesitan contar con un margen de seguridad que les permita afrontar momentos delicados en su gestión financiera y de tesorería. Es decir, deben contar con unos ingresos superiores a los gastos para poder gestionar de forma adecuada la residencia. No existe unanimidad en cuanto al volumen de este margen de seguridad, aunque un estudio reciente lo ha fijado en torno al **5%**. En el caso concreto de las residencias de la Comunidad Valenciana, el margen de seguridad estaría también justificado por el tiempo que transcurre entre la prestación del servicio a los usuarios y el cobro de la financiación pública, lo que supone un problema financiero para muchos centros. Pese a los argumentos esgrimidos, en este estudio hemos decidido no incluir este margen de seguridad siguiendo el principio de prudencia mencionado anteriormente.

En segundo lugar, en la estimación del coste también podrían añadirse los costes de oportunidad. Estos pueden referirse a diversas cuestiones, pero la más llamativa nos parece el trabajo no remunerado de voluntarios, religiosos o civiles, en los centros residenciales. Aunque la labor de estas personas no supone un coste monetario para la residencia, de no existir estos voluntarios sería necesario contratar a nuevos trabajadores que sí supondrían un coste. Estos argumentos tampoco nos parecen suficientes para dejar de utilizar el principio de prudencia, por lo que finalmente no hemos incluido estos costes de oportunidad.

6 CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se derivan del estudio realizado son las siguientes: **De los datos obtenidos en las encuestas se puede deducir que el perfil típico de los centros de la Comunidad Valenciana, son centros de tamaño Medio-Grande, localizados en las periferias de los centros urbanos y en edificios relativamente nuevos con una media de antigüedad de 18 años**, en los que la necesidad de rehabilitación no es frecuente, con amplias zonas verdes, se dispone de un número de metros cuadrados por usuario elevado. Desde el estudio anterior, no se han advertido cambios significativos en las características de las residencias. Se mantienen, por tanto, las características de calidad de los centros no ligadas a su carácter solidario, tales como su ubicación y amplitud de espacios.

Se trata de centros cuyas plazas en su mayoría no son concertadas y alcanzan un grado de ocupación elevado, rozando el 97%. Además, en los dos últimos años se ha producido una clara mejoría de la demanda de estas plazas, aumentando la ocupación desde el 94% en 2019 al 96,85% en 2021.

Atendiendo a las características de los usuarios, el perfil es femenino y más envejecido que en 2021. Según el grado de dependencia de los usuarios, el perfil de los centros es muy variado y no se ha modificado de forma importante en los dos últimos años.

Respecto al personal contratado, los centros cumplen sobradamente los requisitos de personal que imponen las distintas administraciones públicas. Además, los salarios pagados exceden de los niveles fijados por el convenio colectivo, tal y como ya ocurría en el estudio del 2020.

Atendiendo a los costes, el Coste Diario por Residente 2021 se eleva a 57,20% en la muestra de 24 centros para los que hemos tenido información completa. La partida que más sobresale es la correspondiente a los costes de personal, que suponen cerca del **36,11%** del total de los costes. Entre éstos destacan especialmente los costes de personal de atención directa, que alcanzan el **25,56 %** del total de costes.

El estudio que llevamos a cabo en 2021 nos ha permitido comparar sus resultados con el presente trabajo. Al coincidir en ambas muestras únicamente 24 centros residenciales, nuestro análisis comparativo de costes se ha ceñido a dichos centros. En estos dos años el Coste Diario por Residente apenas se ha modificado para la muestra de las 24 residencias que se comparan. En realidad, el coste total de los centros sí que ha aumentado, pero este aumento se ha visto compensado por el mayor nivel de ocupación de las residencias respecto a 2015. La partida que más se ha incrementado estos dos años es la referente al gasto en servicios, causado por el aumento del coste de los servicios de auditoría y gestoría y los de mantenimiento. Por el contrario, la partida que más ha disminuido es la referida a costes financieros.

Las vías principales de financiación de las residencias son los residentes y las subvenciones públicas, en especial la proveniente de la Generalitat Valenciana por plazas concertadas, que en la actualidad se sitúa, **con carácter general, en 83,30 € por plaza y día, superior del coste que hemos estimado en este trabajo.**

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Tabla 37. Comparación de costes y subvenciones por plaza y día en centros residenciales 2021

COMPARACIÓN DE COSTES Y SUBVENCIONES POR PLAZA Y DÍA EN CENTROS RESIDENCIALES 2021	
COSTES DE PERSONAL	36,11 €
COMPRAS DE BIENES	5,95 €
GASTO EN SERVICIOS	3,93 €
COSTE SUBCONTRATAS	5,76 €
AMORTIZACIONES Y PROVISIONES	5,22 €
COSTES FINANCIEROS	0,23 €
COSTES DIARIOS POR RESIDENTE EN LOS CENTROS DE LA C.V. 2021	54,75 €
SUBVENCIÓN GENERALITAT VALENCIANA 2021	83,30 €
SUPERÁVIT EN LA FINANCIACIÓN	28,55 €
SUPERÁVIT EN LA FINANCIACIÓN (%)	33,97%

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

A pesar de la existencia de un estudio previo y del proceso informativo efectuado por nosotros en las totalidad de los centros de la Comunidad Valenciana, la mitad de los centros no ha proporcionado sus datos para efectuar el análisis del año 2021. Esta baja respuesta ha limitado también el estudio comparativo (2019-2021) que sólo se ha podido efectuar sobre una muestra del 50% de los Complejos Residenciales Socio Sanitarios Geriátricos de la Comunidad Valenciana. Por este motivo los resultados que se muestran siguen indicando parcialmente la situación financiera de estos centros.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

7 ANÁLISIS DE LOS COSTES DE LOS CENTROS DE DÍA

En los informes anteriores, no fue posible realizar un análisis de los costes de los centros de día pertenecientes al grupo de Centros independientes de la Comunidad Valenciana por la falta de respuestas de este tipo de centros a los cuestionarios. En el de este año, se han obtenido datos de **24 centros mixtos**. Los costes de los centros mixtos se han separado para trabajar, por una parte, los costes de las residencias para el informe principal y la parte de centro de día para la elaboración de este apartado. Por tanto, la muestra con la que se cuenta para el análisis de los costes de centros de atención diurna es de cuatro centros. **La Tabla 38 muestra el Coste Total y el Coste Diario por Residente del conjunto de los 24 centros de día de la muestra para el año 2020, detallados por secciones.** Como es esperable, y al igual que pasa con las residencias, la partida más cuantiosa es la del personal de **atención directa**, que asciende a **21,03 €** por usuario y que representa el **50,2%** de los costes. **El coste en cocina** asciende a una cantidad total de **337.990,00 €**, 200 residentes en el centro de día, en esta partida es destacable la importancia que tienen las subcontratas, ya que representan un **89%** del total del coste. Esto indica que la mayoría de centros de la muestra tienen externalizado el servicio de cocina. **Por otra parte, la sección de limpieza y lavandería** supone un Coste Diario por Residente de **2,52 €**. Esta partida, junto con la de **mantenimiento y jardinería (1,18 € por residente y día)** son menores en los centros de día en comparación con los centros residenciales. Fundamentalmente esto se debe al hecho de no tener habitaciones individuales ni pernoctaciones, y en consecuencia existe un menor coste de mantenimiento, en limpieza de la ropa de cama, limpieza de las habitaciones, etc. **Los gastos de dirección y administración** suman un total para los 200 residentes del centro de día de **256.230,00 €**. En esta sección hay que tener en cuenta que 24 de los centros de la muestra son mixtos y por tanto las funciones del director están compartidas entre la residencia y el centro de día. **La siguiente partida que representa una mayor parte del coste por detrás de la atención directa son los costes generales**, que suponen casi un **22%** del coste total y ascienden a **9,18 €** por usuario y día. Las partidas más importantes que se incluyen en esta sección son las amortizaciones, los suministros y el personal de servicios generales que no se ha incluido en las secciones anteriores.

Tabla 38. Coste por secciones de los Centros de Día de la Comunidad Valenciana (2021)

CONCEPTO CENTRO DE DÍA 200 Residentes	COSTE ANUAL 200 Residentes	COSTE ANUAL 365 días POR RESIDENTE	COSTE DIARIO POR RESIDENTE
Auxiliar/Gerocultor	873.080,00 €	4.365,40 €	11,96 €
Enfermera/ATS	247.470,00 €	1.237,35 €	3,39 €
Médico	75.190,00 €	375,95 €	1,03 €
Asistente Social	56.940,00 €	284,70 €	0,78 €
Psicólogo	41.610,00 €	208,05 €	0,57 €
Fisioterapeuta	71.540,00 €	357,70 €	0,98 €
TASOC	169,360 €	846,80 €	2,32 €
ATENCIÓN DIRECTA	1.535.190,00 €	7.675,95 €	21,03 €
Personal	8.030,00 €	40,15 €	0,11 €
Alimentos y material	27.010,00 €	135,05 €	0,37 €
Subcontratas	302.950,00 €	1.514,75 €	4,15 €
COCINA	337.990,00 €	1.689,95 €	4,63 €
Personal	96.360,00 €	481,80 €	1,32 €
Productos	16.060,00 €	80,30 €	0,22 €
Subcontratas	71.540,00 €	357,70 €	0,98 €
LIMPIEZA/LAVANDERÍA	183.960,00 €	919,80 €	2,52 €
Personal	5.110,00 €	25,55 €	0,07 €
Material	5.110,00 €	25,55 €	0,07 €
Servicios	68.620,00 €	343,10 €	0,94 €
Subcontratas	7.300,00 €	36,50 €	0,10 €
MANTENIMIENTO/JARDINERÍA	86.140,00 €	430,70 €	1,18 €
Director	137.240,00 €	686,20 €	1,88 €
Personal administración	48.910,00 €	244,55 €	0,67 €
Material Oficina	8.760,00 €	43,80 €	0,12 €
Auditoría y gestoría	61.320,00 €	306,60 €	0,84 €
DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN	256.230,00 €	1.281,15 €	3,51 €
Personal	109.500,00 €	547,50 €	1,50 €
Amortizaciones	285.430,00 €	1.427,15 €	3,91 €
Provisiones	1.460,00 €	7,30 €	0,02 €
Material sanitario	2.920,00 €	14,60 €	0,04 €
Suministros	170.090,00 €	850,45 €	2,33 €
Pólizas seguros	18.980,00 €	94,90 €	0,26 €
Transporte, mensajería	5.840,00 €	29,20 €	0,08 €
Tributos	8.030,00 €	40,15 €	0,11 €
Arrendamientos	7.300,00 €	36,50 €	0,10 €
Cuotas LARES y Congreg.	40.880,00 €	204,40 €	0,56 €
Gastos financieros	7.300,00 €	36,50 €	0,10 €
Otros gastos	12.410,00 €	62,05 €	0,17 €
COSTES GENERALES	670.140,00 €	3.350,70 €	9,18 €
COSTE TOTAL	3.069.650,00 €	15.348,25 €	42,05 €

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Tabla 39. Resumen del coste por secciones de los Centros de Día. 2021

COSTE TOTAL POR SECCIONES	Coste Anual 200 Residentes	Coste Anual 365 Días Por Residente	Coste Diario Por Residente	%
ATENCIÓN DIRECTA	1.534.460,00 €	7.672,30 €	21,02 €	50,20%
COCINA	337.990,00 €	1.689,95 €	4,63 €	11,10%
LIMPIEZA Y LAVANDERÍA	184.690,00 €	923,45 €	2,53 €	6,00%
MANTENIMIENTO Y JARDINERÍA	79.570,00 €	397,85 €	1,09 €	2,60%
DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN	255.500,00 €	1.277,50 €	3,50 €	8,40%
COSTES GENERALES	663.570,00 €	3.317,85 €	9,09 €	21,70%
COSTE TOTAL	3.055.780,00 €	15.278,90 €	41,86 €	100%

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

En la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores (DOCV nº 4945, de 14 de febrero), se cita el transporte como uno de los servicios que forma parte de la cartera de servicios básicos de los centros de día. El servicio de transporte implica, según esta orden, el traslado de los usuarios desde el domicilio al centro y viceversa y debe realizarse en vehículos adaptados, que puedan ser utilizados por personas en silla de ruedas.

En el análisis anterior, el coste del transporte no se ha incluido porque este servicio se factura solo a los usuarios que lo utilizan. En la Tabla 40 se detallan los costes de esta sección para los cuatro centros de la muestra, diferenciando entre Coste Total y Coste Diario por Residente, ya que consideramos que aunque no sea relevante para la evaluación de la financiación de Conselleria, si resulta interesante que los centros tengan control de la totalidad de sus costes.

Tabla 40. Detalle del coste en transporte de los Centros de Día de la Comunidad Valenciana 2021

Concepto	Coste Anual 200 residentes	Coste Anual 365 Días por Residente	Coste Diario por Residente
Personal	57.670,00 €	288,35 €	0,79 €
Carburante	16.060,00 €	80,30 €	0,22 €
Amortizaciones	2.190,00 €	10,95 €	0,03 €
Servicios	20.440,00 €	102,20 €	0,28 €
Subcontratas	416.100,00 €	2.080,50 €	5,70 €
TRANSPORTE	512.460,00 €	2.562,30 €	7,02 €

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2022)

El coste de transporte supone 7,02 € por usuario y día de media, esta cantidad representa un 14,4% del total de los costes si se suman todos conjuntamente. Tras añadir el servicio de transporte, el coste por plaza y día asciende a: 48,88 €, un importe muy cercano al coste medio del servicio residencial (54,75 €).

Tabla 41 Resumen del coste por secciones de los Centros de Día incluyendo el coste en transporte. 2021

COSTE TOTAL POR SECCIONES	Coste Anual 200 Residentes	Coste Anual 365 Días Por Residente	Coste Diario Por Residente	%
ATENCIÓN DIRECTA	1.534.460,00 €	7.672,30 €	21,02 €	43,00%
COCINA	337.990,00 €	1.689,95 €	4,63 €	9,50%
LIMPIEZA Y LAVANDERÍA	184.690,00 €	923,45 €	2,53 €	5,20%
MANTENIMIENTO Y JARDINERÍA	79.570,00 €	397,85 €	1,09 €	2,20%
DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN	255.500,00 €	1.277,50 €	3,50 €	7,20%
TRANSPORTE	512.460,00 €	2.562,30 €	7,02 €	14,40%
COSTES GENERALES	663.570,00 €	3.317,85 €	9,09 €	18,50%
COSTE TOTAL	3.568.240,00 €	17.841,20 €	41,88 €	100%

Fuente: Información estadísticas sobre SAAD, elaboración propia (13/10/2)

8 NORMATIVAS

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE núm. 299, 15 diciembre de 2006).

RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE núm. 303, 17 de diciembre de 2008).

Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. (DOGV, núm. 4.945, de 14 de febrero de 2005).

Orden de 5 de diciembre de 2007 de la Conselleria de Bienestar Social por la que se regula los requisitos y condiciones de acceso a las ayudas económicas del programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia en la Comunidad Valenciana (DOCV núm. 5.656, 10 de diciembre de 2007).

Orden de 23 de diciembre de 2009, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan y convocan ayudas en materia de servicios sociales para el ejercicio 2010. (DOCV núm. 6183, 13 de enero del 2010).

Orden 1/2010, de 18 de febrero, de la Conselleria de Bienestar Social, de modificación de la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunitat Valenciana. (DOCV núm. 6214, 25 de febrero de 2010).

Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros socio sanitarios y en la atención domiciliaria (en relación con la obligación que tienen todos los centros socio sanitarios de la Comunitat Valenciana, públicos y privados, de disponer de servicios farmacéuticos) (DOCV núm. 6285, 9 de junio del 2010).

Orden 15/2010, de 14 junio del 2010, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan y convocan ayudas de equipamiento y reforma para centros de servicios sociales generales y centros especializados para el ejercicio 2010. (DOCV núm. 6292, 18 de junio del 2010).

Orden 40/2010, de 27 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan y convocan ayudas en materia de servicios sociales para el ejercicio 2011. (DOCV núm. 6435, 11 de enero de 2011).

Orden 44/2010, de 29 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula y convoca el programa para financiar estancias en residencias de tercera edad en el año 2011. (DOCV núm. 6435, 11 de enero de 2011).

Orden 45/2010, de 29 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula y convoca ayudas de equipamiento y reforma para centros de servicios sociales generales y centros especializados, para el ejercicio 2011. (DOCV núm. 6435, 11 de enero de 2011).

Resolución de 8 de marzo de 2011, de la directora general de Acción Social, Mayores y Dependencia, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se publican las subvenciones concedidas en materia de servicios sociales y las subvenciones en materia de equipamiento y reforma para centros de servicios sociales generales y centros especializados para el ejercicio en el año 2010. (DOCV núm. 6481, 16 de marzo de 2011).

Orden 3/2011, de 28 de abril, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se modifica la disposición transitoria primera de la Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, en su redacción dada por la Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales (DOCV núm. 6515, 6 de mayo de 2011).

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Orden 11/2011, de 16 de diciembre, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se regula y convoca el programa para financiar estancias en residencias de tercera edad en el año 2012. (DOCV núm. 6681, 29 de noviembre del 2011).

Resolución de 15 de febrero de 2012, de la directora general de Acción Social y Mayores, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se publican las subvenciones concedidas en el año 2011 en materia de equipamiento y reforma para centros de servicios sociales generales y centros especializados y las subvenciones en materia de servicios sociales para el ejercicio en el año 2011. (DOCV nº 6724, 29 de febrero de 2012).

Orden 8/2012, de 20 de febrero, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores. (DOCV nº 6728, 6 de marzo de 2012).

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. (BOE Nº 168, 14 de Julio de 2012).

Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. (BOE nº 185, 3 de agosto de 2012).

Orden 21/2012, de 25 de octubre, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se regulan los requisitos y condiciones de acceso al programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Valenciana. (DOCV nº 6892, 30 de octubre de 2012).

Orden 15/2012, de 28 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula y convoca el programa para financiar estancias en residencias de la tercera edad en el año 2013. (DOCV nº 6949, 23 de enero de 2013).

Orden 15/2012, de 28 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula y convoca ayudas en materia de servicios sociales para el ejercicio 2013. (DOCV nº 6947, 21 de enero de 2013).

Orden 12/2012, de 28 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula y convoca el programa para financiar estancias en residencias de tercera edad en el año 2013. (DOCV nº 6949, 23 enero de 2013).

Resolución de 11 de enero de 2013, de la directora general de Acción Social y Mayores, por la que se publican las subvenciones concedidas en el año 2012 en materia de equipamiento y reforma para centros de servicios sociales generales y centros especializados y las subvenciones en materia de servicios sociales para el ejercicio en el año 2012. (DOCV nº 6954, 30 de enero de 2012).

Real Decreto Ley 8/2013, de 28 de junio, de medidas urgentes contra la morosidad de las administraciones públicas y de apoyo a entidades locales con problemas financieros. (BOE nº 155, 29 de junio de 2013).

Decreto 113/2013, de 2 de agosto, del Consell, por el que se establece el régimen y las cuantías de los precios públicos a percibir en el ámbito de los servicios sociales. (DOCV nº 7.083, 6 de agosto de 2013).

Orden 27/2013, de 26 de diciembre, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se regulan y convocan ayudas en materia de servicios sociales para el ejercicio 2014. (DOCV nº 7.186, 7 de enero de 2014).

Orden 25/2014, de 16 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regulan y convocan ayudas en materia de servicios sociales especializados de la tercera edad para el ejercicio 2015. (DOCV nº 7.429, 23 de diciembre de 2014).

Orden 33/2014, de 19 de diciembre, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se regula y convoca el programa para financiar estancias en centros de día para personas mayores dependientes en el año 2015. (DOCV nº 7.433, 30 de diciembre de 2014).

Orden 34/2014, de 22 de diciembre, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden 21/2012, de 25 de octubre, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se regulan los requisitos y condiciones de acceso al programa de atención a las personas y a sus familias en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunitat Valenciana. (DOCV nº 7.434, 31 de diciembre de 2014).

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO DE COSTES (2023)

Orden 36/2014, de 22 de diciembre, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se regula y convoca el programa para financiar estancias en residencias de tercera edad en el año 2015. (DOCV nº 7.435, 2 de enero de 2015).

Orden 8/2015, de 29 de diciembre, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones en materia de servicios sociales especializados de personas mayores. (DOGV núm. 7691, de 5 de enero de 2015)

Resolución de 7 de julio de 2015, de la vicepresidenta del Consell y consellera de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se da publicidad a los créditos que financian las ayudas convocadas mediante la Orden 36/2014, de 22 de diciembre, de la Consellería de Bienestar Social, por la que se regula y convoca el programa para financiar estancias en residencias de la tercera edad en el año 2015 (DOGV núm. 7570, de 14 de julio de 2015)

Resolución de 3 de febrero de 2016, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se convocan para el ejercicio 2016 las subvenciones en materia de servicios sociales especializados de personas mayores. (DOGV núm. 7720, de 15 de febrero de 2016)

Orden 7/2016, de 7 de abril, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones relativas al programa Bono Respiro y subvenciones para financiar estancias en centros de día para personas dependientes y en residencias de tercera edad. (DOGV núm. 7758, de 12 de abril de 2016)

Orden 10/2016, de 2 de mayo, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se establecen las bases reguladoras de la concesión de subvenciones en materia de equipamiento para centros de servicios sociales especializados de personas mayores. (DOGV núm. 7779, de 11 de mayo de 2016)

Resolución de 23 de junio de 2016, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se convocan para el ejercicio 2016 subvenciones en materia de equipamiento para centros de servicios sociales especializados de personas mayores. (DOGV núm. 7820, de 4 de junio de 2016)

Resolución de 30 de diciembre de 2016, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se convocan para el ejercicio 2017 subvenciones en materia de equipamiento para centros de servicios sociales especializados de personas mayores. (DOGV núm. 7962, de 20 de enero de 2017)

Resolución de 30 de diciembre de 2016, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se convocan para el ejercicio 2017 las subvenciones en materia de servicios sociales especializados de personas mayores. (DOGV núm. 7963 de 23 de enero de 2017)

Resolución de 7 de abril de 2017, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se da publicidad a los créditos que han de financiar las ayudas convocadas mediante la Resolución de 30 de diciembre de 2016, de la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, por la que se convocan para el ejercicio 2017 las subvenciones en materia de servicios sociales especializados de personas mayores. (DOGV núm. 8021, de 18 de abril de 2017)

Decreto 62/2017, de 19 de mayo, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el grado de dependencia a las personas y el acceso al sistema público de servicios y prestaciones económicas. (DOGV núm. 8061, de 13 de junio de 2017)

10 LEY DE DEPENDENCIA PARA CENTROS RESIDENCIALES SOCIO SANITARIOS GERIÁTRICOS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

El año 2021 en un incremento de los precios de las plazas de un 8% derivada de los nuevos modelos de atención, más especializado, se traducen en una atención más personalizada, con más de personal asistencial.

El precio de referencia para el año 2021 es de 1.825 € para las plazas residenciales y de 925,00 € para los centro de día.

Existe un desconocimiento de la población de cuáles son los precios de las residencias de ancianos para personas mayores dependientes. En este post intentaremos responder a la cuestión ¿Residencia de ancianos precios, cuánto cuestan y por qué?

Cuando una familia o persona interesada inicia la búsqueda de una residencia para personas mayores dependientes privada, podrá observar que existe una gran variedad de precios dependiendo de la distancia a la capital de la provincia, del tipo de centro y de los servicios que ofrece.

Residencia de ancianos precios

El estudio realizado por el Departament d'Economia Aplicada de Universitat de València "Estimación de los costes los centros Residenciales socio Sanitarios Geriátricos de la Comunidad Valenciana 2020", el coste estimado de una plaza residencial asciende a **56,16 €/ día, que equivale a 1.708,20 €/mes.**

En el año 2021 se va a producir un incremento del 22% en los ratios de personal exigidos de atención directa en las residencias para personas mayores en la Comunidad Valenciana. Esto va a permitir la implantación de modelos de cuidados centrados en la persona. El año 2021 nos trae un incremento del **8%** en los costes de atención situándose alrededor de los **1.825,00 €.**

Los centros pertenecientes al sector solidario de los centros de la Comunidad Valenciana o también llamados sin ánimo de lucro suelen tener precios más ajustados al no tener necesidad de repartir beneficios. Sin embargo, deben fijar sus precios en función del coste del mismo, que como mínimo debería ser el fijado por la Generalitat Valenciana para cada año.

La Convocatoria para las plazas de acción concertada social de la Generalitat Valenciana en el **año 2021 se fijará un precio de referencia de 60,00 € por plaza/día, lo que supone un coste de 1.825 €/ mes.**

Si desgranamos en detalle vemos que el 44% es coste de atención directa, fundamentalmente personal sanitario o social especializado.

Porque cuando hablamos del perfil de la persona mayor que precisa el servicio residencial, hablamos de ancianos que superan los 80 años. Esta edad viene asociada en muchos casos con situaciones de gran dependencia y pluripatologías, por lo que se requiere una atención y cuidados profesionales muy especializados para poder ofrecer el servicio con la calidad que merecen.

Las residencias para mayores, tanto públicas como privadas, conllevan por tanto un gasto considerable para poder prestar este servicio adecuadamente.

Pero como hemos comentado, hay mucha variedad en los precios. Una vez hayamos iniciado la búsqueda podremos comprobar que los precios de las diferentes residencias en la **Comunidad Valenciana oscilan entre los 1.750,00 € y más de 2.200,00 €.**

Un factor que influye en el coste es el grado de especialización del centro. Algunos centros disponen de enfermería 24 h. para poder prestar cuidados post operatorios, cuidados paliativos o daños cerebrales, lo que conlleva un precio más elevado.

Las mejores residencias y centros de día cuidan sin sujeciones. Son muchos los efectos negativos asociados a su uso, y en la mayoría de los casos cuando se usan es por causas organizativas y no por ser beneficiosas para los

mayores. Si puedes elige un centro que trabaje sin sujeciones y que esté acreditado por alguna tercer parte. Las entidades más importantes en España que acreditan centros sin sujeciones son CEOMA, Fundación Cuidados Dignos, Fundación María Wolf y la Asociación Dignitas Vitae.

La ubicación fuera de las capitales de provincia es un factor que en principio influye a la baja en los costes. Teniendo en cuenta que la cuantía media de las prestaciones por jubilación que cobra una persona mayor es de 1.000,00 €, más de la mitad de las personas que necesitan una residencia privada tendrán dificultades para poder pagarla, debiendo por tanto buscar otras soluciones.

En este otro post hablamos de los costes de los centros de día para personas mayores. En los que ha habido cambios muy importantes los últimos años con la eliminación del copago en las plazas públicas y concertadas.

Residencia para mayores pública o concertada

Si la persona mayor dependiente necesita ingresar en una residencia pero no cuenta con los recursos económicos necesarios para poder pagarla, el primer paso que debe hacer es acudir a los servicios sociales del municipio que le corresponda para que la trabajadora social una vez valorada su situación pueda tramitar el recurso adecuado (residencia pública o concertada).

Los precios para las residencias públicas o concertadas de la comunidad valenciana se calculan en base a una fórmula que garantiza poder asumirlo con los ingresos mensuales de la persona mayor y disponer al mismo tiempo de cierta cantidad para sus gastos personales. En caso de querer solicitar un servicio residencial a través de la ley de dependencia, en el post Ley de Dependencia: ¿Cómo se inicia la solicitud? Se detallan todos los pasos a seguir para iniciar esta solicitud. Aunque bien es cierto que los tiempos de espera son bastante largos y de no ser una situación de extrema urgencia, la familia deberá costear una residencia de mayores privada durante un tiempo o buscar otras fuentes de financiación.

Desde el 1 de enero del año 2017 existe en la comunidad valenciana un nuevo tipo de prestación que pretende combinar lo mejor de las prestaciones y de las plazas concertadas. Aunque cada caso debe ser valorado de forma individualizada.

Renta Vitalicia, hipoteca inversa y otros productos financieros

En el caso de que la familia no pueda ayudar en el coste de la plaza residencial y la persona mayor no cuente con ahorros suficientes para afrontar los pagos mensuales por mucho tiempo pero tiene un piso o casa en propiedad, se puede recurrir a la renta vitalicia o hipoteca inversa como una forma de hacer “liquido” nuestro patrimonio inmobiliario, es decir, utilizar su vivienda que en principio ya no va a necesitar para pagar el coste de la residencia. En el anterior post publicado Renta vitalicia vs Hipoteca Inversa ¿Qué son y para qué sirven? os explicamos en qué consisten estas herramientas financieras. Importante saber que cada producto tiene unas características diferentes que se adaptan a las distintas circunstancias en las que se encuentra la Persona Mayor, pero ambos permiten complementar la pensión con unos ingresos extra mensuales y para toda la vida.

Papel de la Administración Pública ante la Dependencia

Al margen de estas propuestas que nos pueden solucionar una situación de extremada necesidad, debemos seguir exigiendo a las administraciones su responsabilidad para todas las personas que se encuentran en una situación de dependencia y carezcan de recursos económicos, puedan optar al servicio o ayudas técnicas en los plazos que establece la ley, reduciendo las listas de espera y demoras en la recepción de estas ayudas.



COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA

01/01/2023

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

ÍNDICE

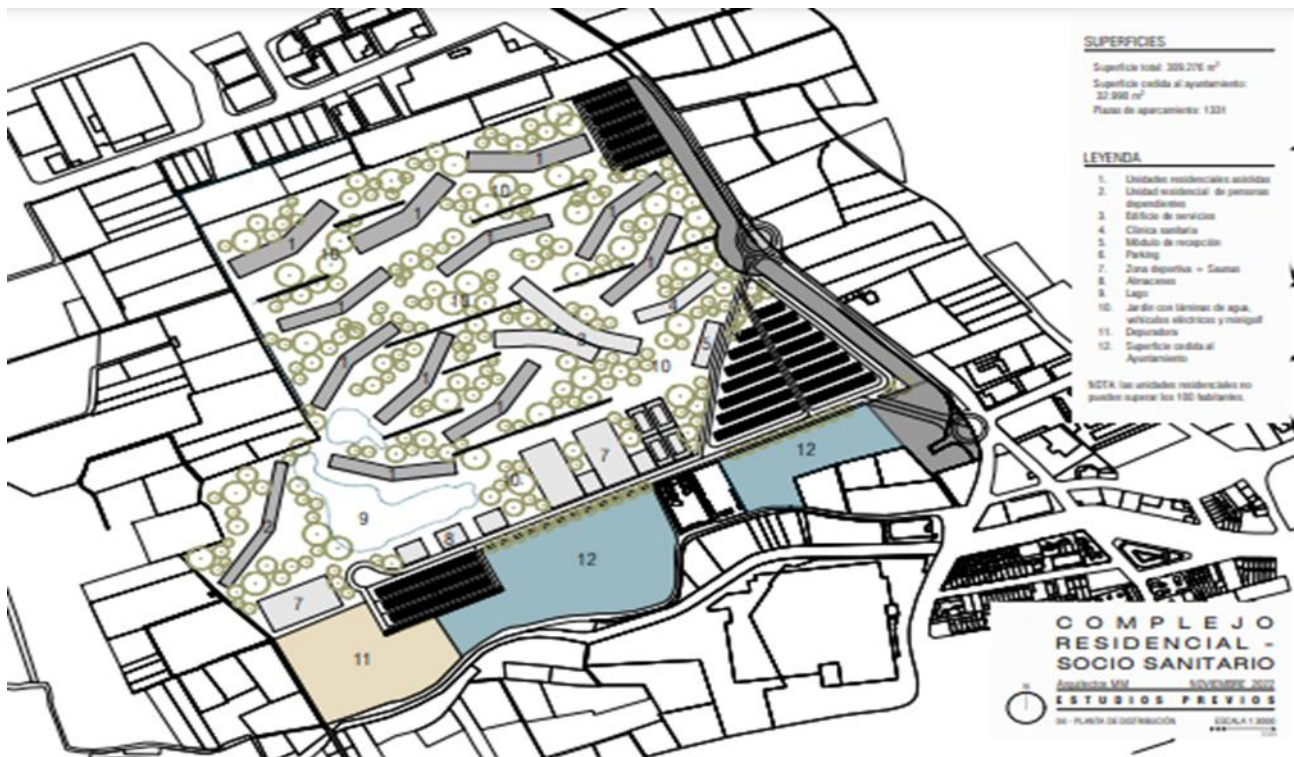
0º Ubicación Parcela	05
1º Cuadro superficie construida	06
2º Compra del solar	07
3º Costes urbanización (DIC)	09
4º Jardines y Muros	10
5º Construcción	11
6º Instalaciones Deportivas	13
7º Depuradora de Aguas Residuales (EDAR)	14
8º Pozo, Planta Potabilizadora	15
9º Honorarios de los Facultativos	16
10º Licencias y Autorizaciones	19
11º Seguros e Impuestos	21
12º Gastos de Gestión	22
13º Gastos Comercialización.	23
14º Gastos Financieros	24
15º Total gastos del proyecto	26
16º Sociedad Propietaria	28
17º Sociedad Explotadora	30

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

0. UBICACIÓN PARCELA



ESQUEMA DE LAS UNIDADES DE OBRA (01/01/2023)

Concepto	Und	Medición
Parcela. (Partida Terranova Piles 145 parcelas)	1	316.939,00 m ²
Parcela cedida al Ayuntamiento de Piles.	10%	31.694,00 m ²
Superficie de protección de carreteras.	2,45%	7.773,00 m ²
(DIC) Declaración de Interés Comunitario: Solicitud de uso y aprovechamiento en suelo no urbanizable de actividades industriales y productivas, terciarias o de servicios, o instalaciones para generación de energía renovable.	1	316.939,00 m ²
Edificios Residenciales.	12	66.000,00 m ²
Edificios Residentes asistidos.		3.900,00 m ²
Edificio Sanitario.	1	6.000,00 m ²
Edificio Almacén.	3	6.000,00 m ²
Edificios de servicios.	1	15.000,00 m ²
Zona del Parking. (1.500 plazas en cuatro zonas del Complejo)	1	18.000,00 m ²
Zona Deportiva: Pabellón interior con Piscina Climatizada, 50 X 25 m.		
Exterior con Piscina de 50 X 25 m.	1	30.000,00 m ²
(EDAR) Zona Depuradora, (6.000 Personas, caudal medio al año aproximadamente es de: 593.125 m ³)	1	15.000,00 m ²
Zona Verde, Jardín Mediterráneo, Arbolado equipado con zonas de descanso, paseo, etc.	1	159.969,00 m ²
Zona Mini Campo de Golf. (10 hoyos)	1	30.000,00 m ²
Viales Interiores y Exteriores,		33.200,00 m ²
Muro Perimetral, Dos entradas Principales y Ocho entradas secundarias.	1	2.775,00 ml.
Energía Fotovoltaica.	1	40.000,00 m ²
Energía Geotérmica.	1	1.200,00 m ²
Zona del pozo de agua potable, instalaciones de la Potabilizadora de agua del pozo.	1	7.500,00 m ²

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

1. CUADRO DE SUPERFICIES

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

SUPERFICIES				
Superficie de la parcela. (PI)	316.939,00 m ²			
Superficie de sesión al Ayuntamiento de Piles. (10%)	31.694,00 m ²			
Superficie de protección de carreteras.	7.773,00 m ²			
Superficie parcela resultante. (PR)				277.469,00 m²
EDIFICACIONES SOCIO SANITARIAS				
Unidades residenciales.	2.000,00 m ²	X 11 Unidades	X 3 plantas =	66.000,00 m ²
Edificio de servicio.	5.000,00 m ²	X 01 Unidad	X 3 plantas =	15.000,00 m ²
Edificio Sanitario.	2.000,00 m ²	X 01 Unidad	X 3 plantas =	6.000,00 m ²
Módulo de recepción.	800,00 m ²	X 01 Unidad	X 3 plantas =	2.400,00 m ²
Edificio de residentes asistidos.	1.300,00 m ²	X 01 Unidad	X 3 plantas =	3.900,00 m ²
TOTAL m² construidos:				93.300,00 m²
TOTAL ocupación de la parcela:	11.100,00 m²			
OTRAS EDIFICACIONES				
Edificio Vestuarios y Servicios comunes.	500,00 m ²	X 1 Unidad	X 2 plantas =	1.000,00 m ²
Zona Deportiva: Edificio Piscina cubierta y pistas de múltiples usos.	5.000,00 m ²	X 1 Unidad	X 2 plantas =	10.000,00 m ²
Exteriores: Piscina descubierta, pistas de múltiples usos.	25.000,00 m²	X 1 Unidad	X 0 plantas =	25.000,00 m²
Edificio zona Sauna, Vestuarios y Servicios.	400,00 m ²	X 1 Unidad	X 2 plantas =	800,00 m ²
Almacenes.	2.000,00 m ²	X 3 Unidad	X 2 plantas =	12.000,00 m ²
TOTAL m² construidos:				23.800,00 m²
TOTAL ocupación de la parcela: No incluido exteriores de la Zona Deportiva. (25.000,00 m²)	7.900,00 m²			
EDIFICACIONES SOCIO SANITARIAS				
			PI	PR
TOTAL m ² construidos:	93.300,00 m ²		0,28 m ² t/m ² s	0,32 m ² t/m ² s
TOTAL ocupación de la parcela:	11.100,00 m ²		03,51%	04,01%
OTRAS EDIFICACIONES				
			PI	PR
TOTAL m ² construidos:	23.800,00 m ²		0,12 m ² t/m ² s	0,14 m ² t/m ² s
TOTAL ocupación de la parcela:	7.900,00 m ²		02,50%	02,85%
TOTAL m² CONSTRUIDOS:	117.100,00 m²		0,40 m²t/m²s	0,46 m²t/m²s
TOTAL OCUPACIÓN DE LA PARCELA:	19.000,00 m²		06,01%	06,86%
INSTALACIONES				
			PI	PR
Parcela Zona Depuradora de aguas residuales. (EDAR)	15.000,00 m ²		04,74%	05,40%
Parcela del pozo de agua potable, Zona Planta Potabilizadora.	7.500,00 m ²		02,37%	02,70%
PARKING				
			PI	PR
Superficie aparcamiento.	18.000,00 m ²		05,68%	05,41%
Plazas de parking.	1.500,00 plazas			
VIALES				
			PI	PR
Superficie de viales: Exterior del recinto.	16.600,00 m ²		05,05%	05,99%
Interior del recinto.	16.600,00 m ²		05,05%	05,99%
ACCESOS PEATONALES, JARDÍN MEDITERRÁNEO				
			PI	
(Incluido lago y Mini campo de Golf) Parcela 316.939,00 m²	204.439,00 m²		64,50 %	
ACCESOS PEATONALES, JARDÍN MEDITERRÁNEO				
				PR
(Incluido lago y Mini campo de Golf) Parcela 277.469,00 m²	189.969,00 m²			68,46%

Fuente: elaboración Estudio Arquitectura (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES) ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

2. COMPRA DEL SOLAR

El precio del solar de **316.939,00 m²**. Ascende a un total de: **17.166.950,00 €**, más el 21% de IVA.: **3.605.059,50 €**. Los gastos documentales originados por la escritura pública ascienden a un total de **864.883,00 €**, más el 21% IVA. **181.625,43 €**, Los cuales quedan desglosados en el siguiente gráfico. **(5,05%)** Estos costes se han calculado tal y como establecen el **RD 1426/1989, de 17 de Noviembre** por el que se aprueba el Arancel de los Notarios.

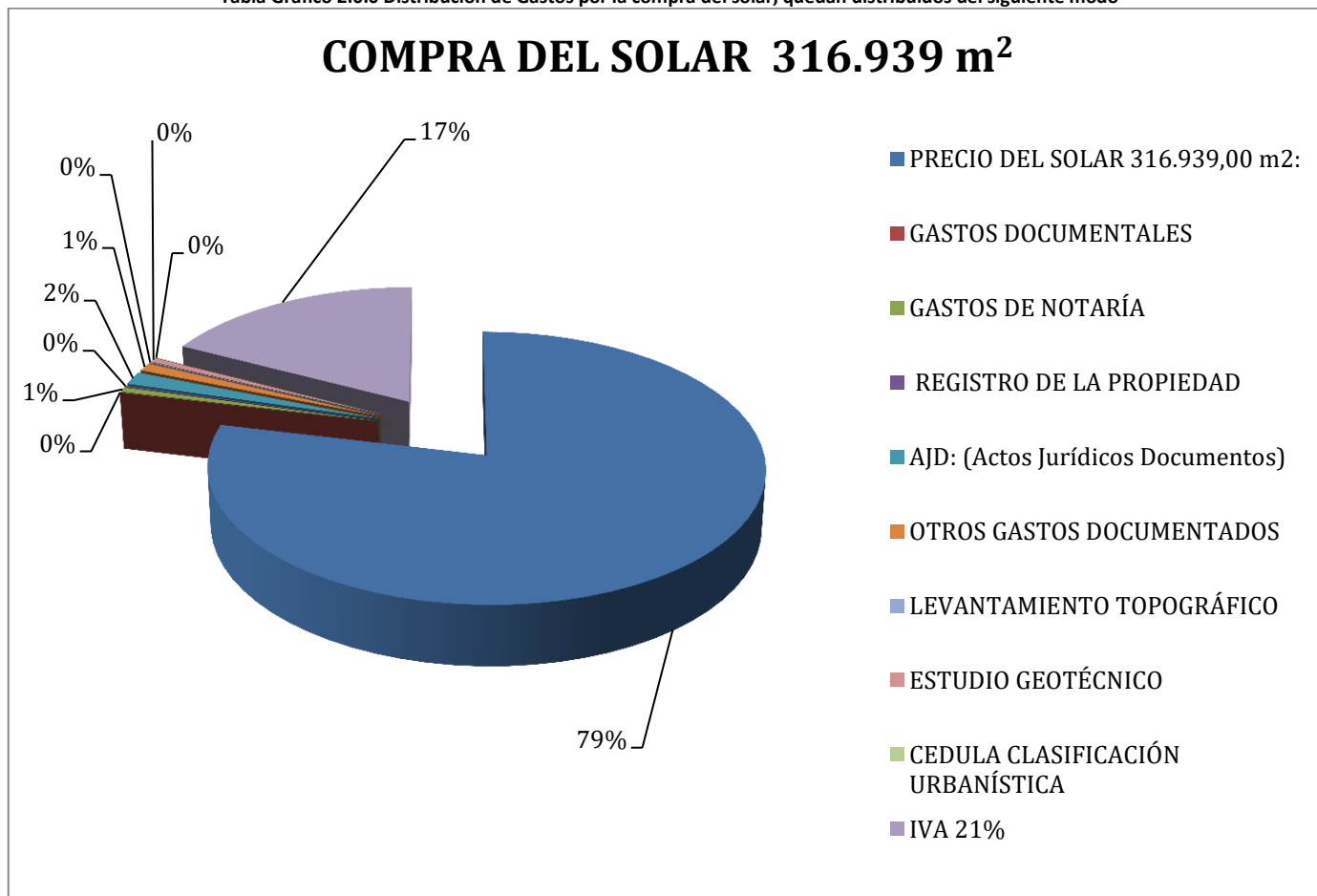
En concreto en este caso se aplica la cuantía estipulada en el **Anexo I, número 2, apartado 1 letra f, de dicho Real Decreto**, el cual establece una normativa que regula el precio del solar. Del mismo modo el coste originado por el Registro de la propiedad, se ha calculado de acuerdo al

Estos gastos se devengarán en el mes 1, al formalizar la escritura pública. Puesto que la compra venta se realiza con una empresa, esta acción está sujeta al pago de un solo impuesto el IVA a un tipo impositivo del 21% tal y como establece la **Ley 37/1992, de 28 de diciembre, y el AJD a un tipo impositivo tal y como establece el Decreto-ley 1/2012, de 5 de enero, del Consell**, de medidas urgentes para la reducción del déficit en la Comunitat Valenciana, tipo impositivo vigente hasta el **31 de Diciembre del 2013**.

Corresponde pues pagar por la compra del solar en concepto de AJD (**Actos Jurídicos Documentos**) y en concepto de IVA, se abonarán en el momento que se realiza la escritura pública de la compra del solar.

También se han contemplado los costes de otros gastos, como el **levantamiento topográfico** para la comprobación exacta de la superficie de la parcela y del estudio geotécnico, que se realizará para tener constancia que el suelo de dicha parcela es apto para realizar las edificaciones que se pretenden llevar a cabo. Además de la **cédula de calificación urbanística que se solicitará en el ayuntamiento**.

Tabla Grafico 2.0.0 Distribución de Gastos por la compra del solar, quedan distribuidos del siguiente modo



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

Así pues, quedan distribuidos del siguiente modo todos los resultados obtenidos en el cálculo de costes de Gastos por la compra del solar. (Tabla 2.0.)

Tabla 2.0. Distribución de Gastos por la compra del solar, quedan distribuidos del siguiente modo:

COMPRA DEL SOLAR 316.939 m² EN LA PARTIDA TERRA NOVA DE PILES, DONDE SE UBICARA EL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO		
1º PRECIO DEL SOLAR 316.939 m² 1º I.V.A. Soportado 21% Residencial: 20.000 m ² Precio: 116,00 € Total: 2.320.000,00 € Agrario: 296.939 m ² Precio: 50,00 € Total: 14.463.800,00 €	(09,37 % 182.587.812,00 €)	17.116.950,00 € 3.594.559,50 €
2º GASTOS DOCUMENTALES 2º I.V.A. Soportado 21%	(0,07 % 17.116.950,00 €)	11.982,00 € 2.516,222 €
3º GASTOS DE NOTARÍA 3º I.V.A. Soportado 21%	(0,75 % 17.166.950,00 €)	128.753,00 € 27.037,95 €
4º REGISTRO DE LA PROPIEDAD 4º I.V.A. Soportado 21%	(0,20 % 17.116.950,00 €)	34.334,00 € 7.210,12 €
5º AJD (Actos Jurídicos Documentados) 5º I.V.A. Soportado 21%	(2,00 % 17.116.950,00 €)	342.339,00 € 71.891,19 €
6º OTROS GASTOS DOCUMENTADOS 6º I.V.A. Soportado 21%	(1,25 % 17.116.950,00 €)	213.962,00 € 44.932,00 €
7º LEVANTAMIENTO TOPOGRÁFICO 7º I.V.A. Soportado 21%	(0,10 % 17.116.950,00 €)	17.117,00 € 3.594,56 €
8º ESTUDIO GEOTÉCNICO 8º I.V.A. Soportado 21%	(0,67 % 17.116.950,00 €)	114.684,00 € 24.083,55 €
9º CEDULA CLASIFICACIÓN URBANÍSTICA Y VARIOS 9º I.V.A. Soportado 21%	(0,01 % 17.116.950,00 €)	1.712,00 € 359,46 €
TOTAL COMPRA SOLAR		18.031.833,00 €
TOTAL IVA SOPORTADO (21 %)		3.786.684,93 €
Gastos de Notaría 5.05% del precio de compra de la parcela: 864.883,00 € IVA 21% 181.625,43 € Total: 1.046.508,43 € (09,85 % 182.587.812,00 €)		

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

3. COSTES DEL PROYECTO DE URBANIZACIÓN. (DIC - Declaración de Interés Comunitario)

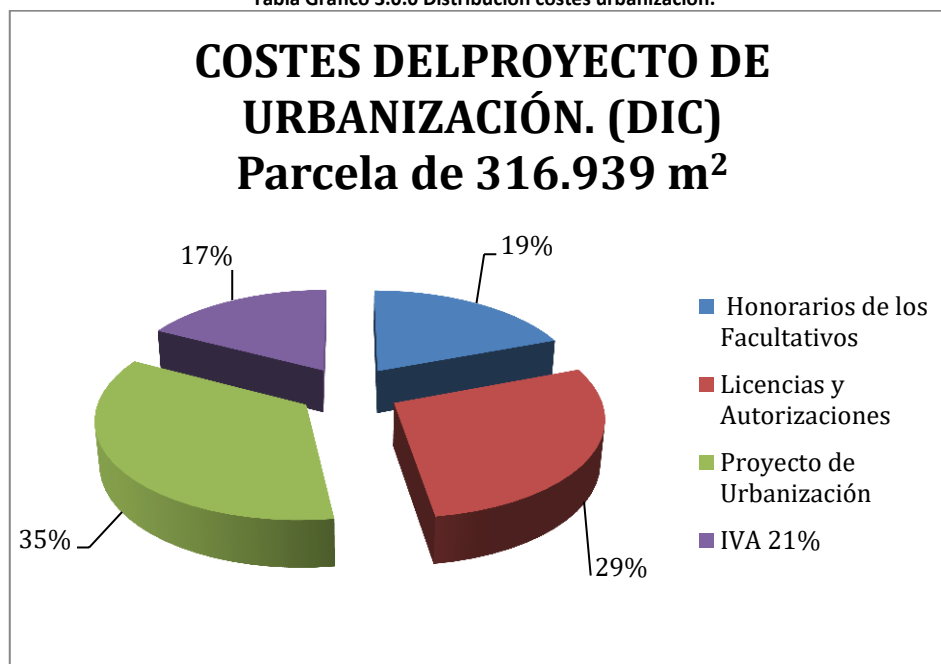
Como el terreno en el que se pretende llevar a cabo el proyecto no está urbanizado, se han calculado los costes de dicha urbanización los cuales ascienden a un total de: **6.108.218,00 €**, más el IVA Soportado 21%: **1.282.725,78 €**, distribuidos del siguiente modo (tabla 3.0.).

Tabla 3.0. Distribución costes urbanización

COSTES DEL PROYECTO DE URBANIZACIÓN. (DIC) (Declaración de Interés Comunitario)		
1º Honorarios de los Facultativos (316.939 m ²) (4,50 €)	(01,36 % 105.000.000,00 €)	1.425.763,00 €
1º I.V.A. Soportado 21%		299.410,10 €
2º Licencias y Autorizaciones (316.939 m ²) (6,62 €)	(2,00 % 105.000.000,00 €)	2.100.000,00 €
2º I.V.A. Soportado 21%		441.000,00 €
3º Proyecto de Urbanización (316.939 m ²) (8,15 €)	(02,46 % 105.000.000,00 €)	2.582.455,00 €
3º I.V.A. Soportado 21%		542.315,47€
TOTAL COSTES URBANIZACIÓN	(03,34 % 182.587.812,00 €)	6.108.218,00 €
TOTAL IVA SOPORTADO (21 %)		1.282.725,78 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 3.0.0 Distribución costes urbanización.



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

4. JARDINES, MURO Y VALLA PERIMETRAL

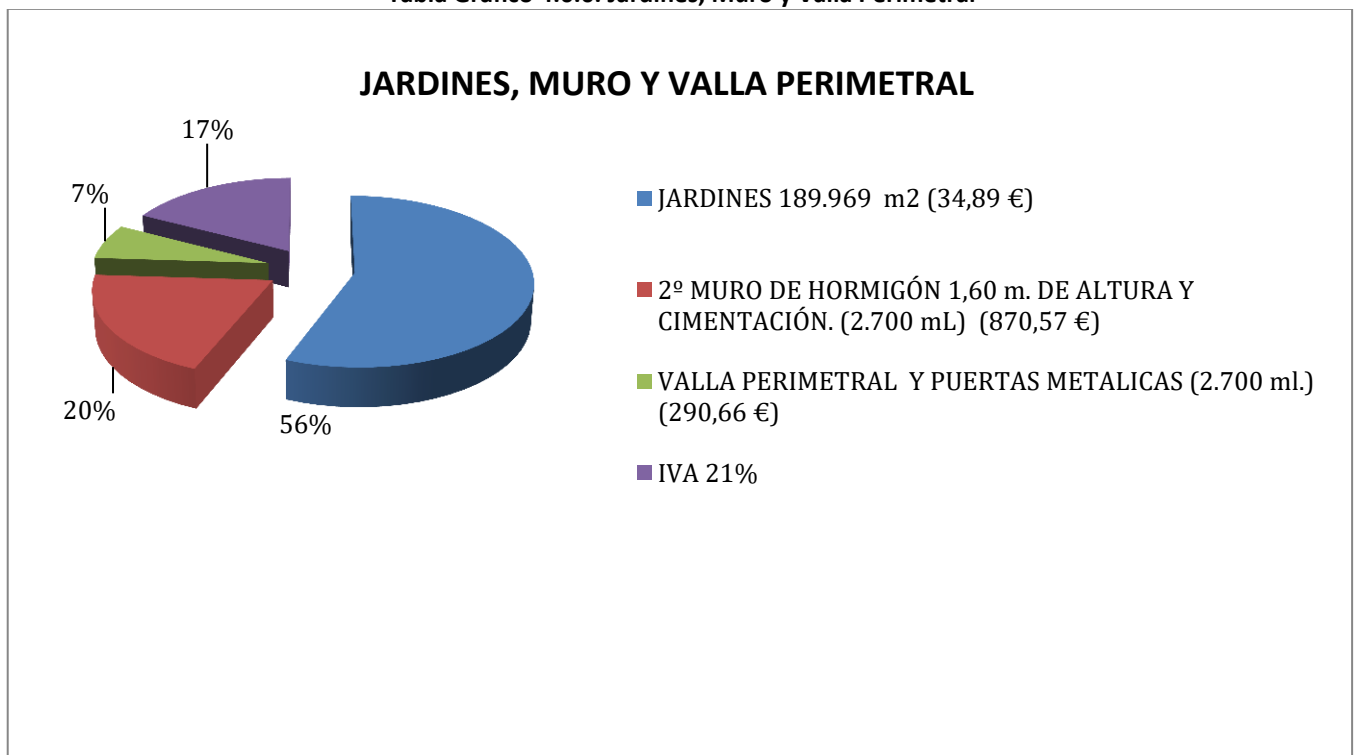
Tabla 4.0. Jardines, muro y valla perimetral

JARDINES, MURO Y VALLA PERIMETRAL		
1º JARDINES, LAGOS Y ACCESORIOS DE JARDINERÍA (189.969 m²) (34,89 €) 1º I.V.A. Soportado 21%	(67,88 % 9.763.761 ,00 €)	6.628.440,00 € 1.391.972,40 €
2º MURO DE HORMIGÓN 1,60 m. DE ALTURA Y CIMENTACIÓN (2.700 m^l) (870,57 €) 2º I.V.A. Soportado 21%	(24,08 % 9.763.761,00 €)	2.350.539,00 € 493.613,19 €
3º VALLA PERIMETRAL Y PUERTAS METÁLICAS (2.700 mL) (290,66 €) 3º I.V.A. Soportado 21%	(08,04 % 9.763.761 ,00 €)	784.782,00 € 164.804,22 €
TOTAL EJECUCIÓN Y MATERIAL I.V.A. Soportado 21%	(05,36% 182.587.812,00 €)	9.763.761,00 € 2.050.389,81 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 4.0.0. Jardines, Muro y Valla Perimetral



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

5. CAPÍTULOS DE LAS UNIDADES DE OBRA DE LA CONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

Para calcular el coste de construcción se utilizó el valor de construcción que publica el Ministerio de Economía y Hacienda, para esto se basó en el Módulo Básico de Construcción de una población cercana a la de estudio y con similares características, se obtuvo un MBC-4, dicho valor se incrementó con el factor de actualización que publica anualmente la Consellería de Hacienda y Administración Pública de la Comunidad Valenciana, y se obtuvo el módulo actualizado.

Este módulo se modificó utilizando los coeficientes que establece el cuadro de coeficientes de valor de las construcciones del Real Decreto 1020/1993, de 25 de junio, que en función del uso, clase, modalidad y categoría, modifica el valor unitario del coste de construcción y así, con el valor unitario de cada tipología constructiva y con las superficies definidas en el apartado Decisiones sobre el Proyecto de este estudio, se obtuvieron los costes de ejecución material de cada edificación que se pretende ejecutar.

Coste de la construcción, material, mano de obra, y maquinaria a utilizar para la ejecución de la obra: Precio: 105.000.000,00 €, IVA, Soportado 10%: 10.500.000,00 €

REAL DECRETO: 1020/1993, de 25 de junio, por el que se aprueban las normas técnicas de valoración y el cuadro marco de valores del suelo y de las construcciones para determinar el valor catastral de los bienes inmuebles de naturaleza urbana.

Así pues, quedan distribuidos del siguiente modo todos los resultados obtenidos en el cálculo de costes del Capítulo Construcción del complejo de seis edificios y parking. (Tabla 5.0.)

AVANCE DEL PRESUPUESTO ORIENTATIVO.

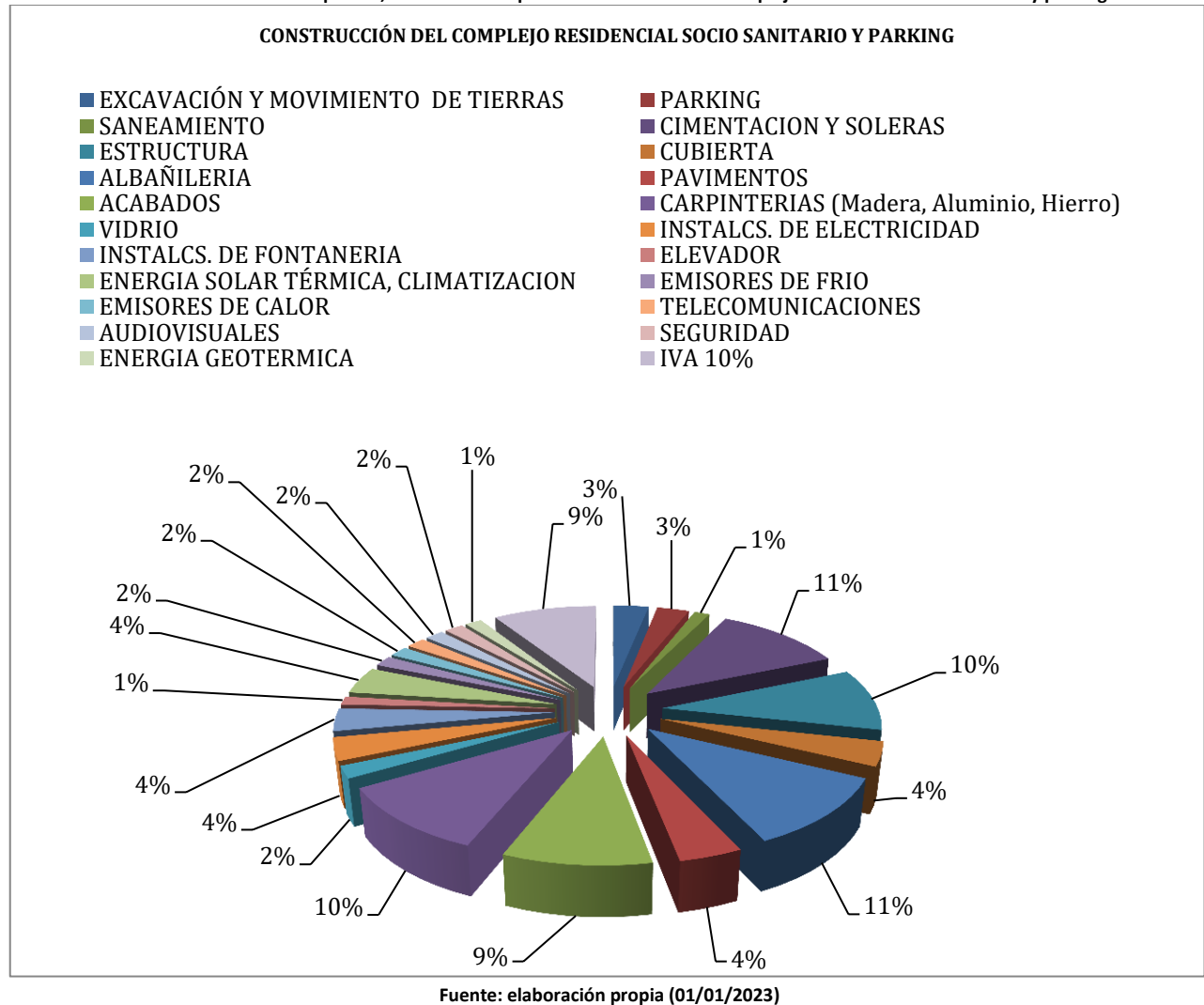
Tabla 5.0. Presupuesto, Resumen de Capítulos Construcción del Complejo Residencial Socio Sanitario

CONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO			
Código	Resumen de capítulos		Importe
Cap_00	EXCAVACIÓN Y MOVIMIENTO DE TIERRAS	(03,45 % 105.000.000,00 €)	3.622.500,00 €
Cap_01	PARKING	(03,12 % 105.000.000,00 €)	3.276.000,00 €
Cap_02	SANEAMIENTO	(01,50 % 105.000.000,00 €)	1.575.000,00 €
Cap_03	CIMENTACIÓN Y SOLERAS	(12,45 % 105.000.000,00 €)	13.072.500,00 €
Cap_04	ESTRUCTURA	(10,71 % 105.000.000,00 €)	11.245.500,00 €
Cap_05	CUBIERTA	(04,15 % 105.000.000,00 €)	4.360.000,00 €
Cap_06	ALBAÑILERÍA	(11,94 % 105.000.000,00 €)	12.539.500,00 €
Cap_07	PAVIMENTOS	(04,32 % 105.000.000,00 €)	4.542.000,00 €
Cap_08	ACABADOS	(10,10 % 105.000.000,00 €)	10.605.000,00 €
Cap_09	CARPINTERÍAS (Madera, Aluminio, Hierro)	(10,10 % 105.000.000,00 €)	12.105.000,00 €
Cap_10	VIDRIO	(02,09 % 105.000.000,00 €)	2.200.100,00 €
Cap_11	INSTALCS. DE ELECTRICIDAD	(03,91 % 105.000.000,00 €)	4.105.500,00 €
Cap_12	INSTALCS. DE FONTANERÍA	(03,91 % 105.000.000,00 €)	4.105.500,00 €
Cap_13	ELEVADOR	(01,45 % 105.000.000,00 €)	1.529.000,00 €
Cap_14	ENERGÍA SOLAR TÉRMICA, CLIMATIZACIÓN	(04,68 % 105.000.000,00 €)	4.914.000,00 €
Cap_15	ENERGIA GEOTERMICA	(01,62 % 105.000.000,00 €)	1.700.400,00 €
Cap_16	EMISORES DE FRIO	(01,81 % 105.000.000,00 €)	1.900.500,00 €
Cap_17	EMISORES DE CALOR	(01,81 % 105.000.000,00 €)	1.900.500,00 €
Cap_18	TELECOMUNICACIONES	(01,81 % 105.000.000,00 €)	1.900.500,00 €
Cap_19	AUDIOVISUALES	(01,81 % 105.000.000,00 €)	1.900.500,00 €
Cap_20	SEGURIDAD	(01,81 % 105.000.000,00 €)	1.900.500,00 €
TOTAL EJECUCIÓN Y MATERIAL		(57,52 % 182.587.812,00 €)	105.000.000,00 €
IVA, SOPORTADO (10%)			10.500.000,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES) ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

Tabla Grafico 5.0.0. Presupuesto, Resumen de Capítulos Construcción del complejo Residencial Socio Sanitario y parking



TIEMPO DE EJECUCIÓN DE LAS OBRAS (35 meses)

Edificios Residenciales:	Veinte meses de duración. Inicio obras mes quince.
Edificio de servicios:	Dieciocho meses de duración. Inicio obras mes diecisiete.
Edificio Sanitario:	Dieciséis meses de duración. Inicio obras mes diecinueve.
Zona Deportiva:	Dieciséis meses de duración. Inicio obras mes diecinueve.
Zona Depuradora y Potabilizadora:	Diez meses de duración. Inicio obras mes treinta y dos.
Zona Almacenes y Parking:	Diez meses de duración. Inicio obras mes Quince.
Jardines y Valla perimetral:	Diez meses de duración. Inicio obras mes quince.
Urbanización interior y Exterior del complejo:	Diez meses, realizado en dos fases una inicial con comienzo en el mes once y con una duración de seis meses y una segunda fase que se inicia en el mes treinta y tres con una duración de cuatro meses.

En cuanto a los pagos que se le realizaran al contratista, se ha estimado una retención en concepto de garantía del 7%, así pues en cada certificación se le retendrá en el pago un 7% y se devolverá cuanto tenga lugar la recepción definitiva de las obras, que en este caso se ha estimado que será en el mes treinta y cinco.

Finalmente se ha calculado los impuestos relativos a la construcción, el cual ha de tributar por 10% I.V.A. a un tipo impositivo tal y como establece la **Ley 37/1992, de 28 de diciembre**.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

6. INSTALACIONES DEPORTIVAS

Tabla 6.0. Instalaciones Deportivas

INSTALACIONES DEPORTIVAS (30.000,00 m ²)		
1º Proyecto Completo (30.000,00 m²) (0,05 €) 1º I.V.A. Soportado 10%	(10,00 % 6.237.000,00 €)	567.000,00 € 56.700,00 €
2º Construcción de los Pabellones y equipamiento interior: Piscina climatizada, Sauna, Pistas multiusos, Vestuarios, Baños, Gimnasio, Oficina de Gestión, Sala Terapéutica, Sala de Enfermería, Cafetería, Etc. (30.000 m²) (130,00 €) 2º I.V.A. Soportado 10%	(60,00 % 6.237.000,00 €)	3.898.125,00 € 389.812,50 €
3º Construcción Exterior y equipamiento, Piscina, Pistas multiusos, Jardín, Terrazas, etc. (30.000 m²) (59,06 €) 3º I.V.A. Soportado 10%	(30,00 % 6.237.000,00 €)	1.771.875,00 € 177.187,50 €
TOTAL EJECUCIÓN Y MATERIAL I.V.A. Soportado 10%	(03,41 % 182.587.812,00 €)	6.237.000,00 € 623.700,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 6.0.0. Instalaciones Deportivas



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

7. DEPURADA DE AGUAS RESIDUALES (EDAR)

Tabla 7.0. (EDAR) Zona Depuradora (6.000 Personas, caudal medio al año aproximadamente es de: 593.125 m³)

DEPURADA DE AGUAS RESIDUALES (EDAR) (15.000,00 m²)		
1º Proyecto Completo (15.000,00 m²) (8,58 €) 1º I.V.A. Soportado 10%	(10,00 % 1.288.000,00 €)	128.800,00 € 12.880,00 €
2º Construcción completa y equipamientos interiores. (15.000 m²) (64,40 €) 2º I.V.A. Soportado 10%	(75,00 % 1.288.000,00 €)	966.000,00 € 96.600,00 €
3º Construcción Exterior y equipamiento. (15.000 m²) (08,21 €) 3º I.V.A. Soportado 10%	(15,00 % 1.288.000,00 €)	193.200,00 € 177.187,50 €
TOTAL EJECUCIÓN Y MATERIAL I.V.A. Soportado 10%	(00,71 % 182.587.812,00 €)	1.288.000,00 € 128.800,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 7.0.0. (EDAR) Zona Depuradora (6.000 Personas, caudal medio al año aproximadamente es de: 593.125 m³)



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

8. POZO Y PLANTA POTABILIZADORA DE AGUAS POTABLES

Tabla 8.0. Pozo y planta potabilizadora de aguas potables (6.000 Personas)

POZO Y PLANTA POTABILIZADORA DE AGUAS POTABLES (7.500,00 m²)		
1º Proyecto Completo (7.500,00 m²) (07,33 €) 1º I.V.A. Soportado 10%	(10,00 % 550.000,00 €)	55.000,00 € 5.500,00 €
2º Construcción completa y equipamientos interiores. (7.500 m²) (55,00 €) 2º I.V.A. Soportado 10%	(75,00 % 550.000,00 €)	412.500,00 € 41.250,00 €
3º Construcción Exterior y equipamiento. (7.500 m²) (11,00 €) 3º I.V.A. Soportado 10%	(15,00 % 550.000,00 €)	82.500,00 € 8.250,00 €
TOTAL EJECUCIÓN Y MATERIAL I.V.A. Soportado 10%	(00,31 % 182.587.812,00 €)	550.000,00 € 55.000,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 8.0.0. Pozo y planta potabilizadora de aguas potables (6.000 Personas)



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

9. HONORARIOS FACULTATIVOS

Real Decreto por el que se aprueban las Tarifas de Honorarios de los Arquitectos en Trabajos de su Profesión (**Real Decreto 2512/1977, de 17 de junio**).

Para calcular estos, se ha utilizado las referencias que establecen los Colegios Oficiales de Arquitectos. Así pues para el cálculo de los honorarios de arquitecto se han calculado aplicando la siguiente formula.

$$H = S \times M \times (F1 \times F2 \times F3 \times \dots \times Fi)$$

-  **S**- superficie de cada uso distinto en m².
-  **M**- importe de honorarios base, según tablas Colegio Oficial.
-  **FI**- coeficientes correctores, según tablas Colegio Oficial.

El cálculo de los honorarios de los Ingenieros se ha realizado en función de un porcentaje sobre el PEM del capítulo correspondiente al de cada instalación sobre el que se haya realizado el proyecto.

Así pues el cálculo del porcentaje correspondiente a cada capítulo se ha realizado estudiando varios presupuestos de edificaciones similares a las del presente estudio.

Obteniendo los resultados reflejados en la tabla (tabla 9.0.).

Tabla 9.0. Distribución costes honorarios facultativos

TIPO.	Porcentaje PEM Capítulo. (%)	Porcentaje Capítulo sobre PEM total. (%)
Instalaciones Eléctricas:	03,5 %	05,42 %
Instalaciones de Climatización:	06,0 %	07,95 %
Detección de Incendios:	07,0 %	01,80 %

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Para el cálculo de honorarios a pagar al técnico de la red de telecomunicaciones en los edificios se ha utilizado la tabla (tabla 9.1.)

Tabla 9.1. Cálculo honorarios facultativos Ingeniero de telecomunicaciones

Número de Viviendas.	Honorarios.	
	Redacción del Proyecto.	Dirección de obra y Certificado.
N<100	402,68 + 18,03 x N	402,68 + 12,02 x N
N>100	402,68 + 16,23 x N	402,68 + 12,02 x N

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Una vez calculados los honorarios de los ingenieros, se procedió al cálculo de los honorarios del Arquitecto Técnico para la dirección de la ejecución de la obra, estos se estimaron en el 30% de los honorarios del Arquitecto, y para el cálculo del Arquitecto Técnico encargado de la Seguridad y Salud se utilizó la siguiente expresión.

$$H = S \times M \times P \times CA$$

-  **S**- superficie construida en m².
-  **M**- importe de honorarios base, según tablas Colegio Oficial.
-  **P**- coeficientes de ponderación, según tablas Colegio Oficial.
-  **CA**- coeficiente de actualización en función del IPC.

Finalmente para el cálculo de los honorarios del encargado del control de calidad, se ha estimado un coste del 20% de los honorarios del Arquitecto Técnico que llevará la dirección de la ejecución de la obra.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES) ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

Estos costes se devengan del siguiente modo:

Arquitecto

- ✚ Proyecto Básico: Mes 13 (45%)
- ✚ Proyecto de Ejecución: Mes 15 (25%)
- ✚ Dirección de obra: Ritmo pago certificaciones. (25%)
- ✚ Liquidación: Mes 38 (5%)

Ingenieros

- ✚ Proyecto: Mes 15 (60%)
- ✚ Dirección de obra: Ritmo pago certificaciones. (40%)

Ingeniero de telecomunicaciones

- ✚ Proyecto: Mes 15
- ✚ Dirección de obra: Ritmo pago certificaciones.

Arquitecto técnico, Ejecución de obra

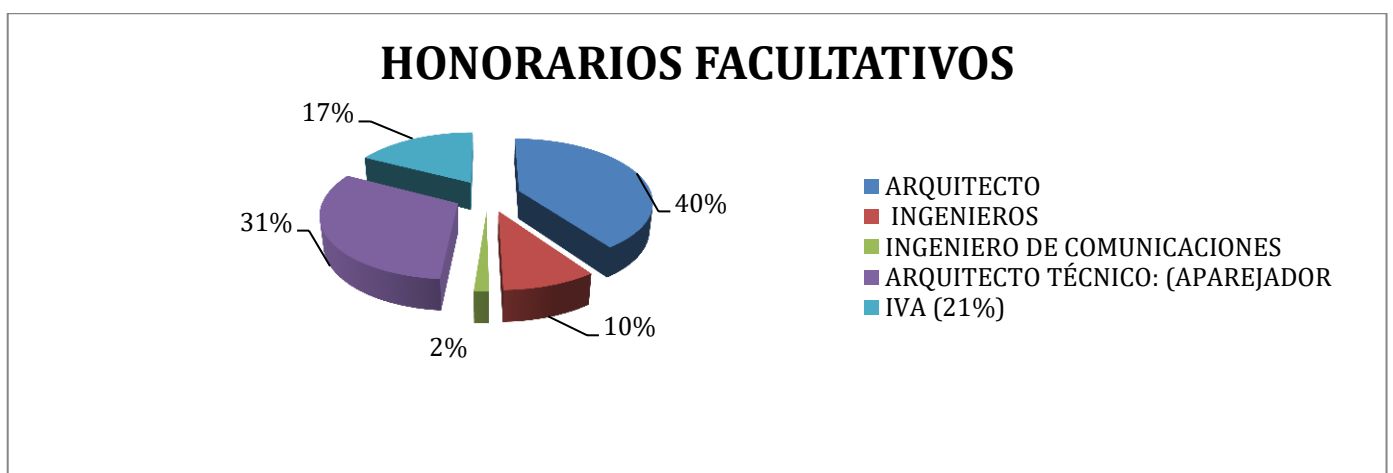
- ✚ Dirección de obra: Ritmo pago certificaciones. (95%)
- ✚ Liquidación: Mes 38 (5%)

Seguridad y Salud

- ✚ Redacción del estudio: Mes 14 (30%)
- ✚ Aprobar Plan: Mes 15 (21%)
- ✚ Ejecución de obra: Ritmo pago certificaciones. (49%)
- ✚ Control de calidad: Mes 15 (100%)

Así pues, quedan distribuidos del siguiente modo todos los resultados obtenidos en el cálculo de costes de los honorarios facultativos (tabla 8.0.).

Tabla Grafico 9.2.0. Distribución costes honorarios facultativo



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

Tabla 9.2. Distribución costes honorarios facultativos

PRECIO DE LA CONSTRUCCIÓN: 105.000.000,00 €		
HONORARIOS FACULTATIVOS		
1º ARQUITECTO		2.541.000,00 €
Proyecto Básico	(01,10 % 105.000.000,00 €)	1.155.000,00 €
Proyecto de Ejecución	(0,60 % 105.000.000,00 €)	630.000,00 €
Dirección de Obra	(0,60 % 105.000.000,00 €)	630.000,00 €
Liquidación de Obra	(0,12 % 105.000.000,00 €)	126.000,00 €
I.V.A. Soportado: (21 %)		533.610,00 €
2º INGENIEROS		598.500,00 €
Proyecto	(0,34 % 105.000.000,00 €)	357.000,00 €
Dirección de Obras	(0,23 % 105.000.000,00 €)	241.500,00 €
I.V.A. Soportado: (21 %)		41.983,83 €
3º INGENIERO DE COMUNICACIONES		94.500,00 €
Proyecto	(0,05 % 105.000.000,00 €)	52.500,00 €
Dirección de Obras	(0,04 % 105.000.000,00 €)	42.000,00 €
I.V.A. Soportado: (21 %)		19.845,00 €
4º ARQUITECTO TÉCNICO (APAREJADOR)		1.984.500,00 €
Director de Ejecución de Obra	(0,70 % 105.000.000,00 €)	735.000,00 €
Dirección	(0,70 % 105.000.000,00 €)	735.000,00 €
Liquidación	(0,04 % 105.000.000,00 €)	42.000,00 €
Seguridad y Salud	(0,31 % 105.000.000,00 €)	325.500,00 €
Programa de Control de Calidad	(0,14 % 105.000.000,00 €)	147.000,00 €
I.V.A. Soportado: (21 %)		416.745,00 €
TOTAL HONORARIOS DE LOS FACULTATIVOS		5.218.500,00 €
TOTAL IVA SOPORTADO (21%)		1.095.885,00 €
(02,86 % 182.587.812,00 €)		

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

10. LICENCIAS Y AUTORIZACIONES

Licencia de Obra Mayor: Será el responsable de la construcción el Arquitecto o el Promotor de la propiedad el encargado de gestionar este trámite. Como cualquier licencia o gestión de un impuesto, éste tiene un coste que dependerá del ayuntamiento de Piles al que corresponde el Complejo. Oscila en 5,70% del precio total del presupuesto de obra, (105.000.000,00 €) se le añadirá el IVA 10%.

En el apartado de licencias se ha calculado el coste de la licencia de obra Mayor y la licencia de primera ocupación, esta primera se solicita para poder ejecutar la obra, y está compuesta por una tasa que se devengara en el momento de la solicitud, y un impuesto que se paga una vez se concede la licencia.

Para el cálculo del importe de la tasa, se ha recurrido a la ordenanza fiscal reguladora de la tasa por prestación de la actividad municipal relativa a las actuaciones urbanísticas, la cual en el **artículo 6, establece que la tasa a pagar por la solicitud de las licencias de obra mayor será del 5,70% del presupuesto.**

Del mismo modo para el cálculo del impuesto a pagar, se ha calculado conforme lo establecido en la Ordenanza fiscal reguladora del impuesto sobre construcciones, instalaciones y obras, la cual en el artículo 7, establece que el importe de este impuesto será el equivalente al 5,70% del coste de ejecución material.

El coste establecido para la licencia de primera ocupación también viene estipulado en la ordenanza fiscal reguladora de la tasa por prestación de la actividad municipal relativa a las actuaciones urbanísticas.

Por otro lado, se ha calculado el coste referente a la declaración de obra nueva, el cual está sujeto a los costes de Notaría, Registro de la propiedad y al pago del Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentales. Estos costes se han calculado de igual modo en el apartado Compra del Solar.

Para determinar el importe correspondiente al Impuesto (ICIO) se aplicará un porcentaje del 3,60% al coste real y efectivo de la construcción, instalación u obra.

La licencia de obras se solicitará el mes 13 por lo tanto la tasa correspondiente se devengará en dicho mes. La licencia se obtendrá dos meses después por lo tanto el pago correspondiente al ICIO será efectivo el mes 15.

Gastos de Notaría: Generalmente, los gastos rondan entre un 075% y un 12% del coste de la propiedad.

El Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados (AJD), en la Comunidad valenciana se aplica un gravamen del 2%. Por ejemplo, para calcular el AJD Hay que multiplicarlo a la Responsabilidad Hipotecaria (principal + intereses ordinarios + intereses de demora + costas y gastos)

Real Decreto 1427/1989, de 17 de noviembre, por el que se aprueba el Arancel de los Registradores de la Propiedad. (0,20%)

DIVISIÓN HORIZONTAL: Llevar a cabo una división horizontal cuesta, 11.500 euros de media. Pero puede variar dependiendo siempre de algunos factores como las tasas o los honorarios que se puedan aplicar, entre otras variables. Algunos de los gastos son fijos y están regulados por la normativa. Otros, en cambio, están regulados por la normativa. A esto habría también que añadir el coste que tiene llevar a cabo las obras.

La declaración de obra nueva se efectuara el mes que se obtenga la licencia y se pague el mismo, mes 15. El coste de licencias y autorizaciones queda distribuido de la siguiente manera (tabla 10.0.).

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

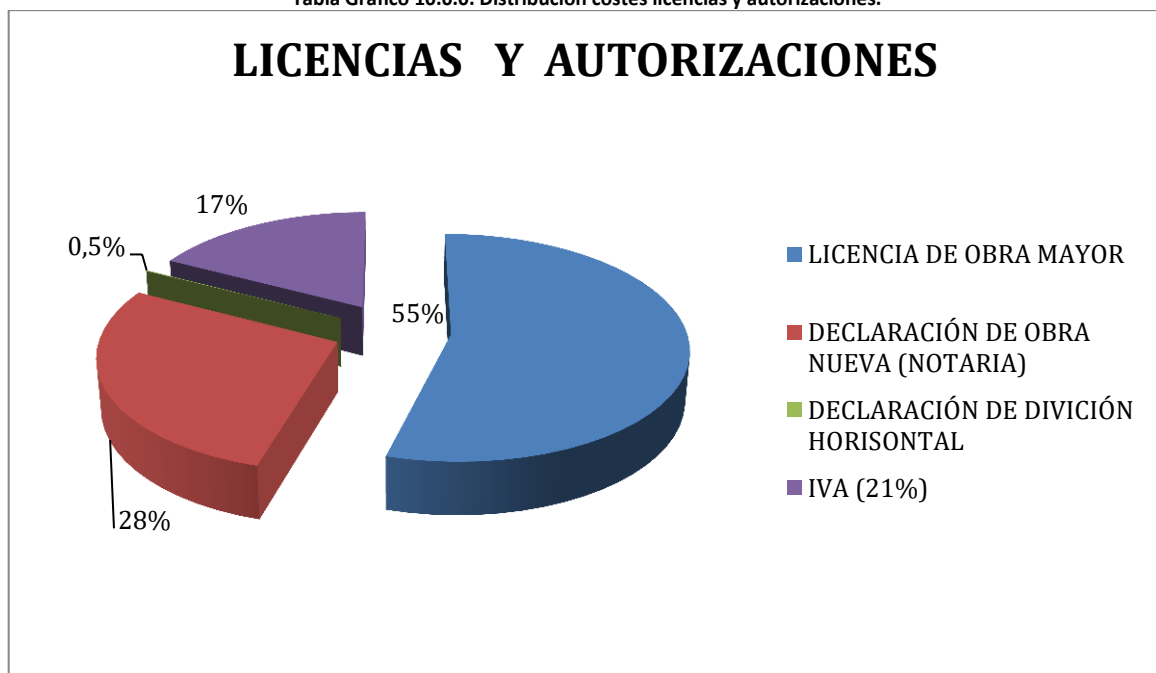
Tabla 10.0. Distribución costes licencias y autorizaciones

LICENCIAS Y AUTORIZACIONES. PRESUPUESTO DE CONSTRUCCIÓN: 105.000.000,00 €		
Capitulo nº 1º LICENCIAS DE OBRAS MAYOR (5,70%)		5.985.000,00 €
	Tasa (02,10 % 105.000.000,00 €)	2.205.000,00 €
	ICIO. (03,60 % 105.000.000,00 €)	3.780.000,00 €
I.V.A. SOPORTADO: (21 %)		1.256.850,00 €
Capitulo nº 2º DECLARACIÓN DE OBRA NUEVA. (NOTARIA)		3.097.500,00 €
GASTOS DE NOTARIA	(00,75 % 105.000.000,00 €)	787.500,00 €
AJD.	(02,00 % 105.000.000,00 €)	2.100.000,00 €
REGISTRADOR	(00,20 % 105.000.000,00 €)	210.000,00 €
I.V.A. SOPORTADO: (21 %)		650.475,00 €
Capitulo nº 3º DECLARACIÓN DE DIVISIÓN HORIZONTAL		11.500,00 €
I.V.A. SOPORTADO: (21 %)		2.415,00 €
TOTAL LICENCIAS Y AUTORIZACIONES		9.094.000,00 €
(04,98 % 182.587.812,00 €)		
TOTAL 21% IVA SOPORTADO DEL:		1.909.740,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 10.0.0. Distribución costes licencias y autorizaciones.



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

11. SEGUROS E IMPUESTOS

En este apartado se ha calculado los costes derivados por el seguro de responsabilidad decenal que establece la ley 38/1999 de 5 de Noviembre, dicho seguro tendrá dos gastos, por un lado el coste de la póliza de seguro, el cual se ha establecido en un 1,84% del PEM, y los gastos originados por el contrato de un Organismo de Control Técnico homologado por la compañía de seguros, el cual se ha fijado en un 1% del PEM.

El pago originado por el control técnico se devengará cuando se vayan a iniciar las obras, es decir en el mes 15, y el pago de la póliza de seguro se realizara en dos plazos, uno al inicio de las obras con un importe del 30% del total, y otro en la recepción definitiva de las obras con el 70% restantes, es decir el mes 15 y mes 37 respectivamente.

Por otro lado, se ha calculado el coste derivado del Impuesto de Actividades Económicas tal y como establece el Real Decreto Legislativo 1175/1990, de 28 de septiembre.

Finalmente se calculó el Impuesto sobre Bienes e Inmuebles. El cálculo de este importe se realizó tal y como se establece en el Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo, y con un tipo de gravamen del 0,55% como establece la Ordenanza Fiscal Reguladora del Impuesto sobre Bienes e Inmuebles del municipio, aplicando una bonificación del 50% durante dos años tal y como establece el artículo 7 de dicha ordenanza.

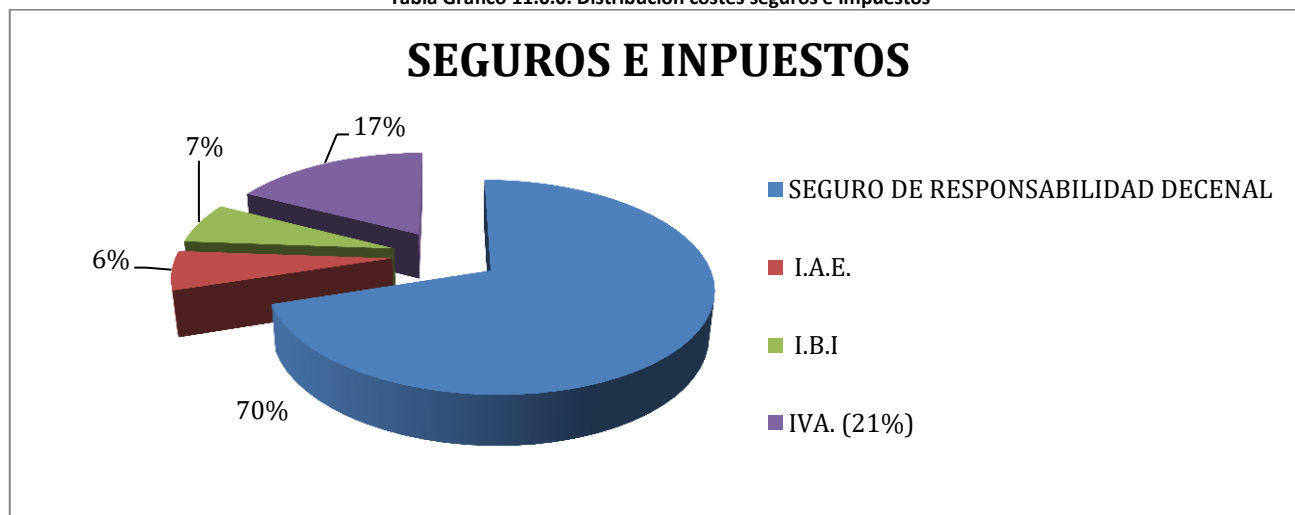
Así pues quedan distribuidos del siguiente modo todos los costes explicados anteriormente (tabla 11.0.)

Tabla 11.0. Distribución costes seguros e impuestos

SEGUROS E IMPUESTOS. PRESUPUESTO DE CONSTRUCCIÓN: 105.000.000,00 €			
Capitulo nº 1	SEGURO DE RESPONSABILIDAD DECENAL	(01,84 % 105.000.000,00 €)	1.932.000,00 €
CONTROL TÉCNICO PÓLIZA DE SEGUROS I.V.A. Soportado: (21 %)		(00,84 % 105.000.000,00 €)	882.000,00 €
		(01,00 % 105.000.000,00 €)	1.050.000,00 €
			405.720,00 €
Capitulo nº 2	I.A.E.	(00,16 % 105.000.000,00 €)	168.000,00 €
CUOTA FIJA CUOTA VARIABLE I.V.A. Soportado: (21 %)		(00,01 % 105.000.000,00 €)	10.500,00 €
		(00,15 % 105.000.000,00 €)	157.500,00 €
			35.280,00 €
Capitulo nº 3	I.B.I.	(0,17 % 105.000.000,00 €)	178.500,00 €
	I.V.A. Soportado: (21 %)		37.485,00 €
TOTAL SEGUROS E IMPUESTOS		(01,25 % 182.587.812,00 €)	2.278.500,00 €
TOTAL IVA SOPORTADO (21 %)			478.485,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 11.0.0. Distribución costes seguros e impuestos



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

12. GASTOS DE GESTIÓN

A continuación se han calculado los costes originados por la gestión y gastos generales ocasionados por los trámites realizados para poder llevar a cabo todo el proyecto.

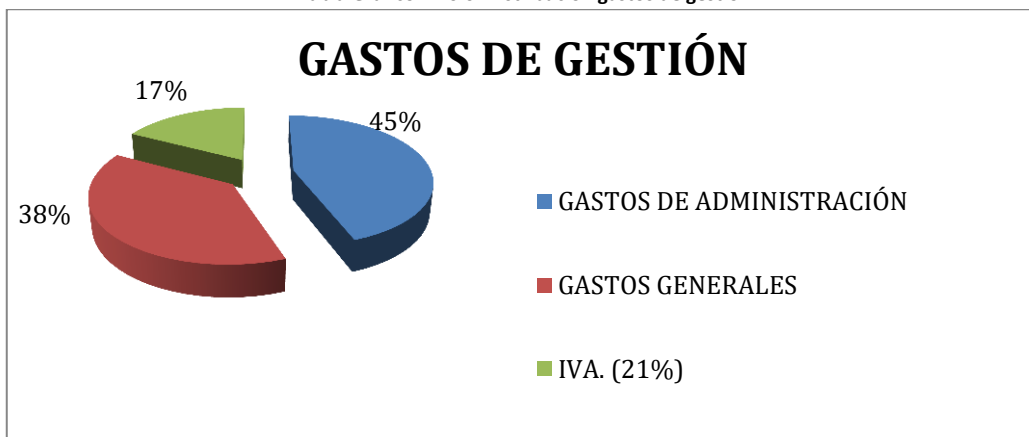
Los gastos de gestión se han distribuido en dos apartados, uno para gastos de administración con un 2,90% a aplicar sobre la inversión realizada hasta el momento, y un 2,05% para gastos de gerencia y dirección aplicados sobre esa misma cantidad. Quedando dispuestos del siguiente modo (tabla 12.0.)

Tabla 12.0. Distribución gastos de gestión

GASTOS DE GESTIÓN. PRESUPUESTO DE CONSTRUCCIÓN: 105.000.000,00 €		
1.- GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	(02,90 % 105.000.000,00 €)	3.045.000,00 €
2.- GASTOS GENERALES	(02,05 % 105.000.000,00 €)	2.625.000,00 €
I.V.A. Soportado: (21 %)		1.190.700,00 €
TOTAL GASTOS DE GESTIÓN	(03,11 % 182.587.812,00 €)	5.670.000,00 €
I.V.A. SOPORTADO (21 %)		1.190.700,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 12.0.0. Distribución gastos de gestión



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

13. GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN

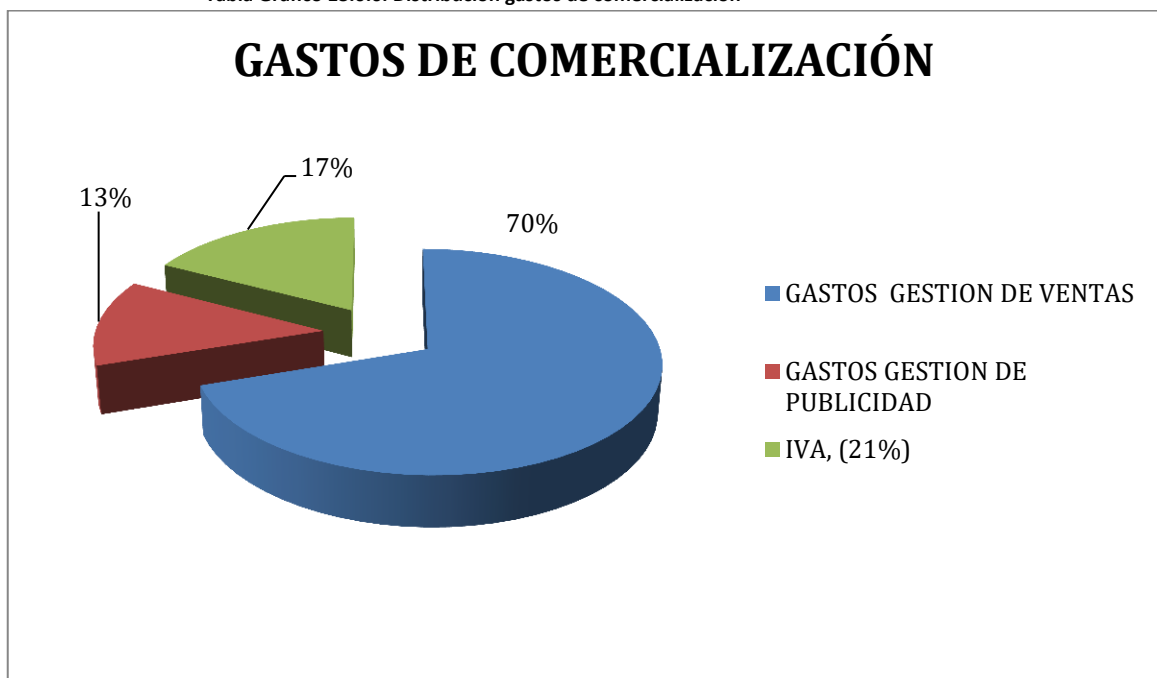
Los gastos de comercialización se han calculado con un porcentaje sobre el precio de venta repartido del siguiente modo, 01,10% destinado a gastos de venta y un 0,20% destinado a gastos de publicidad. Así pues estos han sido los resultados (tabla 13.0.)

Tabla 13.0. Distribución gastos de comercialización

GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN. PRESUPUESTO DE CONSTRUCCIÓN: 105.000.000,00 €		
1º GASTOS DE VENTAS	(01,10 % 105.000.000,00 €)	1.155.000,00 €
2º GASTOS DE PUBLICIDAD	(0,20 % 105.000.000,00 €)	210.000,00 €
I.V.A. Soportado (21 %)		286.650,00 €
TOTAL GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN	(00,74 % 182.587.812,00 €)	1.365.000,00 €
TOTAL IVA SOPORTADO (21 %)		286.650,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 13.0.0. Distribución gastos de comercialización



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

14. GASTOS FINANCIEROS

Para calcular los gastos financieros se ha visitado varias entidades financieras para recoger una serie de datos y poder comparar las condiciones ofrecidas por unas y otras. Finalmente los datos utilizados en este apartado son los ofrecidos por la Banco Español de Crédito. El importe nominal del préstamo hipotecario para realizar la construcción se ha estipulado en un 87,55% sobre el precio del coste total presupuestado de ejecución y materiales de la construcción del Complejo Residencial Socio Sanitario, y este tendrá un periodo de carencia de 24 meses.

Se ha considerado un tipo de interés fijo del 3,5%, pagadero de forma trimestral y con una comisión de apertura del 0,3% sobre el principal del préstamo. Durante la solicitud y la tramitación del préstamo, se han calculado los gastos originados por la tasación que solicita la entidad, así como el coste del estudio que realiza la misma para averiguar la viabilidad del proyecto.

Estos gastos se han definido aplicando un 0,3% sobre el principal del préstamo para gastos de tasación y un 0,15% para gastos del estudio. En la fase de aprobación y constitución del préstamo se originan los gastos de Notaría, Registrador y AJD, los cuales se han calculado de modo igual que en el apartado Coste Solar.

ESTUDIO FINANCIERO BANCARIO

Financiación:

Los datos relativos a la financiación del proyecto por parte de la sociedad propietaria se muestran a continuación en la tabla 13.0. Para la financiación de construcción del Complejo en este tipo de proyectos el importe del crédito hipotecario será del 87,55% de la inversión.

Las condiciones del préstamo hipotecario corresponden a los datos obtenidos mediante las condiciones de Financiación de Inmuebles de BANCO DE ESPAÑA

Tabla 14.0. Financiación sociedad propietaria. Inversión: 208.492.472,17 €

INVERSIÓN TOTAL 100%	208.492.472,17 €	100% Inversión del Proyecto
PRÉSTAMO (87,55%)	182.537.862,00 €	87,55% (208.492.472,17 €)
TASA INTERÉS (mensual)	0,29 %	Mensual
TASA INTERÉS (anual)	03,50 %	Anual
INTERESES (anuales)	638.882,52 €	12 meses
INTERESES (120 meses)	6.388.825,17 €	120 meses
PERIODO (120 meses)	10 Años	120 meses
PLAZOS PRÉSTAMO CAPITAL (mensual)	1.901.437,00 €	Año 2 al año 10, (96 meses)
PLAZOS INTERESES (mensual)	53.240,21 €	del año 0 al año 10
APORTACIÓN SOCIOS (12,45%)	25.954.610,17 €	12,45% de la Inversión total

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

De ese modo todos los gastos que conllevan la realización y formalización del préstamo hipotecario quedan distribuidos del siguiente modo (tabla 14.0.)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

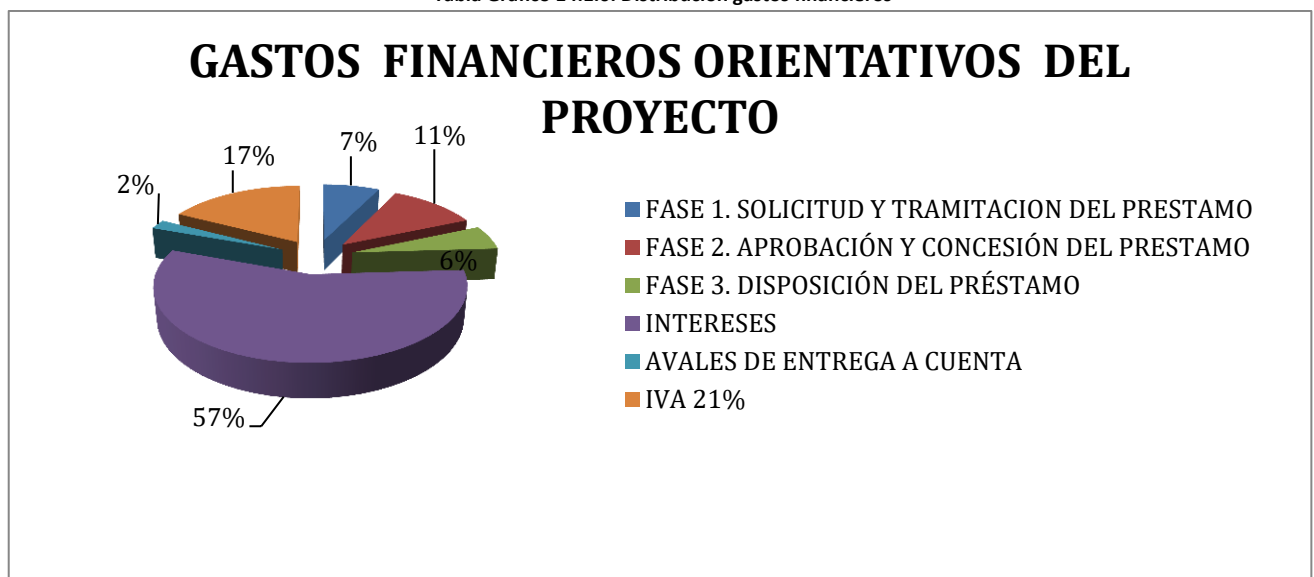
Tabla 14.1. Distribución gastos financieros

GASTOS FINANCIEROS. PRESUPUESTO ORIENTATIVO DEL PROYECTO SIN IVA: 182.537.862,00 €		
1.- GASTOS FORMALIZACIÓN DEL PRÉSTAMO. (Fase 1)-(Fase 2)-(Fase 3) (01,49% 182.587.812,00 €)		2.724.158,00 €
FASE 1. SOLICITUD Y TRAMITACIÓN (08,78 % 9.358.000,00 €)		821.421,00 €
Gastos de Tasación (0,30% 182.537.862,00 €)		547.614,00 €
Gastos de Estudio (0,15% 182.537.862,00 €)		273.807,00 €
FASE 2. APROBACIÓN Y CONSTRUCCIÓN (13,63 % 9.358.000,00 €)		1.275.600,00 €
Gastos de Notaría (0,23% 182.537.862,00 €)		425.200,00 €
Actos Jurídicos Documentados (A.J.D.) (0,23% 182.537.862,00 €)		425.200,00 €
Registrador (0,23% 182.537.862,00 €)		425.200,00 €
FASE 3. DISPOSICIÓN DEL PRÉSTAMO (06,70 % 9.358.000,00 €)		627.137,00 €
Paliza de Seguro del Préstamo hipotecario (0,06% 182.537.862,00 €)		109.523,00 €
Comisión de Apertura (0,30% 182.537.862,00 €)		547.614,00 €
2º INTERESES (03,50% 182.587.812,00 €)		6.388.825,17 €
Presupuesto completo de construcción del Complejo Residencial Socio-Sanitario		6.388.825,17 €
3.º AVALES DE ENTREGA A CUENTA (0,13% 182.587.812,00 €)		245.016,83 €
TOTAL GASTOS FINANCIEROS (05,13 % 182.587.812,00 €)		9.358.000,00 €
TOTAL I.V.A. SOPORTADO: (21 %)		1.965.180,00 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla Grafico 14.1.0. Distribución gastos financieros



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

15. TOTAL GASTOS

Una vez calculados todos los costes necesarios para llevar a cabo la ejecución del proyecto, así quedará distribuida toda la estructura de gastos generados (Tabla 15.0.)

Tabla 15.0. Gastos del Proyecto Total. Distribución de estructura de gastos

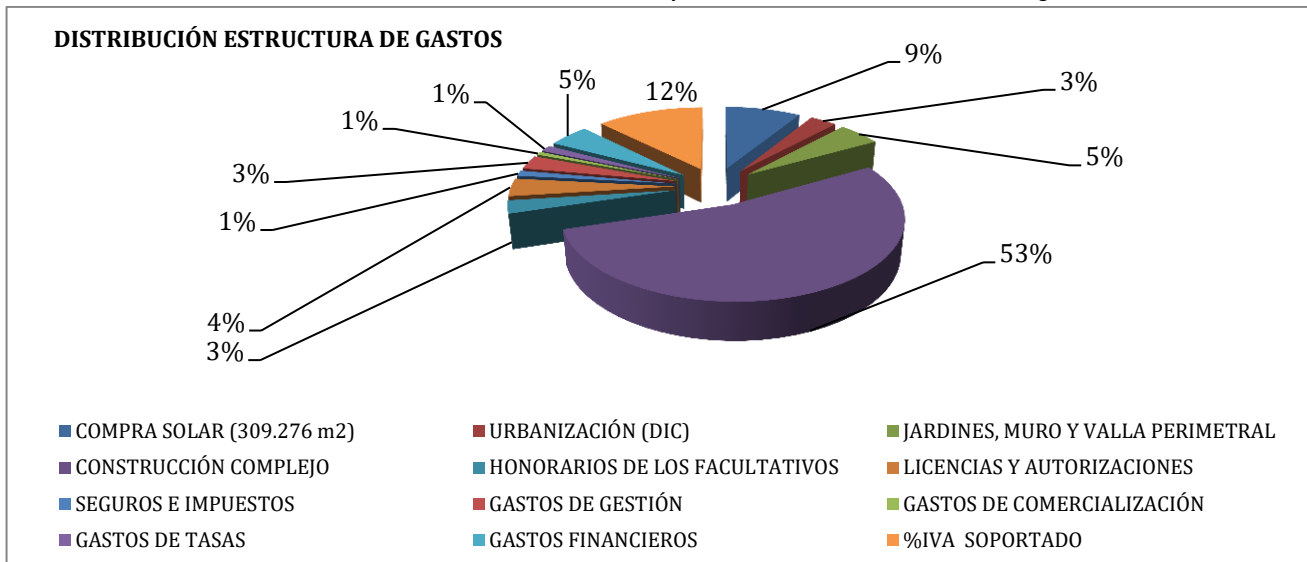
GASTOS DEL PROYECTO: TOTAL DISTRIBUCIÓN ESTRUCTURA GASTOS		
1º COMPRA DEL SOLAR	(09,85 % 182.587.812,00 €)	18.031.833,00 €
1º I.V.A. Soportado (21 %)		3.786.684,93 €
2º URBANIZACIÓN: (DIC)	(03,34 % 182.587.812,00 €)	6.108.218,00 €
2º I.V.A. Soportado (21 %)		1.282.725,78 €
3º JARDINES, MURO Y VALLA PERIMETRAL	(05,36 % 182.587.812,00 €)	9.763.761,00 €
3º I.V.A. Soportado (21 %)		2.050.389,81 €
4º CONSTRUCCIÓN	(57,52 % 182.587.812,00 €)	105.000.000,00 €
4º I.V.A. Soportado (10 % reducido)		10.500.000,00 €
5º INSTALACIONES DEPORTIVAS	(03,41 % 182.587.812,00 €)	6.237.000,00 €
5º I.V.A. Soportado (10 % reducido)		623.700,00 €
6º DEPURADORA AGUAS RESIDUALES (EDAR)	(00,71 % 182.587.812,00 €)	1.288.000,00 €
6º I.V.A. Soportado (10 % reducido)		128.800,00 €
7º POZO, PLANTA POTABILIZADORA	(00,31 % 182.587.812,00 €)	550.000,00 €
7º I.V.A. Soportado (10 % reducido)		55.000,00 €
8º HONORARIOS FACULTATIVOS	(02,86 % 182.587.812,00 €)	5.218.500,00 €
5º I.V.A. Soportado (21 %)		1.095.885,00 €
9º LICENCIAS Y AUTORIZACIONES	(04,98 % 182.537.862,00 €)	9.094.000,00 €
6º I.V.A. Soportado (21 %)		1.909.740,00 €
10º SEGUROS E IMPUESTOS	(01,25 % 182.587.812,00 €)	2.278.500,00 €
7º I.V.A. Soportado (21 %)		478.485,00 €
11º GASTOS DE GESTIÓN	(03,11 % 182.587.812,00 €)	5.670.000,00 €
8º I.V.A. Soportado (21 %)		1.190.700,00 €
12º GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN	(00,74 % 182.587.812,00 €)	1.365.000,00 €
9º I.V.A. Soportado (21 %)		286.650,00 €
13º GASTOS FINANCIEROS	(05,13 % 182.587.812,00 €)	9.358.000,00 €
10º I.V.A. Soportado (21 %)		1.965.180,00 €
14º GASTOS DE TASAS: (Administraciones públicas, Locales, Comarcales, Provinciales, Regionales y Estatales)	(0143 % 182.587.812,00 €)	2.625.000,00 €
11º I.V.A. Soportado (21 %)		551.250,00 €
TOTAL INVERSIÓN DEL PROYECTO	100%	182.587.812,00 €
TOTAL IVA SOPORTADO	Capítulos nº 4,5,6,7: 10% IVA	11.307.500,00 €
	Capítulos nº 1,2,3,8,9,10,11,12,13,14: 21% IVA	14.597.160,17 €
		25.904.660,17 €
TOTAL GASTOS DEL PROYECTO (100%)		208.492.472,17 €

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES) ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

Tabla Grafico 15.0.0. Gastos del Proyecto total. Distribución de estructura de gastos



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

CASH-FLOW

- ✚ El flujo de caja se puede definir como el dinero que genera una empresa a través de su actividad ordinaria o de explotación. En el caso, que nos ocupa la actividad de explotación es el servicio de asistencia residencial.
- ✚ El **CASH FLOW DE UNA EMPRESA** puede calcularse de diversas formas, siendo los métodos más utilizados los denominados financiero y económico.
- ✚ El **CASH FLOW FINANCIERO** se obtiene restando los pagos de explotación a los cobros de explotación. El saldo obtenido será el **CASH FLOW** generado por la explotación de la empresa. El cálculo y análisis de la evolución del **CASH FLOW FINANCIERO** ayuda diagnosticar la capacidad de una empresa para hacer frente a sus deudas.
- ✚ El **CASH FLOW ECONÓMICO**, que será el utilizado en el caso que nos ocupa, se obtiene sumando al beneficio neto (en principio, el de explotación) la amortización del periodo puesto que es un gasto que no se paga.
- ✚ La importancia del análisis del **CASH FLOW DE UNA EMPRESA** reside en el hecho que éste mide la capacidad de generación de fondos que tiene la empresa a través de su actividad ordinaria. Por tanto, es una medida de las posibilidades de autofinanciación de la empresa.
- ✚ Sin embargo, en el caso que nos ocupa, y como veremos más detalladamente en el siguiente punto, la estructura empresarial estará formada por dos sociedades. Una sociedad propietaria de las instalaciones y una sociedad explotadora del negocio. Ambas sociedades estarán ligadas por un contrato de arrendamiento por el cual la sociedad explotadora deberá pagar un alquiler mensual a la sociedad propietaria durante un periodo determinado. La descripción más detallada de este aspecto se verá en el apartado relativo al análisis financiero.
- ✚ A continuación se muestran las tablas correspondientes al **CASH FLOW DE LAS SOCIEDADES PROPIETARIA Y EXPLOTADORA**.
- ✚ A la vista de los resultados obtenidos, destacar que la inversión realizada por la sociedad propietaria se recuperará el año nueve y la inversión realizada por la sociedad explotadora se recuperará el año dos.
- ✚ **CASH FLOW:** Traducido al castellano como flujo de caja, se refiere a los flujos de entradas y de salidas de caja o efectivo en un periodo concreto de tiempo.
- ✚ **PAYBACK:** Plazo de recuperación es un criterio para evaluar inversiones que se define como el periodo de tiempo requerido para recuperar el capital inicial de una Inversión.
- ✚ **VAN:** (Valor Actual Neto)
- ✚ **TIR:** (Tasa Interna de Retorno). Ambos conceptos se basan en lo mismo, y es la estimación de los flujos de caja que tenga la empresa (simplificando, ingresos menos Gastos netos).

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

16. SOCIEDAD PROPIETARIA

SITUACIÓN ESTÁNDAR, INVERSIÓN 208.492.472,17 EUROS: Como se puede apreciar a partir de los datos obtenidos, se puede afirmar que se trata de una inversión interesante como alternativa dentro del sector inmobiliario. Se obtiene un Tasa Interna de Rentabilidad del **(TIR) 12,61%** (por encima del valor de mercado) y un valor del **VAN** muy positivo, **61.760.371,88 €**, se ha utilizado un tipo de interés de un **7%** dato que se ha creído representativo para la estimación de este factor. **(Ver tabla 11.1.)** Indicando esto la viabilidad del proyecto. El periodo de retorno de la inversión es francamente bueno, **7,04 años**, teniendo en cuenta que se trata de una inversión de tipo inmobiliario. **Tabla 16.0.**

Tabla 16.0. Resultados financieros para la EMPRESA PROPIETARIA (01/01/ 2023)

SITUACIÓN ESTÁNDAR

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
TESORERÍA:	38.651.072,19 €	38.651.072,19 €	38.651.072,19 €	38.651.072,19 €	38.651.072,19 €
ACTIVOS TOTALES:	175.443.639,30 €	188.548.241,50 €	189.378.575,20 €	191.229.676,80 €	192.978.879,80 €
RECURSOS PROPIOS:	53.133.147,93 €	61.502.059,32 €	72.585.955, 87 €	80.527.700,14 €	86.452.846,25 €
BAIT:	1.090.382,59 €	13.965.625,75 €	31.017.778,11 €	43.235.846,22 €	52.351.455,57 €
BENEFICIO NETO:	708.747,94 €	9.077.656,70 €	20.161.555,87 €	28.103.300,14 €	34.028.446,25 €
RENT. ECONÓMICA: (%)	0,62%	7,41%	16,38 %	22,61%	27,13%
RENT. FINANCIERA: (%)	1,33%	14,76%	27,78%	34,90%	39,36%
CASH-FLOW:	14.904.210,28 €	22.182.258,90 €	20.991.889,57 €	29.954.401,74 €	35.777.649,25 €
	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
TESORERÍA:	38.651.072,19 €	38.651.072,19 €	38.651.072,19 €	38.651.072,19 €	38.651.072,19 €
ACTIVOS TOTALES:	192.735.997,00 €	191.408.366,30 €	188.411.904,00 €	184.786.892,60 €	196.673.680,00 €
RECURSOS PROPIOS:	92.382.761,11 €	97.054.563,39 €	100.446.507,80 €	103.526.845,70 €	106.435.284,40 €
BAIT:	61.474.401,70 €	68.661.789,94 €	73.880.166,02 €	78.619.147,17 €	83.093.668,57 €
BENEFICIO NETO:	39.958.361,11 €	44.630.163,39 €	48.022.107,82 €	51.102.445,73 €	54.010.884,42 €
RENT. ECONÓMICA: (%)	31,89%	35,87%	39,21%	42,54%	42,25%
RENT. FINANCIERA: (%)	43,25%	45,98%	47,81%	49,36%	50,75%
CASH-FLOW:	39.715.478,31 €	43.302.532,69 €	45.025.645,52 €	47.477.434,33 €	65.897.671,82 €
VAN:	61.760.371,88 €		Calculo: Inversión de 208.492.472,17 € a 120 meses		
TIR: (%)	12,61 %		Complejo Residencial de 750 Apartamentos, 1.500 camas		
PAY BACK:	7,04				

BAIT: (Beneficio antes de intereses e Impuestos), VAN: (Valor Actual Neto), TIR: (Tasa Interna de Retorno), PAY BACK: (Plazo Recuperación),
CASH FLOW: (flujo de caja, entradas y salidas)

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla 16.1. Evolución número residentes bajo el escenario (SITUACIÓN ESTÁNDAR)

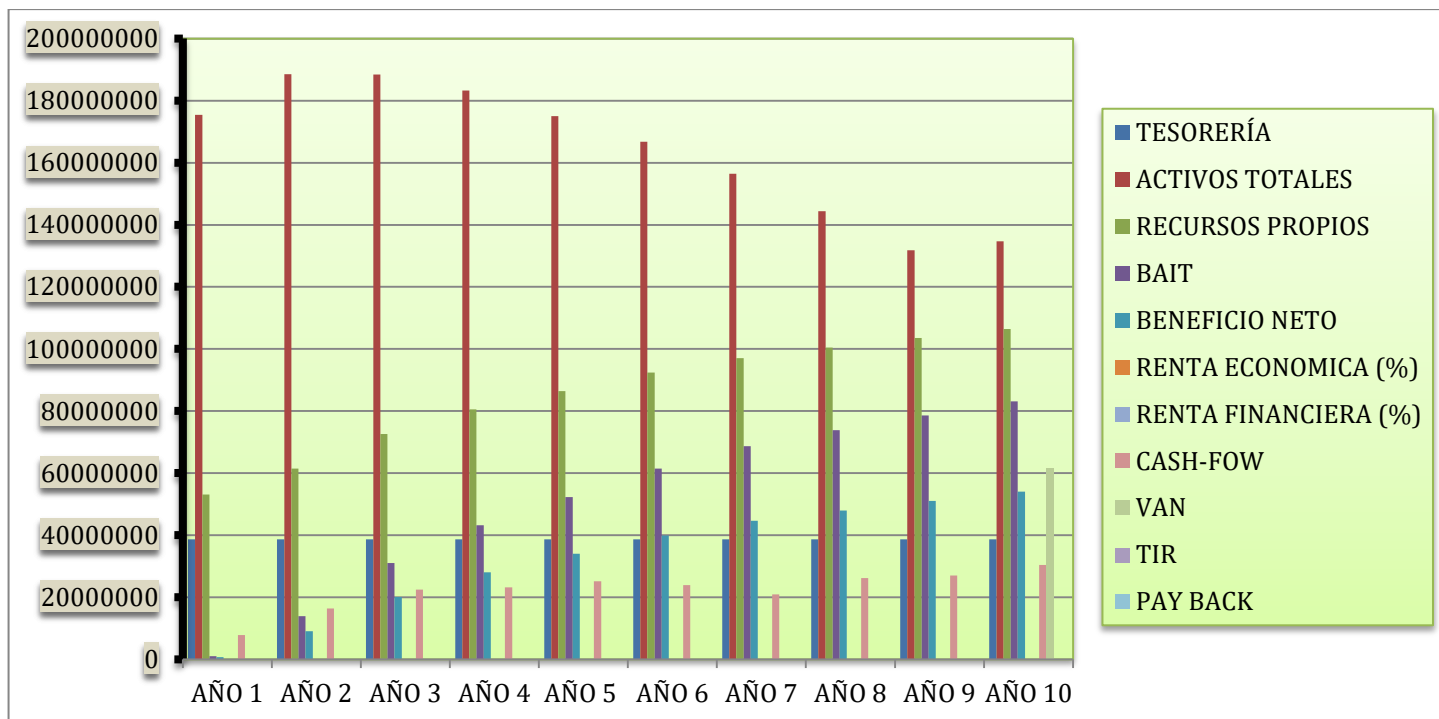
SITUACIÓN ESTÁNDAR	Complejo Residencial de 750 Apartamentos, 1.500 Camas. 200 Plazas Centro Día.	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
	RESIDENTES INTERNOS (1.500 Camas)	50%	70%	75%	85%	90%	95%	95%	95%	100%	100%
	RESIDENTES CENTRO DÍA (200 Plazas)	28%	37%	47%	58%	68%	80%	85%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

Gráfico 16.0.0. Resultados financieros para empresa propietaria (SITUACIÓN ESTÁNDAR)



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

Este análisis será relativo tan solo a la sociedad explotadora ya que los ingresos propios de la sociedad propietaria, el alquiler pagado por la sociedad explotadora se consideran independientes de la ocupación. Es una manera de garantizar la rentabilidad de la inversión a la sociedad propietaria independientemente de la respuesta del público objetivo, haciendo de este modo más atractivo y seguro la inversión. Debido a la extensión del número de tablas éstas se encuentran en el anexo correspondiente. A continuación se presenta tabla resumen.

Debido a la extensión del número de tablas éstas se encuentran en el anexo correspondiente. A continuación se presenta tabla resumen de la evolución número residentes bajo diferentes escenarios.

Tabla 16.2. Evolución número residentes bajo diferentes escenarios.

SITUACIÓN ESTÁNDAR	Complejo Residencial 750 Apartamentos 1.500 camas 200 plazas Centro Día	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
	RESIDENTES INTERNOS (1.500 Camas)	50%	70%	75%	85%	90%	95%	95%	95%	100%	100%
	RESIDENTES CENTRO DÍA (200 Plazas)	28%	37%	47%	58%	68%	80%	90%	100%	100%	100%
PESIMISTA	RESIDENTES INTERNOS (1.500 Camas)	40%	60%	65%	75%	80%	90%	95%	95%	95%	100%
	RESIDENTES CENTRO DÍA (200 Plazas)	20%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	75%	80%	100%
OPTIMISTA	RESIDENTES INTERNOS (1.500 Camas)	60%	80%	85%	95%	95%	95%	100%	100%	100%	100%
	RESIDENTES CENTRO DÍA (200 Plazas)	35%	45%	55%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

17. SOCIEDAD EXPLOTADORA

SITUACIÓN ESTÁNDAR: A partir de los datos obtenidos en la **tabla 17.0**. Se puede apreciar que el VAN obtenido es claramente positivo, 125.206.202,82 €, se ha utilizado un tipo de interés de un 7% dato que se ha creído representativo para la estimación de este factor. Se obtiene un Tasa Interna de Rentabilidad, (TIR) 58,97 % datos estos que junto con un periodo de retorno de 2,55 años indican que se trata de un tipo de inversión claramente favorable.

Tabla 17.0. Resultados financieros para la EMPRESA EXPLOTADORA (01/01/2023)

SITUACIÓN ESTÁNDAR

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
TESORERÍA:	8.831.379,96 €	20.417.843,16 €	33.320.094,48 €	45.830.755,44 €	58.319.136,72 €
ACTIVOS TOTALES:	9.072.157,32 €	20.553.620,76 €	33.455.872,08 €	45.966.533,04 €	58.454.914,32 €
RECURSOS PROPIOS:	8.551.200,24 €	15.657.247,80 €	26.423.110,80 €	38.197.815,48 €	50.399.848,08 €
BAIT:	-299.999,52 €	10.932.436,08 €	16.262.811,10 €	18.114.930,36 €	18.772.357,68 €
BENEFICIO NETO:	-404.999,36 €	7.106.083,56 €	10.570.827,24 €	11.774.704,68 €	12.202.032,60 €
RENT. ECONÓMICA: (%)	-3,31%	53,19%	48,61%	39,41%	32,11%
RENT. FINANCIERA: (%)	-4,74%	45,39%	40,01%	30,83%	24,21%
CASH-FOW:	357.151,97 €	18.587.547,10 €	23.473.078,56 €	24.285.365,64 €	24.690.413,88 €
	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
TESORERÍA:	71.206.204,32 €	84.429.145,08 €	97.884.338,40 €	111.395.319,50 €	124.688.719,40 €
ACTIVOS TOTALES:	71.341.981,92 €	84.564.922,68 €	98.020.116,10 €	111.531.097,10 €	124.824.497,10 €
RECURSOS PROPIOS:	63.006.630,84 €	75.969.566,64 €	89.202.913,56 €	102.559.716,40 €	115.789.525,60 €
BAIT:	19.395.050,40 €	19.942.978,32 €	20.358.995,40 €	20.548.927,08 €	20.353.552,92 €
BENEFICIO NETO:	12.606.782,76 €	12.962.935,80 €	13.233.346,92 €	13.356.802,44 €	13.229.809,56 €
RENT. ECONÓMICA: (%)	27,19%	23,58%	20,77%	18,42%	16,31%
RENT. FINANCIERA: (%)	20,01%	17,06%	14,84%	13,02%	11,43%
CASH-FOW:	25.493.850,36 €	26.185.876,56 €	26.688.540,34 €	26.867.783,44 €	26.523.209,56 €
VAN:	125.206.202,82 €		Calculo: Inversión de Inversión: 30.580.000,00 € a 120 meses		
TIR: (%)	58,97 %		Complejo Residencial de 750 Apartamentos, 1.500 camas		
PAY BACK:	2,55				

BAIT: (Beneficio antes de intereses e Impuestos), VAN: (Valor Actual Neto), TIR: (Tasa Interna de Retorno), PAY BACK: (Plazo Recuperación),
CASH FLOW: (flujo de caja, entradas y salidas)

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla 17.1. Evolución número residentes bajo el escenario (ESTÁNDAR)

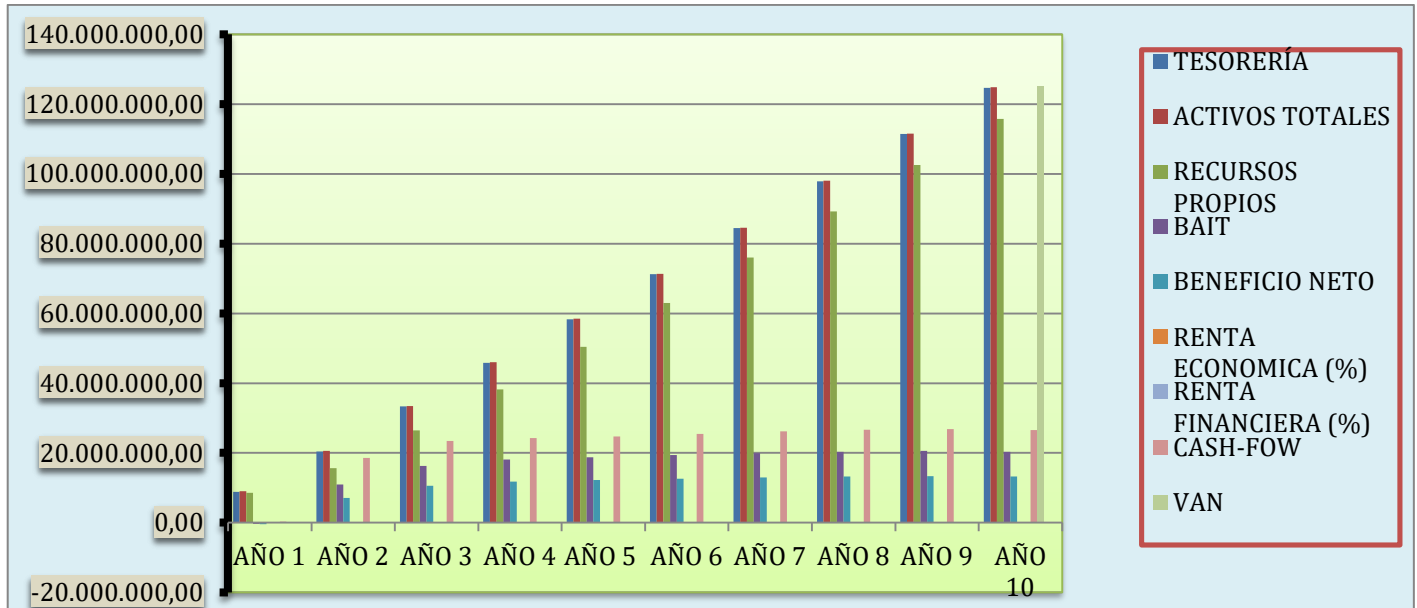
SITUACIÓN	Complejo Residencial 750 Apartamentos 1.500 Camas 200 Plazas Centro Día	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
ESTÁNDAR	RESIDENTES INTERNOS (1.500 Camas)	50%	70%	75%	85%	90%	95%	95%	95%	100%	100%
	RESIDENTES CENTRO DIA (200 Plazas)	28%	37%	47%	58%	68%	80%	90%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

Grafico 17.0.0. Resultados financieros para empresa explotadora. (ESTÁNDAR)



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

SITUACIÓN PESIMISTA: A partir de los datos obtenidos en la **tabla 17.2**. Se puede apreciar que el **VAN** obtenido es claramente positivo, **39.916.536,5 €**, se ha utilizado un tipo de interés de un **7%** dato que se ha creído representativo para la estimación de este factor. Se obtiene un Tasa Interna de Rentabilidad, (**TIR**) **21,99 %** datos estos que junto con un periodo de retorno de **5,05 años** indican que se trata de un tipo de inversión claramente favorable.

Tabla 17.2. Resultados financieros para la EMPRESA EXPLOTADORA (01/01/2023)

SITUACIÓN PESIMISTA

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
TESORERÍA:	3.107.142,36 €	4.642.606,44 €	9.310.491,36 €	24.404.128,20 €	37.628.922,24 €
ACTIVOS TOTALES:	5.302.512,36 €	5.098.802,04 €	9.446.268,96 €	24.539.905,80 €	37.764.699,84 €
RECURSOS PROPIOS:	4.921.242,48 €	4.326.180,84 €	6.983.216,28 €	17.505.205,92 €	29.707.238,52 €
BAIT:	-5.884.549,92 €	-915.479,28 €	4.087.746,72 €	16.187.676,12 €	18.772.357,68 €
BENEFICIO NETO:	-7.944.142,40 €	-1.235.897,03 €	2.567.035,44 €	10.521.989,28 €	12.202.032,60 €
RENT. ECONÓMICA: (%)	-110,98%	-17,95%	43,27%	65,96%	49,71%
RENT. FINANCIERA: (%)	-161,43%	-28,57%	38,05%	60,11%	41,07%
CASH-FOW:	-7.848.273,32 €	-575.162,03 €	3.310.890,12 €	12.542.538,96 €	14.819.352,48 €
	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
TESORERÍA:	50.513.594,76 €	63.736.535,52 €	77.191.728,84 €	90.702.710,28 €	103.969.059,80 €
ACTIVOS TOTALES:	50.649.372,36 €	63.872.313,12 €	77.327.506,44 €	90.838.487,88 €	104.104.837,40 €
RECURSOS PROPIOS:	42.314.021,28 €	55.276.957,08 €	68.510.304,10 €	81.867.106,44 €	95.096.916,10 €
BAIT:	19.395.050,40 €	19.942.978,32 €	20.358.995,40 €	20.548.927,10 €	20.353.552,92 €
BENEFICIO NETO:	12.606.782,76 €	12.962.935,80 €	13.233.346,92 €	13.356.802,44 €	13.229.809,56 €
RENT. ECONÓMICA: (%)	38,29%	31,22%	26,33%	22,62%	19,55%
RENT. FINANCIERA: (%)	29,79%	23,45%	19,32%	16,32%	13,91%
CASH-FOW:	15.430.316,76 €	16.052.916,24 €	16.680.623,10 €	17.302.068,36 €	17.897.455,44 €
VAN:	39.916.536,5 €		Calculo: Inversión de Inversión: 30.580.000,00 € a 120 meses		
TIR: (%)	21,99%		Complejo Residencial de 750 Apartamentos, 1.500 Camas		
PAY BACK:	5,05				

BAIT: (Beneficio antes de intereses e Impuestos), VAN: (Valor Actual Neto), TIR: (Tasa Interna de Retorno), PAY BACK: (Plazo Recuperación),

CASH FLOW: (flujo de caja, entradas y salidas)

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

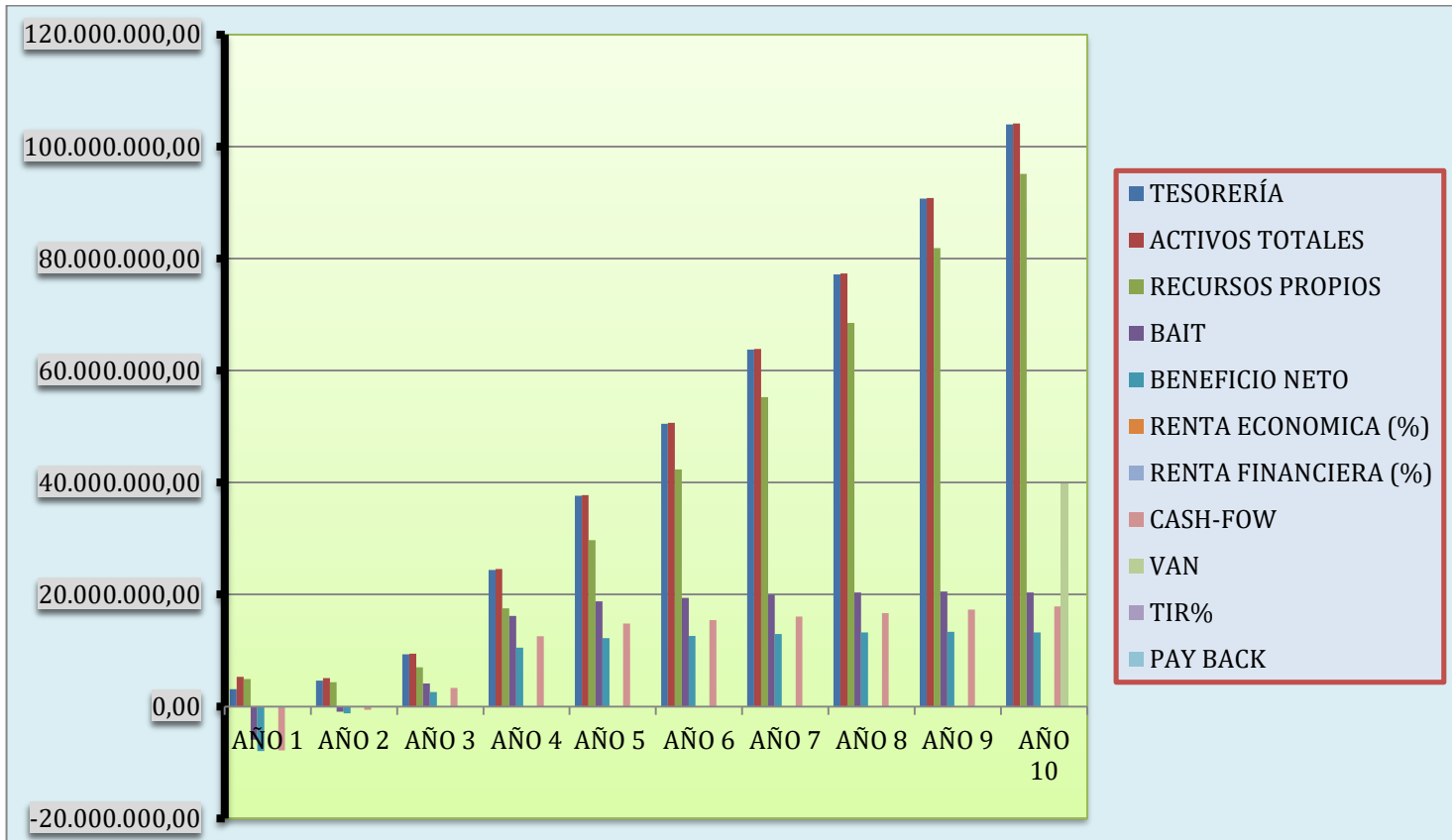
Tabla 17.3. Evolución número residentes bajo el escenario (PESIMISTA)

SITUACIÓN	Complejo Residencial 750 Apartamentos 1.500 Camas 200 Plazas Centro Día	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
PESIMISTA	RESIDENTES INTERNOS (1.500 Camas)	40%	60%	65%	75%	80%	90%	95%	95%	95%	100%
	RESIDENTES CENTRO DIA (200 Plazas)	20%	30%	40%	50%	60%	70%	75%	75%	80%	100%

Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

(Salvo error de cálculo este es el resultado)

Grafico 17.2.0. Resultados financieros para empresa explotadora. (PESIMISTA)



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

SITUACIÓN OPTIMISTA: A partir de los datos obtenidos en la **tabla 17.4**. Se puede apreciar que el **VAN** obtenido es claramente positivo, **102.532.837,03 €**, se ha utilizado un tipo de interés de un **7%** dato que se ha creído representativo para la estimación de este factor. Se obtiene un Tasa Interna de Rentabilidad, (**TIR**) **57,36%** datos estos que junto con un periodo de retorno de **2,37 años** indican que se trata de un tipo de inversión claramente favorable.

A tenor de los resultados obtenidos bajo los diferentes marcos, se puede afirmar que se trata de una inversión segura y rentable tanto para la sociedad propietaria, se le garantiza su rendimiento independientemente de la ocupación del complejo, como para la sociedad gestora (Explotadora), ya que a pesar de la lógica incertidumbre de la respuesta de los clientes bajo la situación menos favorable se trata de una inversión rentable.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023

Tabla 17.4. Resultados financieros para la EMPRESA EXPLOTADORA (01/01/2023)

SITUACIÓN OPTIMISTA

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
TESORERÍA:	14.555.617,56 €	35.491.984,20 €	38.561.782,60 €	57.333.541,32 €	69.799.683,60 €
ACTIVOS TOTALES:	14.691.395,16 €	35.627.761,80 €	38.888.976,80 €	57.469.318,92 €	69.935.461,20 €
RECURSOS PROPIOS:	12.181.158,10 €	26.543.609,28 €	29.783.390,35 €	49.696.043,40 €	61.898.076,10 €
BAIT:	5.284.550,88 €	22.096.079,28 €	25.821.740,35 €	18.114.930,36 €	18.772.357,68 €
BENEFICIO NETO:	3.434.958,10 €	14.362.451,28 €	15.501.934,70 €	11.774.704,68 €	12.202.032,60 €
RENT. ECONÓMICA: (%)	35,97%	37,09%	38,52%	31,52%	26,84%
RENT. FINANCIERA: (%)	28,20%	29,66%	30,00%	23,69%	19,71%
CASH-FOW:	4.123.888,20 €	19.543.517,28 €	18.795.583,90 €	17.955.253,80 €	18.804.345,84 €
	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
TESORERÍA:	82.713.822,84 €	95.916.570,12 €	109.405.010,50 €	122.901.349,30 €	136.215.033,10 €
ACTIVOS TOTALES:	82.849.600,44 €	96.052.347,72 €	109.540.788,10 €	123.037.126,90 €	136.350.810,70 €
RECURSOS PROPIOS:	74.504.858,76 €	87.467.794,56 €	100.701.141,50 €	114.057.944,30 €	127.287.753,50 €
BAIT:	19.395.050,40 €	19.942.978,32 €	20.358.995,40 €	20.548.927,08 €	20.353.552,92 €
BENEFICIO NETO:	12.606.782,76 €	12.962.935,80 €	13.233.346,92 €	13.356.802,44 €	13.229.809,56 €
RENT. ECONÓMICA: (%)	23,41%	20,76%	18,59%	16,70%	14,93%
RENT. FINANCIERA: (%)	16,92%	14,82%	13,14%	11,71%	10,39%
CASH-FOW:	19.686.590,28 €	20.603.251,08 €	21.555.639,10 €	22.545.113,04 €	23.573.084,40 €
VAN:	102.532.837,03 €		Calculo: Inversión de Inversión: 30.580.000,00 € a 120 meses		
TIR: (%)	57,36%				
PAY BACK:	2,37		Complejo Residencial de 750 Apartamentos, 1.500 Camas		

BAIT: (Beneficio antes de intereses e Impuestos), VAN: (Valor Actual Neto), TIR: (Tasa Interna de Retorno), PAY BACK: (Plazo Recuperación),
CASH FLOW: (flujo de caja, entradas y salidas)

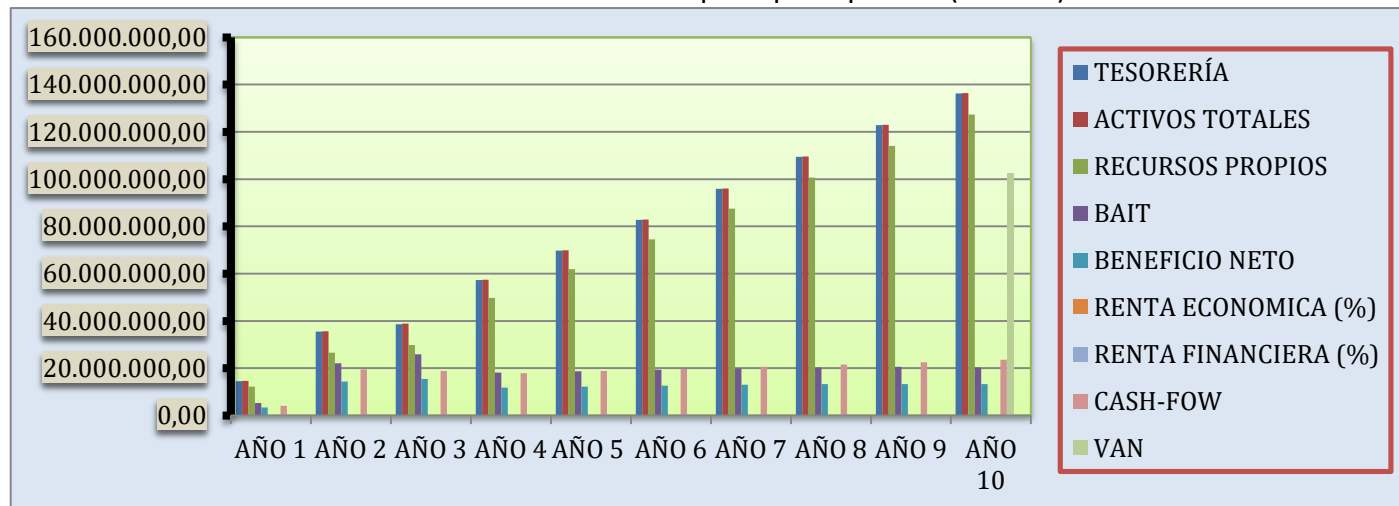
Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Tabla 17.5. Evolución número residentes bajo el escenario (OPTIMISTA)

SITUACIÓN OPTIMISTA	Complejo Residencial de 200 Apartamentos 1.500 Camas 200 Plazas Centro Día	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8	AÑO 9	AÑO 10
	RESIDENTES INTERNOS (1.500 Camas)	60%	80%	85%	95%	95%	95%	100%	100%	100%	100%
	RESIDENTES CENTRO DÍA (200 Plazas)	35%	45%	55%	70%	80%	90%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia (01/01/2023) (Salvo error de cálculo este es el resultado)

Gráfico 17.4.0. Resultados financieros para empresa explotadora. (OPTIMISTA)



Fuente: elaboración propia (01/01/2023)

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)
ESTUDIO ECONÓMICO FINANCIERO 2023



COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO SANITARIO (PILES)

Departamentos que disponemos en nuestro centro
Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

Departamento Técnico.

01/01/2023

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

ÍNDICE

1. COMPLEJO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SOCIO SANITARIO.	04
2. EQUIPO HUMANO.	08
2.1. PERFIL DE LOS DIRECTORES.	10
3. DEPARTAMENTOS QUE DISPONEMOS EN NUESTRO CENTRO.	12
3.1. DEPARTAMENTO MÉDICO.	12
3.2. ENFERMERÍA GERIÁTRICA.	17
3.3. AUXILIARES DE GERIATRÍA.	20
3.4. TRABAJO SOCIAL.	22
3.5. TERAPIA OCUPACIONAL.	25
3.6. ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL.	28
3.7. FARMACIA.	32
3.8. RECEPCIÓN.	35
3.9. ADMINISTRACIÓN.	36
3.10. COCINA.	37
3.11. NUTRICIÓN.	48
3.12. LIMPIEZA Y LAVANDERÍA.	50
3.13. PELUQUERÍA.	51
3.14. TRANSPORTE.	52
3.15. TERAPIA NEUROLÓGICA – ICTUS. (UNIDAD ESPECIALIZADA DE ICTUS)	53
3.16. TERAPIA OCUPACIONAL.	54
3.17. QUINO TERAPIA.	55
3.18. TERAPIA CANINA.	56
3.19. TERAPIA ACUÁTICA EN PISCINA.	57
3.20. ODONTOLOGÍA PARA MAYORES.	58
3.21. FISIOTERAPIA.	59
3.22. SERVICIOS RELIGIOSOS.	64
3.23. SERVICIOS FUNERARIOS.	66
3.24. CAFETERÍA.	68
3.25. RESTAURANTE.	71
3.26. GIMNASIO PARA PERSONAS MAYORES.	73
3.27. YOGA.	75
3.28. ACTIVIDADES DEPORTIVAS PARA LAS PERSONAS MAYORES.	75

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

1. COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

QUIENES SOMOS

Nuestra misión es mejorar la calidad de vida diaria de los residentes prestando una atención personalizada y de calidad con una visión integral de la persona. Queremos que el residente sienta que esta es su casa por lo que fomentamos valores tales como la autonomía, la participación y el desarrollo integral del mayor.

Con 20 años de experiencia en el sector geriátrico, nuestro principal objetivo es ofrecer una alta calidad de vida a nuestros residentes fomentando la autonomía, el bienestar, el desarrollo personal y la convivencia entre ellos.

La alta cualificación de su personal y la calidad de sus instalaciones, unido al prestigio acumulado desde su creación, le convierten en uno de los complejos de referencia del sector en España.

Proporcionamos atención socio sanitaria integral 24 horas al día a personas con diferentes grados de dependencia física o psíquica. En la Clínica Residencial Geriátrica, Alquería de la Torre dels Pares, la supervisión y la asistencia es continua para personas que no pueden realizar de manera autónoma sus actividades básicas de la vida diaria por circunstancias personales, familiares o sociales.

Nuestro Complejo Socio Sanitario cuenta con todo un equipo multidisciplinar de profesionales cualificados a su disposición, prestando múltiples servicios, según niveles de dependencia y situaciones individuales o de grupo.

Está ubicado en el paraje natural del Embalse de Cubillas, en un entorno de alto valor medioambiental, sobre una parcela de 160.000 m², con 85.000 m² edificados y el resto lo componen amplias zonas ajardinadas.

NUESTRA MISIÓN

Prestar una atención personalizada y de calidad con una visión integral de la persona, fomentando los derechos de la persona residente, su participación y la de las familias en el normal funcionamiento de la Residencia como elemento básico para la consecución de los objetivos.

Apostamos por la satisfacción y el desarrollo profesional de las personas de la organización como factor clave de eficacia y calidad, enmarcado en un sistema de gestión inspirado en la calidad total y en la mejora.

LA VISIÓN DEL COMPLEJO SOCIO SANITARIO

Aspiramos a ser referente por dar una atención excelente a lo largo de todo el proceso residencial. Por ello, apostamos por una adaptación continua para ofrecer, en todo momento, la mejor y más rápida atención a las demandas y necesidades de nuestros residentes.

Para el Complejo Socio Sanitario, los siguientes principios son de especial importancia:

-  Respeto en las relaciones interpersonales, a la intimidad y a la dignidad de la persona.
-  Apuesta por una intervención integral que cuente con todas las dimensiones de la persona (físico, mental, emocional, social y espiritual).
-  Calidad humana en los cuidados que se ofrezcan transmitiendo humanidad, humanizando la asistencia.
-  Profesionalidad por parte de todos los trabajadores del centro y mejora continua a través de un continuo desarrollo de los servicios, del fomento de la innovación en el funcionamiento de los departamentos y el impulso a la gestión por procesos y sistemas de calidad.

CENTRO LIBRE DE SUJECIONES

Un “Centro Libre de Sujeciones” es un centro en el que no se utiliza ningún tipo de sujeción física o química, entendiendo como sujeción física cualquier dispositivo físico aplicado a una persona que limite su expresión espontánea, libertad de movimiento, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la persona no puede liberarse con facilidad; y como sujeción química, al empleo de fármacos generalmente de acción a nivel del Sistema Nervioso Central que reducen la movilidad en personas que presentan conductas etiquetadas como “inadecuadas” o “molestas” con el fin de facilitar su control y manejo. Dicho de otra forma, uso de fármacos para afrontar un problema para el que, en muchas ocasiones, existe un modo de intervención mejor.

Liberarse de las sujeciones: Generalmente se mantiene la creencia de que las sujeciones se emplean con el fin de fomentar la seguridad del paciente, cuando realmente generan una gran cantidad de efectos adversos tanto físicos como emocionales y psicosociales. Además, tienden a utilizarse desde el punto de vista del trabajador y no del residente, bien con fines meramente organizacionales o guiado por el terrible miedo que se tiene hacia las caídas. Es una práctica que no puede mantenerse, pues limita directamente con los derechos humanos, la dignidad y la calidad de vida de nuestros residentes.

FILOSOFÍA DEL COMPLEJO SOCIO SANITARIO

Los pilares de los cuidados asistenciales del Complejo, se basan en el fomento de la autonomía, del bienestar y de la calidad de vida de nuestros residentes. Es por ello que el empleo de sujeciones físicas o químicas confronta directamente con nuestros principios, ya que limitan el derecho fundamental de las personas a la libertad, además de atentar contra valores como la dignidad y la propia autoestima personal, y todo ello, en personas que desafortunadamente tienen limitada su capacidad de autogobierno, a las que desde el Centro prestamos una especial atención y protección, procurando siempre proteger su integridad.

Centro libre de sujeciones: En los últimos años venimos desarrollándonos en este nuevo camino en el que no consideramos las sujeciones como alternativa de cuidado y protección. Para ello, nuestro punto de partida ha sido concienciarnos de que existe un número de caídas en personas mayores que puede considerarse “normal”, puesto que fisiológicamente, el envejecimiento produce que las caídas aumenten. Esto no quiere decir que ya no tratemos de prevenir las caídas, pero sí nos ha ayudado a sensibilizarnos y a generar un método de trabajo en el que, más que intentar evitar las caídas a toda costa, tratamos de reducir las consecuencias de estas, anteponiendo en todo momento el respeto de los derechos humanos de nuestros residentes. Se evita así un excesivo proteccionismo que induzca a inmovilizar a las personas, siendo permisivos con la movilidad, básica para que las personas permanezcan en condiciones físicas óptimas. Por tanto, nuestro modelo de trabajo está dirigido a otorgar una atención asistencial en la que la sintomatología conductual problemática asociada al deterioro cognitivo se aborda sin la utilización de medidas de sujeción restrictiva físicas o químicas, lo que favorece el desarrollo del paciente como persona LIBRE y con DERECHOS, aumentando así su calidad de vida.

Se utilizarán las sujeciones en el centro: Únicamente se recurrirá al uso de sujeciones de manera puntual y bajo prescripción facultativa, ante situaciones que supongan un compromiso y riesgo vital urgente, o para la aplicación de medidas terapéuticas esenciales para la supervivencia que sean rechazadas por los propios pacientes.

Colaboración de los usuarios y familiares: Para lograr, y mantener, un centro libre de sujeciones es necesario que los familiares también se sensibilicen y conciencien sobre los beneficios físicos, emocionales y psicosociales que aporta el no uso de sujeciones, asumiendo que aceptar ciertos riesgos controlados, es parte esencial de un buen cuidado íntegro y respetuoso.

POLÍTICA DE CALIDAD

El Complejo Socio Sanitario, consciente de que los servicios que presta son esenciales para la sociedad, define y adopta la presente Política de Calidad, orientada a garantizar la prestación de nuestros servicios con la mayor calidad, eficacia y eficiencia que demandan y merecen nuestros clientes.

Nuestra política de calidad está basada en el compromiso de ser una institución útil a la sociedad, por lo que consideramos prioritario alcanzar un alto grado de especialización que permita cumplir con éxito las expectativas de nuestros clientes a lo largo de toda la prestación del servicio, obteniendo así clientes y residentes satisfechos, que es la razón de ser de nuestra empresa.

Una mejor organización del trabajo que permite una mayor satisfacción de los trabajadores, logrando para éstos una mejor calidad de vida y de conciliación de la actividad laboral y familiar y satisfacción de proveedores mediante unos canales de comunicación adecuados.

Desde el Complejo Socio Sanitario, entendemos que la mejora de la calidad, es fundamentalmente una filosofía de gestión centrada en las personas y que el mantener este principio, requiere una transformación de la cultura de la organización constante que permita adaptar la empresa a cada nueva necesidad. Estos cambios tienen el único objetivo de satisfacer plenamente las necesidades de los diferentes clientes tanto los internos (trabajadores y usuarios fundamentalmente) como los externos (familiares, instituciones o proveedores).

El Complejo Socio Sanitario, ha adquirido un compromiso en su política de gestión: la adopción de una filosofía de gestión de calidad total, lo que supone implantar un mecanismo continuo de aprendizaje para mejorar de manera permanente los procesos básicos de la organización y aumentar la satisfacción de los clientes y de los trabajadores de nuestra empresa.

El Complejo Socio Sanitario, intenta implantar en todos sus centros, una cultura basada en un proceso abierto que parte de la convicción de que siempre se pueden hacer las cosas mejor. Para institucionalizar la mejora y plantear niveles homogéneos de calidad en todos nuestros centros, hay que cambiar muchas veces la cultura de la organización, presentamos a continuación las líneas maestras sobre los que nuestra empresa construye su política de calidad.

Orientación hacia el cliente: La calidad no tiene ningún significado salvo el definido por los deseos y las necesidades de los clientes. Por lo que conocer las necesidades de éstos y adecuar nuestros servicios a sus exigencias, son las piezas claves de nuestra política de calidad.

Participación de todos los empleados: Creemos que nuestros empleados son nuestro mayor potencial y nuestro capital más importante, por ello, es una línea prioritaria de nuestra política, logra que los trabajadores de La Clínica Residencial Geriátrica, Alquería de la Torre dels Pares, se sientan parte de su empresa y no simples asalariados.

Trabajo en equipo: Somos conscientes de que la Calidad en la atención gerontológico está muy lejos del trabajo individual, por lo el trabajo y la evaluación multidisciplinar, constituye una pieza básica dentro de nuestro modelo de trabajo.

La implicación de la dirección: La dirección del Complejo Socio Sanitario, ha incorporado a su gestión la idea de la mejora continua como valor actual, lo que nos ha obligado a asumir como una de nuestras principales tareas, el introducir en el código cultural de la empresa la idea de calidad, el gusto por lo bien hecho y el hábito de mejora continua.

Gestión con Datos: La calidad de los servicios, requiere datos de calidad para facilitar la toma de decisiones y la realización de acciones de calidad. En el Complejo Socio Sanitario, creemos que lo que se mide se mejora, por ello creemos en la necesidad de que sus empleados trabajan con datos, cuantitativos y/o cualitativos, y los analizan

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

sistemáticamente como parte natural de la toma de decisiones. En este sentido resulta particularmente útil la protocolización de los procesos de atención y la utilización de indicadores asistenciales, estructurales o de satisfacción.

Gestión de los procesos: En el Complejo Socio Sanitario, pensamos que la práctica gerontológica está basada en la acumulación de múltiples procesos multidisciplinares, cambiantes y adaptados a la realidad variable de las personas mayores, por lo que resulta imprescindible, abordar la atención a través de un análisis y una mejora continua de estos procesos asistenciales.

Mejora continua: En el Complejo Socio Sanitario, partimos de una cultura basada en un proceso de mejora continua. Se trata de un proceso abierto que parte de la convicción de que siempre se pueden hacer mejor las cosas.

2. EQUIPO HUMANO

CALIDAD DE VIDA A LOS AÑOS

El cuidado a todos los residentes que viven en el Complejo Socio Sanitario, lo realiza un excelente equipo humano interdisciplinar formado por profesionales cuidadosamente seleccionados que, ante todo, son personas de auténtica vocación por su trabajo.

- a) Nuestro personal es el pilar fundamental de la organización y los servicios que prestamos.
- b) Su objetivo principal es atender a las necesidades de cada residente en un ambiente de cariño y seguridad, y transmitir el calor de hogar necesario para que tanto ellos como sus familiares se sientan como en su propia casa.
- c) Dirección, Departamento médico, Enfermería, Auxiliares de geriatría, Fisioterapeutas, Trabajo Social, Terapeutas ocupacionales, Animadores sociales, Psicología, Neuropsicología, Farmacia, Departamento de Calidad, Cocina, Limpieza, Peluquería, Administración, Recepción, Personal de Mantenimiento, Capellán, Transporte, y otros tantos servicios, conforman un gran EQUIPO HUMANO a su entera disposición.
- d) Nuestro Complejo Socio Sanitario, apuesta por la formación del personal, lo cual implica estar inmerso en un continuo reciclaje. Anualmente se analizan las necesidades y se elabora un plan de formación.
- e) De igual forma se presta especial atención a la prevención de riesgos laborales, con el objeto de elevar el nivel de protección de la salud y seguridad de trabajadores.

INFORME DEL COMITÉ DE EXPERTOS EN MATERIA DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE SERVICIOS SOCIALES DE LA GENERALITAT VALENCIANA SOBRE EL PERFIL PROFESIONAL DEL DIRECTOR Y DIRECTORA DE RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES.

Justificación y objetivos: El Departamento de Bienestar Social, de acuerdo con el Decreto legislativo 17/1994, de 16 de noviembre, establece la atención y promoción del bienestar de las personas mayores para normalizar y facilitar las condiciones de vida que contribuyen a la conservación de la plenitud de las facultades físicas y psíquicas, así como a su integración social. Por otro lado determina la competencia del Gobierno de la Generalitat respecto a la colaboración con los organismos competentes para la formación de personal cualificado de servicios sociales.

El Comité de Expertos en Formación de Recursos Humanos en el ámbito de servicios sociales, con funciones de asesoramiento en la definición de programas de formación de los profesionales de los servicios sociales, ha de incidir en la regulación de la capacitación profesional de los directores y directoras de los centros residenciales o de los coordinadores asistenciales de atención social a las personas mayores con tal de favorecer la calidad de la atención y la garantía de los derechos de los usuarios.

Esta propuesta sobre la calificación y perfil profesional de los directores / ras de centros residenciales para personas mayores se fundamenta en el trabajo de la ponencia técnica del Comité, que se presentó y aprobó en la sesión del pasado día 19 de octubre de 1995, con las enmiendas que en su momento introdujeron los vocales del Comité.

Para alcanzar el objetivo general de avanzar en una mejor calidad en la atención social, se ha de profundizar en dos objetivos específicos:

-  Definir el perfil profesional de los responsables de la atención en los centros residenciales para personas mayores a partir de las funciones que han de ejercer.
-  Proponer los mecanismos reguladores para alcanzar la capacitación conveniente a partir de unos contenidos formativos correctos.

Definición de las funciones: Antes de enumerar las diferentes funciones que han de llevar a cabo el director/a de una residencia para personas mayores, se ha de tener en cuenta que existen diversos modelos de centros residenciales. En una primera aproximación podríamos diferenciar dos grandes grupos:

- ✚ Los centros residenciales pequeños, con una capacidad de hasta 30 plazas, que constituyen el grupo mayoritario respecto al número de establecimientos.
- ✚ Los centros residenciales con una capacidad superior respecto al grupo anterior, con una media de capacidad asistencial superior a ochenta plazas.

Las funciones que han de realizarse en todo el centro asistencial son las mismas en los dos grupos; ahora bien, se tiene que señalar que en las del segundo grupo la función de gestión de tipo gerencial puede ser llevada a cabo por otra figura profesional. En este tipo de residencias, podría haber un equipo directivo formado por diferentes profesionales.

Es por este motivo que en el presente documento se definen las funciones generales y mínimas que debe alcanzar el director/ra de los centros residenciales para personas mayores, entendiendo que las funciones correspondientes a la gestión de personal y gestión económica las puede asumir o no el director o directora asistencial.

Funciones en relación con la organización del centro:

- ✚ Planificación, dirección y supervisión de todos los servicios y actividades de la residencia.
- ✚ Elaboración de objetivos de trabajo concretos a partir de la planificación general de gerencia, determinando, si es necesario, el calendario, los responsables y un correcto seguimiento.
- ✚ Responsabilización y coordinación de las diferentes áreas de atención del centro residencial.
- ✚ Dentro del marco establecido por la entidad titular, si es necesario, responsabilización de la gestión económica y financiera de la residencia.
- ✚ Valoración anual del grado de calidad de los servicios y del grado de satisfacción de los usuarios.
- ✚ Actualización de la documentación oficial del centro y de la información correspondiente a los usuarios, cuidando del cumplimiento de los requisitos legales establecidos.
- ✚ Coordinación de la atención de los usuarios que se tengan que realizar en servicios e instituciones afines.

Funciones en relación con el personal del centro:

- ✚ Ejercer las funciones de jefe de personal cuando por las características del centro no haya otra figura que las asuma.
- ✚ Seguimiento de la formación continuada y el reciclaje de todo el personal, favoreciendo las relaciones interpersonales del equipo.

Funciones en relación con las personas atendidas:

- ✚ Atención integral de calidad, con confort y seguridad, para todos los residentes, garantizándola durante las 24 horas del día y todos los días del año.
- ✚ Cuidado en el respeto de los derechos de los residentes y su libre voluntad de ingreso o permanencia de las personas atendidas en la residencia.
- ✚ Valoración de la atención y las necesidades de las personas atendidas así como de los cambios que se puedan presentar.
- ✚ Fomentar y facilitar las relaciones personalizadas con los residentes y con la familia de los usuarios.
- ✚ Potenciación de la participación de la familia del residente en la planificación de las actividades de la residencia.
- ✚ Solución a las quejas y/o sugerencias que puedan presentar los residentes o sus familiares.

2.1. PERFIL DE LOS DIRECTORES / RAS DE CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES

PERFIL PROFESIONAL

- a) El director/a asistencial ha de tener una titulación mínima de diplomado universitario de grado medio, preferentemente en el ámbito de las ciencias humanas y sociales.
- b) En el caso de personas que no dispongan de la titulación antes mencionada pero que puedan acreditar experiencia actual en las funciones descritas, ésta ha de servir como aptitud suficiente.
- c) Tanto la titulación de grado medio como la experiencia profesional se complementaran con una formación especializada en este ámbito.

Perfil actitudinal: Se considera que las personas que asuman la responsabilidad de dirección de una residencia de personas mayores han de tener unas características personales que faciliten de entrada la buena realización de las funciones propias de este puesto de trabajo. Si bien muchas de estas características se pueden adquirir, potenciar y mejorar durante la formación, tanto inicial como continuada, siempre es conveniente tener en cuenta el perfil personal previo al inicio de la formación.

Con relación a la organización del centro:

- ✚ Capacidad para resolver problemas y tomar decisiones de forma ágil y eficaz.
- ✚ Capacidad de planificación y coordinación.
- ✚ Capacidad para establecer las relaciones interpersonales de forma positiva.
- ✚ Capacidad para optimizar los recursos humanos.

Con relación al personal del centro:

- ✚ Capacidad motivadora del equipo humano.
- ✚ Capacidad dinamizadora, de innovación, de escucha, así como también de adaptación a nuevas situaciones.

Con relación a la atención de las personas atendidas:

- ✚ Capacidad para promover el bienestar integral de todos y cada uno de los residentes.
- ✚ Capacidad para escuchar y de seguimiento de las personas atendidas, estableciendo unas relaciones interpersonales que favorezcan la comunicación, el afecto y la confianza.

CONSIDERACIONES PARA LA PROPUESTA DE FORMULAS CORRECTAS PARA ALCANZAR LA CAPACITACIÓN CONVENIENTE Y PARA LA FORMACIÓN CONTINUADA DE TODOS LOS DIRECTORES / RAS DE CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES.

Una vez considerados los anteriores requerimientos profesionales, los miembros del Comité consideran conveniente respecto a la capacitación profesional necesaria.

Para los futuros directores/as: A partir de la titulación considerada en el apartado 3.1, se tendría de completar la formación para conseguir unos conocimientos básicos mínimos de todos los futuros directores / as de centros residenciales para personas mayores mediante una formación específica teórico-práctica, según la titulación previa de acceso, a partir de la cual se podrían convalidar uno o diversos módulos de la formación complementaria especializada. Se tendría que proponer a la Dirección General de la Función Pública el reconocimiento de los postgraduados, masters u otros cursos de formación organizados por las universidades para que fuesen valorados en los concursos de méritos.

Para los actuales directores/as sin titulación: Estas son algunas de las vías que se podrían estudiar por lo que respecta a la cualificación del personal directivo actual que no tenga titulación:

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

- ✚ **Titulación oficial mediante planes especiales de formación;** el precedente se ha de buscar en el Plan especial de magisterio para educadores / as de hogares infantiles.
- ✚ **Cursos de extensión universitaria:** postgrados y/o masters desarrollados por las universidades que tendrán una duración de uno o dos años. En este caso, la acreditación por una universidad consiste en un certificado de asistencia que podrá ser reconocido por el Departamento de Bienestar Social, por los servicios de la red básica de servicios sociales de responsabilidad pública, y, si se presta, por el INCANOP (Instituto Catalán de Nuevas Profesiones) por lo que se refiere al resto de los establecimientos residenciales.

En cualquiera de estas vías, se tendrá que valorar la experiencia acreditada como director/a de centro, de dos años dentro de los cinco años inmediatamente anteriores.

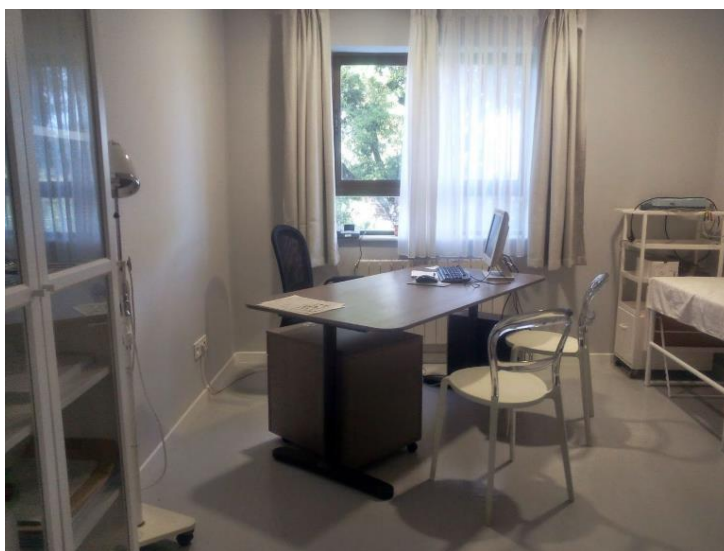
COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

3. DEPARTAMENTOS QUE DISPONEMOS EN NUESTRO CENTRO

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores: El cuidado a todos los residentes que viven en el Complejo Socio Sanitario, lo realiza un excelente equipo humano interdisciplinar formado por profesionales cuidadosamente seleccionados que, ante todo, son personas de auténtica vocación por su trabajo. Nuestro personal es el pilar fundamental de la organización y los servicios que prestamos.

3.1. DEPARTAMENTO MÉDICO



El Complejo Socio Sanitario, apuesta por una atención médica de calidad, por eso hemos querido garantizar una atención diaria realizada por profesionales con una amplia formación geriátrica. La asistencia geriátrica comprende el conjunto de niveles de atención que, desde la óptica sanitaria y social, deben garantizar la calidad de vida de las personas. Entre los objetivos principales del equipo médico se encuentran:

- ✚ Establecer, cuando sea necesario, los tratamientos o cambio de tratamientos adecuados al estado de salud del residente.
- ✚ Establecer la planificación de actividades de seguimiento y el tipo de control necesario, junto al ATS.
- ✚ Participar en la elaboración del PAI, aportando valoración médica y asistiendo a las reuniones.
- ✚ Atención a las familias, informándoles de forma general del estado del usuario.
- ✚ Establecer el tipo de dieta del residente y su comunicación a enfermería.
- ✚ Petición de pruebas diagnóstico.
- ✚ Asistencia Integral en Cuidados Paliativos.

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

- ✚ Seguimiento de los procesos más prevalentes en las personas mayores: demencias seniles, osteoporosis, artrosis, deficiencias sensoriales.
- ✚ Atención especializada a pacientes con enfermedades en fase avanzada del tipo Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple.

El reto de la asistencia sanitaria en las residencias de ancianos: Los profesionales del sector sociosanitario hablan de "la soledad del médico de residencia", en referencia a que muchas veces deben tomar decisiones de urgencia sin el apoyo o el consejo de otros compañeros. Las principales asignaturas pendientes en el sector son la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, la integración de los servicios sociosanitarios, la historia clínica compartida, los cambios en el sistema de prescripción y el reconocimiento laboral

El envejecimiento de la población ha cambiado el perfil del usuario medio que antes acudía de forma voluntaria a un asilo. Ahora una persona recién jubilada, todavía joven y sana, ya no siente la necesidad de ingresar en un centro social de estas características. Muy al contrario, el perfil medio de persona que entra en una residencia suele ser un anciano de avanzada edad con enfermedad crónica y comorbilidades.

En consecuencia, las residencias han tenido que cambiar el patrón de recursos humanos e incorporar a más médicos y, en general, personal sanitario como profesionales de Enfermería, fisioterapeutas, etc. El problema es que el Sistema Nacional de Salud es menos ágil y necesita más esfuerzo para mover toda su estructura y adaptarse a los nuevos tiempos.

"Nada tienen que ver los antiguos asilos con los actuales centros sociosanitarios, que son auténticos hospitales de intermedios", ha defendido María José Jiménez, presidenta de la Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER). "Los centros sociosanitarios deben ser considerados como un nivel asistencial más, entre la Atención Primaria y la hospitalaria, para poder atender las necesidades de una población envejecida y enferma que requiere continuos cuidados médicos y de Enfermería", ha añadido.

El primer motivo de ingreso de un anciano en una residencia es la dependencia, que suele estar marcada por la pluripatología evolucionada que genera incapacidad funcional. Cuando el paciente es anciano, el personal sanitario debe tener experiencia y una formación específica en Geriátrica, como ha defendido la Dra. Jiménez, quien también ha hablado de "la soledad del médico y/o DUE" en los centros sociosanitarios. "Estos profesionales deben tomar decisiones de urgencia y en muchas ocasiones se encuentran solos, por lo que la experiencia es muy importante para tener claros los protocolos de actuación".

Según la SEMER, el médico de residencia suele tener el perfil de un facultativo de Primaria o un internista con conocimientos de legislación y de Medicina Legal. "Además de las patologías, tiene que atender aspectos legales relacionados con la toma de decisiones en pacientes incapacitados o el uso de medidas de contención, por ejemplo. Asimismo, tiene que manejar aspectos éticos, sobre todo al final de la vida de los residentes. Por ello, está obligado a conocer las directrices pautadas por ley en este sentido".

Por su parte del presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), ha reivindicado el papel del médico especialista en la residencia. "El equipo sanitario debe tener una mayor especialización en el nuevo perfil de usuario, y muchas veces es necesario un médico geriatra o que tenga una amplia formación en Geriátrica para tratar a un anciano frágil o anciano dependiente. Actualmente se exige una mayor formación en Geriátrica, cuando antes era más habitual contar con un médico de familia".

En cualquier caso, el médico de residencia debe saber trabajar en equipo, como ha destacado la presidenta de la SEMER: "Si hay especialidades eminentemente interdisciplinares, la Geriátrica es una de ellas. Se trata de atender al residente no solo en materia sanitaria, sino también en la esfera 'psicobiosocial', así como a sus familias".

En este engranaje, los profesionales de Enfermería son vitales. Ellos son el referente de los centros y el enlace entre el ámbito social y el sanitario. “En ausencia del médico, el enfermero valora y decide en materia sanitaria”.

La prescripción: Los profesionales relacionados con los centros residenciales y el sector sociosanitario reclaman cambios en la gestión farmacéutica y en el modelo de acceso a los medicamentos y productos sanitarios, como ha quedado reflejado en las conclusiones de la jornada ‘Mesa de Diálogo: Cronicidad y atención sanitaria en centros residenciales’, organizada por la Fundación Edad & Vida.

El presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), ha recordado que en la mayoría de los casos la práctica de la Medicina en residencias se realiza en el ámbito privado. “Por tanto, el médico de familia es el responsable último del paciente atendido por el médico de residencia. Esta situación exige un compromiso bilateral entre ambos facultativos, basado en la confianza y en la resolución de casos de forma consensuada. Para ello se ha de trabajar bajo los mismos procedimientos y protocolos”.

Esta unificación de criterios es todavía más complicada debido a las diferentes normativas vigentes en las Comunidades Autónomas. Así, cada autonomía registra distintos tipos de centros sociosanitarios, con legislación diversa en cada una de ellas, que dictamina desde cómo y dónde comprar la medicación, hasta el ratio de personal, pasando por la tipología de residencias, la colaboración público-privada, etc.

En la misma línea, el presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), ha lamentado que en España haya “tantas desigualdades que hacen especialmente compleja la prescripción en las residencias”. “Los médicos de algunos centros públicos pueden prescribir directamente; sin embargo, otros profesionales de residencias públicas tienen que utilizar para las recetas al médico del centro de salud, como ocurre en Andalucía. En esta comunidad autónoma el médico no prescribe directamente, sino que hace la proposición de prescripción a través de la unidad de residencias. En otros sitios el médico de residencia solo puede elaborar una propuesta para que el médico de cabecera sea el que prescriba. Otras residencias prescriben a través de la farmacia hospitalaria del sector que le corresponda”, ha relatado.

“Esta dicotomía perjudica al paciente porque normalmente hay retrasos en la prescripción o nos encontramos con el problema añadido de que en las farmacias hospitalarias no hay muchos medicamentos de los que se prescriben en la calle”. En muchísimas residencias españolas hay pediatras que no pueden hacer prescripción de médico especialista porque, por ejemplo, algunos fármacos para tratar la demencia están sujetos a un visado y una inspección. “La consecuencia es que el fármaco puede tardar muchos días en llegar al paciente y que el médico dedica demasiado tiempo a la burocracia, en lugar de atender al enfermo. En función del lugar en el que uno resida, se puede tener mayor o menor accesibilidad a los tratamientos o a la realización de pruebas complementarias. Con este sistema se malgastan los recursos y, lo que es peor, se retrasan los diagnósticos y los tratamientos, en perjuicio de los pacientes”.

Esperanza en la Estrategia de Atención Integral Socio Sanitaria: En el marco de la Estrategia de Cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), el Ministerio de Sanidad está ultimando el documento base para promover una Estrategia de Atención Integral Sociosanitaria. El director general de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, ha indicado en la jornada organizada por la Fundación Edad & Vida que “el objetivo es incluir la opinión de todos los agentes involucrados en la actividad sociosanitaria (colegios profesionales, sociedades científicas, etc.)”. La necesidad de establecer un marco básico para una atención integral sociosanitaria se basa principalmente en los cambios demográficos presentes y futuros. “Ello supondrá un cambio en la organización actual de los servicios y quizás también del modelo asistencial, para poner a la persona en el centro del sistema”, según ha comentado.

En el borrador, el Ministerio ha propuesto una Cartera Común de Servicios del SNS, cuyo objetivo es mejorar el estado de salud, la autonomía, la funcionalidad física, psíquica y social del usuario, así como facilitarle la permanencia, en la medida de lo posible, en su domicilio o entorno social para contribuir a mejorar su calidad de vida y la del cuidador, respetando siempre sus preferencias. La Estrategia también contempla crear la figura del ‘gestor de casos’ a nivel de Atención Primaria (médico, Enfermería, trabajador social, etc.), para asegurar la atención necesaria en cada caso.

El presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), se ha mostrado “convencida” de que esta estrategia va a mejorar la situación actual. “Tenemos que garantizar una continuidad asistencial que permita atender al residente de una manera óptima y evitarle todos los desplazamientos innecesarios, especialmente que el anciano esté en un entorno hospitalario que puede resultarle hostil y generarle nuevas patologías y comportamientos anómalos”. En este sentido, SEMER colabora desde hace varios años en grupos de trabajo de coordinación sociosanitaria, por ejemplo en la Comunidad de Valencia.

La SEGG también participa en la comisión de la Estrategia de Atención Integral Sociosanitaria que ha creado el Ministerio de Sanidad para conocer la visión de las sociedades científicas. El presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), ha explicado que son reuniones “muy técnicas”: El lenguaje entre compañeros “es más fácil que cuando tenemos que hablar con gente que no se mueve en nuestro ámbito. En este sentido, tengo serias esperanzas en la mejora de la atención sociosanitaria y del sistema para que sea más eficaz y más eficiente”.

“Nuestras propuestas son muy sencillas y basadas en la práctica. A nivel de coordinación, hemos solicitado que se puedan establecer todos los niveles que necesita la especialidad, desde la Atención Hospitalaria en la fase aguda de una enfermedad, hasta la atención domiciliaria o la atención en residencias, y que esa asistencia dependa siempre de los mismos equipos. El objetivo es que haya una continuidad médica”.

También se ha solicitado que los equipos de atención sanitaria en las residencias tengan un apoyo en los equipos hospitalarios. “La idea es que cuando se haga una derivación exista una historia única que viaje siempre con el paciente para que todos tengamos una información completa. Lo que ocurre ahora es que a veces se cruzan los informes, no llegan o están incompletos. Los sistemas de telemedicina nos pueden ayudar mucho, son muy sencillos. Tal y como explica, en aquellos sitios donde se están implementando están obteniendo resultados extraordinarios. “Consideramos que estas medidas no suponen grandes gastos económicos ni un incremento desorbitado de las plantillas”.

Servicio de farmacia e historia clínica compartida: El Informe ‘Perfil sanitario de las personas integradas en centros residenciales’, realizado por la Fundación Edad & Vida, defiende “un modelo integrado de atención sociosanitaria”, en el que los centros residenciales deberán estar debidamente acreditados y, en el caso de contar con un elevado número de plazas, tendrán que disponer de servicios de farmacia con farmacéuticos responsables de la gestión de medicamentos y productos sanitarios. “Ello contribuiría a mejorar el servicio prestado y permitiría un sensible ahorro económico. Estos servicios deberían contar con financiación pública que cubriese los costes de fármacos, productos sanitarios y dietéticos, así como los gastos de su gestión”, defiende el estudio.

También el informe ‘Diseño de un modelo integral de mejora de la gestión de los medicamentos y productos sanitarios en residencias asistidas’, elaborado por la misma fundación, determina que es “urgente el cambio de modelo de acceso a los productos farmacéuticos y sanitarios, así como la financiación de los mismos”. De hecho, los expertos han reconocido que en la práctica existe un ‘prescriptor real’, que está en las residencias, y otro ‘administrativo’.

Según el informe, el modelo de acceso a los productos farmacéuticos y sanitarios (vía prescripción del centro de Primaria y dispensación de la oficina de farmacia) incorpora, aparte de circuitos administrativos, incentivos inadecuadamente dirigidos, “ya que responsabiliza del gasto a quien no acaba decidiendo y no permite establecer un modelo adecuado de corresponsabilidad con aquellos agentes que están en condiciones de gestionarlo”.

El presidente de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), Ha recordado que el Real Decreto-Ley 16/2012 de medidas urgentes para la sostenibilidad de SNS establece la necesidad de crear un servicio de farmacia en todas aquellas residencias sociales con 100 o más plazas. “Esta normativa no ha sido ni aplicada ni desarrollada”, ha puntualizado. Asimismo, en el modelo integral debe facilitarse la vinculación e incorporación de la historia clínica compartida en todos los centros socios sanitarios.

3.2. ENFERMERÍA GERIÁTRICA



La Enfermería Geriátrica presta soporte y ayuda encaminado a preservar la autonomía, retrasar la dependencia y promover y mantener la salud.

La nueva enfermería geriátrica se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas mayores, de la planificación y el uso de los cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades, y de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.

La enfermería es el soporte y ayuda en la promoción de estilos de vida sanos. Se tienen en cuenta recursos, capacidades, voluntad y apoyos con que cuenta la persona y donde se sitúe la persona para, a partir de ahí, ofrecerle los cuidados que necesite para aumentar y mantener su calidad de vida, como son: realización de curas, administración de medicación, toma de constantes, realización de planes de cuidados individualizados, etc. Todo esto encaminado a preservar la autonomía, retrasar la dependencia y promover y mantener la salud.

Nuestro equipo da gran importancia a la atención y seguimiento continuo de los residentes, así como a la comunicación con sus familias, siendo ésta básica para crear un vínculo de confianza.

Enfermería geriátrica: Una pieza clave de la atención a mayores en residencias: La Enfermería Geriátrica dirige sus conocimientos a prestar cuidados enfermeros especializados y de calidad a las personas mayores. En octubre del 1977 la OMS la define como la especialidad que contempla los aspectos patológicos del anciano, encaminados a conseguir una adecuada asistencia de enfermería y su rehabilitación.

En definitiva la profesión abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del autocuidado de las personas mayores. Los profesionales de esta rama especializada son pilares fundamentales en el funcionamiento de las residencias de la tercera edad, dependiendo de ellos muchos de los estándares de calidad de vida de las personas que viven en ella. Sus competencias están definidas y se basan en una serie de principios de buenas prácticas que garantizan su actuación

Recientemente hemos leído una entrevista en Dicen, Diario Independiente, a una enfermera geriátrica que pensamos resulta muy interesante para profundizar en la cuestión. La coordinadora asistencial de la residencia y centro de día para personas mayores de la Fundación Santa Eulalia de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). También es socia de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) desde ese mismo año y secretaria de esta sociedad desde 2008, labores que simultánea con una activa labor docente en el ámbito de la enfermería de la Universidad de Barcelona

Estas son algunas Funciones de una enfermera Geriátrica: Tal y como expone la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica en su documento técnico sobre competencias de la enfermera en las residencias de ancianos, independientemente de la tipología de estas, son responsables de la realización de su rol profesional desde las perspectivas asistencial, docente, investigadora y gestora.

Ahora bien, la enfermera especialista en Enfermería Geriátrica ha adquirido unas competencias diferenciadoras, necesarias para el adecuado ejercicio de su profesión, en las siguientes áreas de conocimiento gerontológico:

-  Gerontología (experimental, clínica, psicológica y social).
-  Educación para la salud.
-  Marco legal y políticas socio sanitarias.
-  Bioética.
-  investigación y gestión de cuidados y servicios gerontológicos.

Enfermedades más frecuentes entre personas mayores: El envejecimiento de la población plantea nuevos retos que derivan de situaciones que se presentan en las personas mayores en porcentajes más elevados que en otros grupos de edad. La soledad, el aislamiento social, la pobreza, etc., son algunos de ellos, aunque serán los problemas de salud (circulatorios, respiratorios, tumores, traumatismos, incontinencia...) y la dependencia los que se presenten con mayor prevalencia.

Haciendo referencia a los datos que maneja el IMSERSO, más del 30% de las personas de 65 y más años presenta algún nivel de discapacidad, de los que el 19% tiene algún grado de dependencia, cifras que con el crecimiento de la población mayor, previsiblemente, irán en aumento. Por tanto, es necesario que cubramos estas necesidades allí donde se encuentra el mayor y con soluciones acordes a las necesidades reales que precise cada individuo, tanto en lo relativo a lo social como a lo sanitario. De ahí la importancia de una adecuada valoración y optimización de servicios y recursos que nos permita mantener a la persona el mayor tiempo posible en su domicilio y potenciar su autonomía e independencia.

Implicar al paciente geriátrico en su propio cuidado: Tal y como exponemos en un libro que hemos publicado con el título de Enfermería y Envejecimiento, las previsiones demográficas indican que en el año 2030 el porcentaje de la población mayor de 65 años sería más del 25% de la población total. **El aumento y el número de personas mayores no ha de implicar necesariamente más dependencia ni más enfermedad,** ya que al mismo tiempo que aumenta la

esperanza de vida también se puede producir una mejora del estado de salud y un retraso en la aparición de la morbilidad y dependencia.

Hasta hace un tiempo las medidas preventivas en materia de salud solamente estaban contempladas hacia poblaciones jóvenes. En la actualidad hay todo un abanico de actividades preventivas dirigidas a personas etarias a fin de favorecer una mejora en su salud. En el envejecimiento, las personas con riesgo importante de perder la autonomía debido a la presencia de la comorbilidad son las personas que más se pueden beneficiar de las medidas preventivas como la detección precoz de su fragilidad, del tratamiento y de la rehabilitación con el fin de evitar o retrasar la presencia de un deterioro funcional y/o cognitivo, disminuir la morbimortalidad y mantener o mejorar la sensación subjetiva de calidad de vida.

En esta etapa de la vida son aplicables las actividades de prevención de enfermedades cardiovasculares, endocrinas, infecciosas y cáncer que se recomiendan a la población adulta, especialmente el cribaje de cáncer de mama, el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA), el abandono del tabaco, las vacunaciones (neumonía, gripe...), el ejercicio físico, el cribaje de osteoporosis en mujeres mayores de 65 y el cáncer de colon a mayores de 50 años.

Los signos de que un anciano necesita cuidados: La necesidad del cuidador surge cuando una persona es incapaz de afrontar determinadas situaciones de su vida por sí sola, generalmente debido a una discapacidad funcional y/o psíquica que le obliga a depender de terceras personas. En el caso del anciano, el cuidado se prolonga a lo largo del tiempo y, a medida que el paciente se va deteriorando y volviéndose más dependiente, se incrementa en cuanto a dedicación y complejidad.

Además, los síndromes geriátricos (SG) tienen una elevada prevalencia entre la población anciana y generan con frecuencia dependencia por incapacidad. Estos SG pueden ser causa o efecto de otros procesos y requieren la valoración e intervención de la enfermera geriátrica para prevenirlos, mantener el nivel de funcionalidad y evitar complicaciones. De entre los SG más relevantes cabe destacar: el síndrome de inmovilismo, caídas, incontinencia urinaria, síndrome confusional agudo, úlceras por presión y desnutrición, etc.

3.3. AUXILIARES DE GERIATRÍA



COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores



Para empezar, los auxiliares de geriatría son quienes ofrecen atención social básica y apoyo emocional a personas mayores que necesiten ayuda para la realización de las tareas cotidianas. Pueden trabajar en hospitales, centros de día y residencias de la tercera edad.

La función del auxiliar de geriatría es permitir que los ancianos mantengan su independencia en la medida de lo posible y que sean tan social y físicamente activos como les sea posible. Su trabajo se coordina con el resto de profesionales:

- ✚ Médicos.
- ✚ Enfermeros.
- ✚ Terapeutas.
- ✚ Trabajadores sociales, etc.

En las residencias geriátricas, sus funciones son ayudar a las personas que lo necesiten a lavarse o a bañarse, a vestirse, a comer, a tomar la medicación, a ir al baño y a desplazarse; también planifica y supervisa actividades sociales o de ocio junto con otros profesionales (terapeuta ocupacional, psicólogo...); bajo supervisión del profesional de enfermería, puede llevar a cabo tareas sanitarias como aplicar cremas o cambiar apósitos; están atentos a cambios de salud o humor de los residentes, por si son síntomas de un malestar o deterioro; y velan por la seguridad de la personas.

Además, son personas de apoyo para las personas a su cargo, que normalmente establecen relaciones de confianza, por lo que se trata de un trabajo delicado pues se precisa de una sensibilidad especial, como todo trabajo que sea de trato continuo y directo con las personas. Esto les puede llevar a tener enfrentarse a conflictos o conductas poco adecuadas. Se trata de una profesión de futuro, dado el imparable envejecimiento de la sociedad. Para formarse como auxiliar de geriatría se puede hacer cursando un título de grado medio de formación profesional o bien a través de cursos baremables acreditados que imparten diferentes entidades, administraciones, organismos, instituciones y sistemas Sanitarios, dentro de sus convocatorias para optar por un cargo público o en las diversas solicitudes para acceder a una bolsa de trabajo. Tiene mayor peso y va por delante en las opciones laborales el curso de formación profesional.

El equipo de auxiliares y gerocultores se encarga de atender a todas las necesidades de las personas mayores desde una práctica profesional responsable y adecuada a las características de cada residente. **Su actividad no se limita al cuidado de los mayores enfermos (Geriatría),** sino que engloba también los aspectos biológicos, sociales, psicológicos e incluso culturales, todo ello encaminado a conseguir la máxima calidad de vida de nuestros mayores. Las responsables de este departamento son las supervisoras que se encargan de coordinar al equipo y de controlar que el trabajo se realice con la máxima calidad posible:

- ✚ “Trabajamos proporcionando un ambiente familiar basado en los siguientes principios: cuidado, responsabilidad, respeto y cercanía con el residente”

- ✚ “Comenzar cada día a trabajar con una sonrisa en la cara crea un buen ambiente que repercute directamente en el estado de ánimo del residente”
- ✚ “El bienestar de nuestros residentes nos da una satisfacción interior que es la más dulce de todas las recompensas”

3.4. TRABAJO SOCIAL



FUNCIONES DEL/LA DIPLOMADO/A EN TRABAJO SOCIAL EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

La trabajadora social en la residencias. El considerable aumento de la población de la tercera edad ha provocado una intervención profesional abordando a la persona mayor en todos sus aspectos bio psico sociales.

Dado esto, el presente documento intenta ser una guía metodológica de trabajo para la cantidad de profesionales en Trabajo Social que realizan sus funciones dentro de los centros geriátricos. Y pretende clarificar las actividades propias de nuestro colectivo al resto de profesionales que forman parte del equipo interdisciplinar de las mencionadas instituciones.

- ✚ Planificar y organizar el Trabajo Social del centro mediante una programación de objetivos adecuada y una racionalización del trabajo.
- ✚ Colaborar y realizar estudios de investigación de aspectos sociales relativos a los beneficiarios, para así poder efectuar la valoración personal, familiar y social que rodee al residente.
- ✚ Realizar los Informes Sociales del residente y actualizarlos cada vez que sea necesario.
- ✚ Controlar que todos los residentes cobren la pensión correctamente. Administrar, con la supervisión de la Dirección, las pensiones de los residentes que así lo requieran, y/o tengan soporte familiar y/o que la familia no se haga cargo.
- ✚ Comunicación formal de ingresos a los otros servicios del centro y a las entidades y/o organismos que sea necesario.
- ✚ Elaboración y tramitación de Declaraciones Juradas.
- ✚ Gestionar cambios de pensiones, renovaciones de D.N.I, empadronamientos en el nuevo domicilio, y todas aquellas gestiones necesarias para garantizar sus derechos. Asesorar y orientar al residente y a sus familias en todo aquello que soliciten.
- ✚ Coordinación con otras entidades en todo aquello que represente los intereses de los residentes: Ayuntamientos, Bienestar Social, Sanidad, Centros Sociosanitarios, hospitales, entidades privadas, etc.
- ✚ Entrevistar al nuevo residente y a la familia con el fin de preparar el ingreso en la residencia y realizar la valoración inicial al ingreso.
- ✚ Fomentar la integración y participación de los residentes en la vida del centro y, a la vez, evitar que se produzca un alejamiento con el entorno y la familia.
- ✚ Controlar que todos los residentes participen de los servicios que ofrece el centro: podología, peluquería, etc.
- ✚ Realizar, conjuntamente con el resto del equipo, el Plan de Atención Personalizada interdisciplinario de los residentes. Hacer el seguimiento mensual del estado del residente, como también realizar el seguimiento anual del Plan.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

- ✚ Actualizar datos personales y familiares de los residentes.
- ✚ Fomentar el mantenimiento de las funciones del residente. Establecer, conjuntamente con el equipo, el Plan de Actividades Individuales y/o grupales para el mantenimiento y promoción de las capacidades funcionales.
- ✚ Procurar que exista un nivel de higiene personal adecuado del residente.
- ✚ Realizar el acompañamiento en el proceso de la muerte de los residentes y familiares, dando el soporte adecuado en cada caso. En caso de defunción de un residente, contactar con los familiares y iniciar todos los trámites burocráticos para proceder a su traslado.
- ✚ Realizar la acogida al ingreso del nuevo residente, siendo así la persona de referencia para el familiar y residente.
- ✚ Coordinar las actividades de ocio. Realizar, coordinándose con la terapeuta ocupacional, la evaluación trimestral de las actividades y el Programa Anual de Actividades del centro.
- ✚ Promover las relaciones con la familia y con la comunidad. Planificar y organizar conjuntamente con la Dirección, una adecuada distribución de horarios de visitas a los residentes, favoreciendo la promoción de actividades conjuntas de los residentes con las familias tanto individual como colectivamente, y definir un Programa de Voluntariado como función de soporte a los residentes y acción complementaria a la acción familiar.
- ✚ Hacer el seguimiento y, si es el caso, realizar las visitas necesarias a aquellos residentes ingresados en centros hospitalarios, dando soporte a la familia.
- ✚ Formar parte del equipo interdisciplinar o multidisciplinar, representando la atención psico-social del residente y la familia en todos sus aspectos.
- ✚ Recopilar la Documentación de Atención al residente, la historia clínica y los registros de ámbitos diferentes al Trabajo Social, para poder tener toda la información sobre el estado del residente y su evolución, para planificar las diversas actividades y evaluar la atención que se le proporciona.
- ✚ Realización de los protocolos relacionados con sus funciones.
- ✚ Definir, conjuntamente con la Dirección, un sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones, y posteriormente realizar las actuaciones necesarias para mejorar la calidad del centro.

Para conocer el grado de satisfacción de los residentes y sus familias, realizar y posteriormente evaluar el protocolo de atención. **Definir conjuntamente con el equipo interdisciplinar**, las Normas ético-profesionales para la preservación de la confidencialidad de los residentes.

- ✚ Facilitar la asistencia espiritual a los residentes que así lo especifiquen.
- ✚ Fomentar la personalización y intimidad del residente en el centro.
- ✚ Procurar por una imagen adecuada del residente.
- ✚ Velar por el cumplimiento de los derechos de los residentes conjuntamente con el resto del equipo.
- ✚ Realizar la historia social y la ficha social del residente.

Desde el departamento de trabajo social se realizan todas aquellas funciones orientadas a favorecer la adaptación de los residentes al centro. **Desde el departamento de trabajo social se estudian las circunstancias personales y familiares del residente ofreciendo atención personalizada para mejorar la calidad de vida y crear un entorno favorable.** Se promueve un entorno que satisfaga la demanda, expectativas y necesidades vitales de los residentes y de sus familias, procurando su bienestar y satisfacción plenos. Estas son las funciones orientadas a favorecer la adaptación de los residentes al centro:

- ✚ Asesorar y orientar al residente y a sus familias en todo aquello que soliciten.
- ✚ Gestionar el pre ingreso, ingreso y la acogida del nuevo residente.
- ✚ Gestionar y tramitar recursos sociales, cambios de pensiones, renovaciones de DNI, empadronamientos, cambios de médico, tramitación de la Ley de Dependencia, gestión de las plazas concertadas y de respiro familiar.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

- ✚ Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a los usuarios principalmente con las entidades e instituciones sociales.
- ✚ Participar en la Comisión Técnica de Valoración junto con dirección y el representante de la Delegación de Asuntos Sociales.
- ✚ Definir conjuntamente con Dirección un sistema de gestión de las sugerencias y de las reclamaciones y realizar las actuaciones necesarias para mejorar la calidad del centro.
- ✚ Realizar la valoración inicial al ingreso, informes sociales, Plan de Atención Individual, historia social.

“No solo es importante la acogida e integración del residente sino el trabajo en conjunto con las familias para hacer que todos se sientan en casa”.

3.5. TERAPIA OCUPACIONAL



Trabajamos para lograr una mayor autonomía en el desempeño de las tareas cotidianas del residente programando distintos tipos de actividades. Desde este departamento se trabaja en busca de una mayor autonomía e independencia en el desempeño de las tareas cotidianas programando actividades de intervención, entrenando habilidades básicas.

- a) **Entrenamiento de Actividades de la vida diaria.** Consiste en la mejora o mantenimiento de las habilidades de actividades tales como el baño, aseo, acicalamiento, vestido-desvestido, alimentación, transferencia y deambulaci3n.
- b) **Gimnasia de mantenimiento f3sico.** A trav3s de la repetici3n de diferentes ejercicios de movilidad corporal por segmentos. Se estimula as3 el rendimiento funcional del estado f3sico del residente.
- c) **Actividades f3sico terap3uticas.** La reducci3n motora y cognitiva de residentes con lesiones que afectan al rendimiento funcional de tareas cotidianas. Se aborda desde la propuesta de actividades significativas como ensaltar agujas, hilar, reconocer objetos a trav3s de los sentidos, etc...
- d) **Laborterapia.** Mediante la ocupaci3n significativa y productiva se realizan labores como cester3a o macram3, pretendiendo una mejora de las habilidades f3sicas y funcionales en general, as3 como incrementar el sentimiento de autosatisfacci3n.
- e) **Psicomotricidad.** Se interviene de forma grupal, dise1ando actividades que combinan la movilidad corporal con el reconocimiento del propio esquema del cuerpo y el entorno, a trav3s de juegos motores. Favorecemos as3 el rendimiento y producci3n de patrones de movimiento integrados en las demandas ambientales.
- f) **Psicoestimulaci3n.** Prevenir el deterioro o incrementar las actividades cognitivas referidas a la ejecuci3n de tareas cotidianas, mediante actividades grupales o individualizadas. Se aborda el entrenamiento de la memoria, el lenguaje, la l3gica, la atenci3n y el c3lculo.
- g) **Taller de m3sica y coro.** Recordamos canciones y melod3as de diferentes 3pocas y estilos, al comp3s de instrumentos musicales y creando un clima enriquecedor que favorece la expresi3n y relajaci3n as3 como una mayor participaci3n social y sentimiento de satisfacci3n.

La promoci3n de un envejecimiento saludable que permita vivir una vejez activa y satisfactoria, es uno de los principales objetivos que buscamos desde los centros sociosanitarios. **Los cambios f3sicos, psicol3gicos y sociales** atribuibles a la vejez pueden incidir en la capacidad de realizar las ocupaciones diarias y esto puede impactar en la calidad de vida. **Cuando 3stas actividades de la vida diaria se ven impedidas por motivos f3sicos, sensoriales, cognitivos, emocionales, mentales...** el Terapeuta Ocupacional puede ayudar a retomar la independencia y autonom3a para lograr una mayor calidad de vida. Los abordajes utilizados por el terapeuta ser3n distintos en funci3n de las necesidades, dificultades y los objetivos a alcanzar:

-  Reeducaci3n y entrenamiento en la realizaci3n de las AVD.
-  Entrenamiento en el uso de adaptaciones y ayudas t3cnicas.
-  Rehabilitaci3n f3sica.

Actividades de ocio (l3dico-terap3uticas), utilizando actividades significativas y con un objetivo para la persona. Estas actividades son muy variadas y depender3n de los intereses de la persona y del an3lisis previo de la actividad realizado por el Terapeuta Ocupacional, para adecuar la misma a las necesidades de la persona.

El Terapeuta Ocupacional trabaja con y desde la cotidianidad para mejorar las dificultades en el d3a a d3a de personas que lo necesitan. A continuaci3n, vamos a desglosar el trabajo de un d3a normal de nuestra terapeuta ocupacional, en la residencia de mayores:

Comienza el d3a trabajando de manera individualizada las actividades de la vida diaria, concretamente las actividades de autocuidado (**higiene personal, vestido, transferencias, deambulaci3n...**). Supervisa, gu3a y dota de las estrategias necesarias para la realizaci3n de estas actividades, minimizando los riesgos de ca3da, valorando el uso de ayudas t3cnicas que se puedan necesitar. **Despu3s del desayuno comienzan las actividades grupales (terapia cognitivas, terapias funcionales, actividades de ocio y tiempo libre) que suelen estar formados por unas diez o quince personas.** Dependiendo de la actividad se hacen dos o tres grupos distintos valorados previamente por el equipo del centro en las reuniones y puesta en com3n del plan de atenci3n personalizado. El principal objetivo de estas actividades es crear un clima agradable en el que todos interaccionen a la vez que mejoran o mantienen su capacidad f3sica y ps3quica a trav3s de diversas actividades.

El taller de estimulación cognitiva, (conocido en el centro como taller de memoria) se divide en tres grupos según la valoración cognitiva de la psicóloga:

- ✚ Grupo 1, ausencia de deterioro cognitivo y deterioro cognitivo leve.
- ✚ Grupo 2, deterioro cognitivo moderado.
- ✚ Grupo 3, deterioro cognitivo grave o muy grave.
- ✚ Se realizan todo tipo de ejercicios de memoria, lenguaje, escritura, lectura, atención y orientación, resolución de problemas, etc...
- ✚ Se adapta la dificultad de los ejercicios en función de las capacidades cognitivas de cada grupo.

Estimulación-cognitiva: El taller de psicomotricidad, (conocido en el centro como gimnasia) se divide en tres grupos según el nivel de participación y movilidad que presenten los residentes. Grupo1, buena movilidad y nivel de comprensión alto, grupo 2, movilidad reducida, usuarios de silla de ruedas; grupo3, deterioro cognitivo grave, afectación de la movilidad y afectación de la comprensión.

- ✚ Se realizan ejercicios físicos moderados, juegos con pelotas, picas, aros... Mejora y mantiene del estado físico y motor; la movilidad articular y el tono muscular mejorando la calidad de vida.

Taller-psicomotricidad: Taller de rehabilitación funcional, en coordinación con el departamento de fisioterapia se organizan ejercicios de rehabilitación y mantenimiento de miembros superiores con el fin de centrarnos en motricidad fina, coordinación bimanual, fuerza, amplitud articular... Trabajamos con materiales como pinzas, anillas, insertables, botones, cremalleras, pelotas; de diferentes texturas, grosores, peso, colores...

Rehabilitación-funcional: Talleres de ocio y tiempo libre. Son actividades que potencian la capacidad creativa y expresión personal, la atención-concentración, mejoran la coordinación óculo-manual, potencia la tolerancia a los conflictos (saber ganar y saber perder).

- ✚ Juegos de mesa (parchís, ajedrez, dominó, cartas) taller de manualidades y la boraterapia, bingo, celebración de cumpleaños y fiestas eventuales.

Taller-ocio-mayores: Aunque nuestra terapeuta se fija unos objetivos concretos para cada residente al inicio del tratamiento e ingreso en nuestro centro, el trabajo en equipo es sumamente importante puesto que todos los objetivos, planificación o modificación de los mismos y actividades, responden a un plan terapéutico consensuado con el resto de miembros del equipo interdisciplinar en las reuniones del PAP (plan de atención personalizado).

3.6. ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL



La Animación Sociocultural se encarga de ayudar al residente a invertir su tiempo libre y de ocio, desde un punto de vista socioeducativo.

Consideramos fundamental desde la Animación Sociocultural, ayudar al residente a invertir su tiempo libre y de ocio, desde un punto de vista socioeducativo, a través de programas ajustados a sus necesidades y demandas. Consiguiendo con ello, potenciar sus relaciones interpersonales, mejorar su Integración Social y sobre todo brindarles la posibilidad de que se sientan activos y realizados participando en las actividades. Desde este departamento se propone un calendario de actividades con los siguientes programas:

- ✚ **Tertulia de actualidad y prensa.** Donde potenciamos que el residente siga teniendo un contacto con la realidad y siga de cerca lo que acontece en la sociedad, fomentando el debate y sus capacidades de comunicación.
- ✚ **Taller de manualidades.** Trabajamos diferentes técnicas como la pintura en tela, en óleo, cuadros tridimensionales, cuadros de arena, bandejas de cristal, madera.
- ✚ **Taller de informática.** Cada vez nos surge más la necesidad de que el residente demanda talleres actuales, y les surge la inquietud de aproximarse al mundo de las nuevas tecnologías, por lo que se ha propuesto recientemente este taller, donde el residente va a adquirir nociones básicas de informática, si como adentrarse en Internet.
- ✚ **Taller de psico estimulación preventiva (taller de memoria).** Con los residentes que no presentan deterioro cognitivo o que si lo presentan es leve trabajamos para mantener las capacidades cognitivas que mantienen preservadas, a través de un taller grupal, en el que a través de ejercicios y dinámicas grupales potencian la memoria.
- ✚ **Bingo.** Es una de las actividades lúdicas más demandada por los residentes. A través del juego potenciamos la atención de los residentes, así como fortalecer sus relaciones sociales.
- ✚ **Cine.** Todas las semanas los residentes pueden disfrutar de la proyección de una película elegida según sus preferencias y gustos.
- ✚ **Juegos de mesa.** Diversos grupos de residentes se reúnen para jugar al dominó, cartas, parchís o ajedrez. En ocasiones se celebran torneos de dominó.
- ✚ **Taller de bonsái.** Es una actividad novedosa que hemos incluido este año en la programación. Se trabaja el cuidado del bonsái y cada residentes se hace cargo de uno, lo trasplanta, lo poda, lo riega, etc.
- ✚ **Aquagym.** En los meses de verano los residentes que lo deseen, pueden hacer uso de nuestra agradable piscina, donde realizamos gimnasia en el agua y ejercicios de relajación para el bienestar del cuerpo. Junto con el departamento de terapia ocupacional se realizan las siguientes programaciones:

Programación de actividades especiales, como puede ser la navidad, el carnaval, día de la cruz, día del abuelo... aquí adaptamos todas las actividades con estas temáticas y rompemos con la rutina habitual de la programación del departamento. **Programación de actividades extraordinarias,** aquí entrarían las actuaciones que nos visitan en el centro, como:

- ✚ Coros.
- ✚ Grupos de baile.
- ✚ Teatro, la tuna, etc...

Así como las salidas que realizamos con los residentes fuera de la residencia a:

- ✚ Visitas culturales.
- ✚ Excursiones.
- ✚ Playa.
- ✚ Montaña.
- ✚ Visitas a belenes.
- ✚ Conciertos comerciales, etc...

Las fiestas de cumpleaños que se celebran mensualmente. Se hace una merienda especial y la residencia tiene una atención con cada uno de ellos.

“Sentir la ilusión, la iniciativa y las ganas de una participación activa en los mayores, es nuestra mejor recompensa”.

Animación sociocultural en residencias geriátricas



Todas las actividades programadas en una residencia geriátrica, llámesele:

-  Terapia Ocupacional.
-  Educación Social.
-  Animación Sociocultural.

Comparten un mismo lema valido para todos los organismos vivos “Lo que no es desarrollo, se convierte en deterioro”.

Pero en la dinámica del desarrollo cotidiano de una residencia como organización social es la animación sociocultural, la que mejor óbrese, además de todas las actividades, una constante dinamización social entre el grupo de residentes.

Se puede entender la animación sociocultural como “ el proceso de un grupo que parte de una situación concreta y que va a generar convivencia y participación”.

Hablar de animación sociocultural es referirse a una metodología de trabajo y de intervención social con el objetivo de intervenir en las relaciones humanas, generando redes de relación, consolidando un tejido grupal de diálogo y potenciando la solidaridad y participación comunitaria.

La animación sociocultural en la residencia como un programa más de intervención psicosocial no tiene sentido si no forma parte de la cultura de la organización de la propia residencia como una empresa que genera calidad de vida.

Objetivo general: Trataremos que, toda actividad en forma de ocio no sea una actividad vacía, sino fuente de satisfacción, de realización de la persona y relaciones interpersonales.

Objetivos específicos: Mantener la independencia de la persona en la realización de las actividades de la vida diaria. En la medida que la entrada en una residencia supone la ruptura de los quehaceres domésticos (compras, preparación de comidas, lavado de ropa, etc.) que confieren autonomía de gestión del tiempo y del espacio, la persona se ve privada de una de las iniciativas que más ha marcado su vida, sobre todo en el caso de las mujeres. Esta pérdida de iniciativa al hacer desaparecer su poder de decisión e influencia, puede conducir a una disminución de la estima y derivar en problemas psicológicos graves. La realización de actividades diarias juega un rol decisivo en la conservación de una parte de su autonomía y de una imagen satisfactoria.

Encontrarse con el mundo exterior: El bienestar físico y moral de las personas mayores que residen en algún tipo de institución no se limita al alojamiento y a la alimentación. Las personas mayores independientemente de su edad o de sus hándicaps necesitan seguir participando en la vida social, sentirse presentes en su época y conservar la mayor autonomía posible. Lo ideal sería que los residentes puedan salir de la institución para encontrar la vida en el exterior y favorecer la penetración de la vida exterior en la residencia.

Satisfacer las necesidades hogareñas: El responder a las necesidades de alimentación no debe olvidar aquellos aspectos que se incluyen en el arte culinario como es la creatividad de la persona en la preparación y el arte de poner

la mesa. En este sentido se puede incitar a participar a aquellas más inclinadas por la decoración de las mesas, el comedor o algunos otros lugares de la residencia.

Acometer roles sociales: La posibilidad de cumplir algún rol social, de sentirse útil respecto a algo o alguien, es lo que va a permitir a la persona garantizar su propia autoestima y en consecuencia su bienestar psíquico. En este sentido, es necesario potenciar aquellas conductas orientadas a tal fin, para lo cual hay que hacer ver al personal cuidador y a las familias los beneficios de toda acción efectuada por la misma persona en la medida de que sus facultades lo hagan posible.

Pertenecer a un grupo social y a una cultura: Todos necesitamos pertenecer e identificarnos con un grupo social y su cultura. La práctica de ciertos ritos refuerza el sentido de pertenencia al grupo. Es por ello que desde el conocimiento de los residentes, la animación en institución debe potenciar aquellas prácticas encaminadas al establecimiento de lazos comunes entre las personas.

Aportar un bienestar físico y psicológico: Este objetivo está íntimamente ligado a aquel referido a salir al exterior. El contacto con las sensaciones de la naturaleza, de la calle, constituye elementos de prevención contra el envejecimiento acelerado provocado por el ingreso en la institución.

Encontrar sus raíces y reforzar su identidad: La animación definiéndose como un procedimiento que parte de los deseos de las personas, pone el acento sobre la continuidad de la identidad. Para favorecer esta continuidad, la comunicación entre los residentes, entre éstos y el personal y en el seno del equipo cuidador, debe ser una preocupación permanente. Por tanto es necesario recoger información sobre la historia, situación familiar, acontecimientos que han marcado su vida, su oficio, sus intereses pasados y actuales, su modo de vida...

Adquirir conocimientos y desarrollar su cultura: Hay que eliminar en muchas personas mayores el sentimiento de que aprender a estas alturas carece de sentido. Aprender es una necesidad de todo ser humano cualquiera que sea su edad. La ventaja del aprendizaje en edades avanzadas es que éste se desprende de su carácter instrumental y se convierte en un medio de mejorar la imagen del individuo y en consecuencia de elevar su autoestima. Además está científicamente demostrado que activar los mecanismos de aprendizaje, es la mejor prevención contra las pérdidas cognitivas.

Luchar contra el aislamiento y el encierro en uno mismo: La animación como noción que debe ser inscrita en todos los gestos de la vida cotidiana, es un instrumento de comunicación que hay que considerar como un cuidado. El fomento del encuentro interpersonal y grupal, la instauración de la comunicación y el diálogo y la escucha atenta y continuada de las personas mayores constituyen factores importantes.

Satisfacer la necesidad de divertirse: Uno de los medios de divertirse es el juego, actividad que potencia las relaciones entre residentes, pero a la que no se le concede la importancia que merece pues se le considera como entretenimiento que carece del matiz cultural.

Crear una imagen de sí positiva: Nos referimos a la necesidad de cultivar una imagen positiva de sí mismo a través de la satisfacción intelectual y estética (ropas adecuadas, un peinado cuidado y siempre en acorde con su estilo).

Satisfacer las necesidades espirituales: El respeto al culto de cada persona y la potenciación de las prácticas religiosas debe ser un elemento a tener en cuenta en cuanto que manifiestan la aceptación de unos valores comunes y constituyen un elemento de identidad.

Prevenir la desorientación temporo-espacial: La referencia temporal va unida al mantenimiento del ritmo de las actividades diarias, mientras que la referencia espacial depende de la identificación específica de los lugares a través, por ejemplo del empleo de colores diferentes en las dependencias comunes y la utilización de signos que se conviertan en puntos de referencia para las personas.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

Educar para favorecer el mantenimiento de la salud: Se hace necesario que la residencia asuma la función de educar en materia de salud a través, por ejemplo, de la difusión de reportajes o la organización de charlas y conferencias que puedan contribuir a prevenir el envejecimiento prematuro y la dependencia.

Dar confianza en las posibilidades de la persona: Una de las problemáticas que afecta a las personas institucionalizadas es el hecho de convertirse en objetos en lugar de seguir siendo sujetos. Tanto el personal como las familias que contribuyen a que esto sea así deben reflexionar sobre las negativas consecuencias de tal conducta e incentivar aquellos comportamientos beneficiosos para la persona mayor a través de la confianza en sus posibilidades y el refuerzo de conductas positivas.

Olvidar su situación presente: La entrada en la residencia y la consiguiente ruptura con el medio habitual de vida va a generar en las personas mayores situaciones de conflicto agravadas en muchos casos por acontecimientos de gran influencia sobre su vida personal. En tales casos la animación va a intentar desplazar el objeto de sufrimiento y reemplazarlo por otro que provoque el deseo de vivir, lo cual requiere el conocimiento de la persona, sus deseos, gustos y preferencias. El contenido de animación sociocultural en residencias geriátricas es ideal para saber envejecer.

3.7. FARMACIA



Nuestro trabajo consiste en preparar la medicación de los residentes revisando los tratamientos y buscando posibles reacciones adversas. **Nuestro principal trabajo consiste en preparar semanalmente la medicación crónica de los residentes en Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD).** Estos SPD se actualizan diariamente con cualquier cambio que se produzca (ajustes de dosis, finalización de tratamientos, inicio de nuevos tratamientos, etc.). **Para que esto sea posible, y previa autorización del residente, gestionamos todo lo que tiene que ver con su medicación:** reponer semanalmente el stock de medicamentos de cada residente solicitud de recetas al médico de atención primaria visado de medicamentos o productos que requieran de autorización previa a su dispensación (pañales, medicamentos para el tratamiento del Alzheimer, de la Hiperplasia Benigna de Próstata, etc) solicitud de talonarios de recetas para residentes pertenecientes a mutualidades privadas (ASISA, MUACE). **Realizamos revisiones de los tratamientos buscando posibles interacciones o reacciones adversas,** y trabajamos de forma coordinada con enfermería y con el equipo médico, reuniéndonos periódicamente para reevaluar la farmacoterapia de los residentes. **Habitualmente, para tratar los problemas de salud se requiere del uso de algún medicamento.** Lo ideal sería que los medicamentos consiguieran mejorar estos problemas y, además, no ocasionaran ningún efecto indeseado (reacciones adversas).

Sin embargo, esto no siempre ocurre así. Contar con la asistencia de un profesional sanitario que preste atención a estas situaciones puede ser de gran ayuda. “Velamos para que la administración de los medicamentos consigan mejorar los problemas de salud y además no ocasionen ningún efecto indeseado”. Andalucía, Comunidad Valenciana y Cataluña plantean sistemas de suministro de medicamentos a las residencias que persiguen mejora y racionalización enfrentándose con el rechazo de las oficinas de farmacia y parte del sector gero asistencial.

Para suministrar medicamentos a las residencias: En teoría, las personas mayores que viven en una residencia, en su relación con la sanidad pública son ciudadanos que viven en sus casas por lo que pueden hacer el mismo uso de los recursos sanitarios públicos que cualquier otro ciudadano. Pueden ir al centro de salud, a urgencias si se encuentran mal y llevar su receta a cualquier oficina de farmacia donde, haciendo frente al copago correspondiente, les será facilitada la medicación prescrita. **Hace años que existe un divorcio entre la teoría y la realidad:** la gran mayoría de residencias disponen de médicos contratados que atienden a los residentes y, de alguna forma (existen muchas diferentes), consiguen que la sanidad pública convierta sus indicaciones en recetas que son llevadas a oficinas de farmacia que a su vez las convierten en medicamentos. Aunque existen modalidades muy diferentes, en la mayoría de ellas se acaba pagando por un servicio (el que presta el médico contratado por la residencia) que debería estar cubierto por la sanidad pública; y se acaban creando sistemas de suministro de medicamentos en los que las oficinas de farmacia “avanzan” productos antes de disponer de las recetas produciéndose después regularizaciones.

Como digo, esto no es nada nuevo. Tampoco lo es que las administraciones autonómicas intenten “ordenar” la situación con soluciones que en muchos casos pasan por que no sean las oficinas de farmacia las que suministren los medicamentos a las residencias. **Recientemente, el “ánimo ordenatorio” se ha incrementado y tenemos iniciativas en Andalucía, Comunidad Valencia y Cataluña,** que están encontrando una resistencia importante por parte de las oficinas de farmacia y también de las propias residencias. **En la Comunidad valenciana, hay un Decreto del 2015 que regulaba hasta hace poco la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales.** En éste se establecía un sistema que excluía el suministro de medicamentos a algunas residencias públicas y privadas por parte de las oficinas de farmacia. El Tribunal Superior de Justicia de Andalucía en dos sentencias de principios de 2018 ha declarado nulo y extendido la nulidad del Decreto. La clave de la nulidad descansa en que, según el tribunal, las condiciones de dispensación y la alteración de las existentes que recoge esta normativa corresponde determinarlas exclusivamente al Estado y, por tanto, no son competencias de las Comunidades.

En la Comunidad Valencia el proyecto planteado por la Generalidad, Servicio de preparación de unidosis y su distribución a los centros de asistencia social sociosanitarios, establece el suministro de medicamentos a las residencias mediante un sistema “unidosis” por parte de un suministrador que elige la propia Generalidad mediante un concurso público y que en la práctica excluye a las oficinas de farmacia. La patronal AERTE ha mostrado reiteradamente su rechazo y ha paralizado durante un tiempo un modelo que se está intentando implantar sin haber contado con la participación del sector. **En Cataluña, la Generalitat está trabajando en un modelo más ambicioso de atención sanitaria a personas mayores que viven en residencias y que se fundamenta en tres documentos que se están elaborando con bastante más participación que en la Comunidad Valenciana y que se han ido presentando en su versión provisional en varios actos,** algo muy loable por parte de la administración, aunque también con sus sombras, ya que, aunque se presenta en la web de la Generalitat como un modelo pactado con las diferentes patronales, en el que no se redactarán decretos hasta que se alcance el “consenso necesario”, cuando hablas con quien ha estado en las reuniones, te explica una historia diferente en la que la Generalitat tiene muy claro lo que quiere hacer y el consenso es algo bastante difuso. **Para poderse hacer una idea de por dónde van las cosas pongo a continuación unos enlaces a unas versiones de borradores de los documentos que han sido entregados a algunos de los participantes en las reuniones de trabajo.** Éstos deben ser tomados con gran cautela ya que son de hace unos meses y dicen de forma clara que son documentos de trabajo y borradores. Aun así, pueden servir para ver por dónde van los tiros.

- a) Modelo de atención sanitaria integrada a las personas que viven en centros residenciales de mayores.
- b) Marco evaluativo del Modelo de Atención Sanitaria integrada para personas que viven en centros residenciales de mayores.

- c) Modelo de atención farmacéutica para personas que viven en residencias de Cataluña.

El motivo por el que difundo unos borradores es que, para algunas personas, estos documentos son más que meros papeles de trabajo. De hecho, la Asociación de Farmacéuticos Comunitarios de Asistencia Residencial AFCAR ha pensado que suponen una actuación de hecho de la Generalitat que puede ser impugnada y han decidido presentar un recurso contencioso ante los tribunales (aquí está el recurso). **A diferencia de en la Comunidad Valenciana, donde se consideró que AERTE** no estaba legitimada para personarse en la licitación de la suministradora de medicamentos, en el caso de AFCAR, el Tribunal sí ha aceptado tramitar el recurso contencioso administrativo (aquí está la aceptación) por lo que en los próximos meses vamos a poder seguir un litigio interesante. Tal y como están las cosas creo que los argumentos van a ir por dos caminos diferentes: **Por un lado, y en eso creo que estaremos todos de acuerdo**, hay que encontrar un sistema claro y eficiente para que las personas mayores que viven en residencias reciban el servicio público de sanidad al que tienen derecho, que incluye la prestación farmacéutica, sin necesidad de duplicar profesionales ni de tener que recurrir a “sistemas imaginativos” para conseguir los medicamentos cuando son requeridos. Respecto a este punto la finalidad que persiguen las comunidades autónomas parece la correcta aunque quizás el camino que siguen no lo sea tanto. **Por otro lado, habrá que determinar si la competencia para establecer ese sistema corresponde a cada comunidad autónoma por separado o al Estado**. A estos efectos, ayudaría que el Estado se posicionase, cosa que, si ha hecho, no ha llegado a mis oídos y que corresponde ahora a la nueva ministra. **Como es una cuestión que tiene mucha afectación sobre las personas mayores que viven en residencias**, los profesionales que trabajan en ellas, y también sobre los farmacéuticos, sería positivo ver un debate de ideas fundamentadas. A ver si éste llega.

3.8. RECEPCIÓN



COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

Transparencia, precisión y estrecha comunicación son las máximas que ofrecen nuestro departamento de Administración-Recepción. La vida en el centro supone una estrecha relación con el exterior:

- ✚ Visitas.
- ✚ Llamadas telefónicas.
- ✚ Ingresos.
- ✚ Salidas.
- ✚ Regresos, etc...

Somos una gran familia compuesta por los residentes, sus familiares y el personal que con gran ilusión y dedicación, trabajamos y vivimos con ellos. **Esto conlleva la existencia de una estrecha comunicación entre todos**, comunicación que nuestras responsables de recepción coordinan y enlazan con gran rigurosidad: atender todas y cada una de las necesidades, poniendo en contacto a todas aquellas partes implicadas en cada caso.

- a) El control y la coordinación en nuestra comunicación, es fundamental para lograr que todo funcione correctamente.
- b) Transmitir cariño y mostrar una sonrisa a todas las personas que entran en nuestra residencial es fundamental.

3.9. ADMINISTRACIÓN



Desde el momento en que nuestro residente ingresa en el centro, este departamento apertura un expediente administrativo individual en el cuál se gestionan todos los aspectos económicos de la nueva relación que nace entre

ambas partes. **Nuestros responsables realizan todas aquellas funciones y acciones necesarias para que el residente o sus familiares responsables,** puedan tener en cada momento la totalidad de la información económica que requieran durante su estancia en el centro. Todo ello expresado con la máxima claridad y detalle en todos y cada uno de los servicios de los cuáles el residente disfruta, o de aquellas atenciones o acciones especiales que se le prestan en casos de excepcional necesidad.

- a) La transparencia y la precisión de la información es la máxima que ofrece nuestro departamento administrativo.
- b) El control y la coordinación en nuestra comunicación, es fundamental para lograr que todo funcione correctamente.

3.10. COCINA



1º El servicio de cocina en centros socio sanitarios: Los centros socios sanitarios diseñan menús personalizados, variados y adaptados a los gustos y necesidades de los usuarios, con el fin de alcanzar los máximos estándares de calidad, seguridad y satisfacción. Actualmente, existen en el mercado proveedores de restauración colectiva que cocinan in situ, en las propias instalaciones del centro, pero que también cuentan con cocinas centrales y ofrecen un excelente servicio de catering. Las nuevas tecnologías descubren un importante abanico de posibilidades: línea fría, caliente, mixta, alimentos de cuarta y quinta gama... Conozcamos de primera mano los beneficios de la externalización del servicio de catering y cuál es la tendencia, actualmente, en el sector de atención a la dependencia.

2º El servicio de cocina en centros socio sanitarios: La restauración es uno de los servicios más valorados por los usuarios de los centros sociosanitarios, que tienen unas necesidades nutricionales especiales y que, habitualmente, padecen problemas de deglución o masticación propios de la edad. Una alimentación sana y equilibrada mejora la calidad de vida de las personas, pero también supone uno de los momentos más esperados del día, donde los usuarios disfrutan y socializan. Por ello, la comida debe convertirse en una experiencia placentera. **Los gestores de las**

residencias y centros de día defienden una máxima: ofrecer un servicio de cocina de calidad, confortable y seguro, que responda a las expectativas de los usuarios. A partir de esta premisa, la decisión de externalizar el servicio o mantenerlo como propio dependerá del número de plazas, tradición, filosofía de trabajo, etc. Ahora bien, contratar empresas de restauración colectiva es cada vez más frecuente en el sector de atención a la dependencia, ya que cuentan con profesionales especialmente formados, tecnología innovadora, logra precios competitivos en la compra de los productos, etc. Además, el proveedor puede ofrecer el servicio de cocina in situ, lo que hace que se perciba como propio.

En la mayoría de los centros, el servicio de cocina está externalizado. El responsable de Compras, señala que, de esta manera, “tratamos de aprovechar la experiencia y los conocimientos en un servicio de alta especialización y muy complejo, a causa de los requerimientos propios de la elaboración de los platos, dietas, exigentes controles higiénico-sanitarios etc.”. En su opinión, la especialización de las empresas de catering en el sector de restauración colectiva para mayores, “permite ofrecer un servicio pensado para satisfacer la totalidad de sus necesidades alimenticias y nutricionales”. **El Complejo Socio Sanitario, ha optado por el catering con cocina in situ, “porque el personal pasa a formar parte del equipo de nuestros centros e interrelaciona más con los residentes y así obtenemos una mayor satisfacción por el servicio que prestamos.** La cocina de nuestros centros permite mantener los máximos estándares de calidad, sin perder el sabor de la cocina tradicional y la inmediatez a la hora de gestionar los gustos de los usuarios”. El know how del servicio prestado por un proveedor de catering es lo que más valora el responsable de Compras del Complejo, así como el contacto continuo del personal de catering con los usuarios y con la dirección de los centros. “Para formar parte del pool de proveedores, han de pasar por rigurosos controles internos que nos garantizan que cumplen unos altos estándares de calidad”.

Por otra parte, las dietas están pensadas para contribuir con un envejecimiento saludable y, por tanto, son equilibradas y con el contenido calórico adecuado. Conscientes de las dificultades que pueden tener las personas mayores, los profesionales, tanto del el Complejo Socio Sanitario, como del proveedor del servicio de catering, adaptan los alimentos a las necesidades concretas de cada usuario. Si tienen dificultad para masticar, optan por productos blandos: huevos, pescado, productos lácteos, arroz o pasta. En caso de tener problemas de deglución, procuran modificar la textura de los alimentos, picándolos o triturándolos. El éxito de este proceso es lograr que los platos sean agradables al paladar. **“Las dietas son elaboradas por los departamentos de Nutrición y Dietética, supervisadas y autorizadas por el personal médico y la dirección de los centros.** Además del control que realizamos a través de los servicios centrales, estableciendo los perfiles y necesidades nutricionales de nuestros usuarios de forma individualizada”. Desde su experiencia, entiende que el futuro del servicio de catering camina hacia un proceso mixto: comida generada en cocinas centrales y transportadas a los puntos de regeneración, que son las residencias, donde se combina con cocina in situ. “El mecanismo de funcionamiento es sencillo, los alimentos se preparan de forma convencional e inmediatamente se someten a un proceso de enfriamiento rápido. Esta técnica mantiene más elevados los niveles de vitaminas y minerales y conserva el punto óptimo de cocción. El resultado conseguido es un producto natural, sin conservantes ni colorantes, envasado en fresco con un alto nivel de seguridad alimentaria, porque a esas temperaturas se minimiza el riesgo de desarrollo de bacterias”, afirma el responsable de Compras de la Clínica Residencial Geriátrica, Alquería de la Torre dels Pares.

3º El servicio de cocina en centros socio sanitarios: Por el contrario, el Complejo Socio Sanitario, ha optado por un servicio de cocina propio. “Nos permite dar un servicio de calidad más cercano al usuario”, afirma el director de Operaciones. Con el fin de ofrecer comida casera, respetando la regionalización de los residentes, el centro trabaja la línea caliente. “Con la fría es complicado lograr texturas y calidad percibida. También utilizamos la cuarta gama en algún producto que requiere manipulación. La quinta apenas se usa, precisamente, porque buscamos cocina tradicional”.

Los menús son elaborados por el equipo médico de la residencia, coordinado por la Dirección de Operaciones y la Dirección Asistencial. Además, los nutricionistas personalizan las dietas de los usuarios que tienen necesidades específicas, procurando que el menú terapéutico se asemeje al convencional.

“Sin desmerecer otras opciones, pues un buen servicio depende de su ejecución, creemos que la calidad percibida es mayor cuando el servicio no está externalizado. Además, la tecnología siempre ayuda a optimizar tiempos, ya que recorta costes de producción y manipulación. Por ello, el éxito pasa por equilibrar tecnología y cocina casera tradicional”, concluye el director del Complejo Socio Sanitario.

Técnica y calidad: Cuando se trata de escoger entre línea caliente o fría, la directora de Calidad, Seguridad, Salud y Medio Ambiente, indica que la técnica a emplear depende, principalmente, del tipo de producción y del centro (si tiene cocina o no). **“En el caso de cocinas centrales, donde se preparan comidas para servir a un centro distinto del lugar en el que se elaboran, la línea fría resulta más ventajosa, ya que facilita la organización con antelación de la producción, lo que revierte en un mayor control de la misma y, por tanto, una mayor garantía de cumplimiento con la normativa, trazabilidad y seguridad de los productos servidos”.**

No obstante, cuando se trata de cocinas que elaboran platos para el mismo centro o cocinas in situ, la directora de Calidad del el Complejo Socio Sanitario, manifiesta que la mejor opción es la línea caliente, “ya que la fría implica un incremento en los procesos productivos, como el abatimiento, almacenamiento en refrigeración y posterior regeneración del plato, lo que conlleva unas necesidades de maquinaria, espacios y sistemas de control no siempre disponibles o rentables para este tipo de cocinas”. Hay que tener en cuenta que para la línea fría se necesitan equipos como cámaras frigoríficas, hornos regeneradores, etc., mientras que para la línea caliente no es necesario.

Sin embargo, la línea fría y la línea caliente no son excluyentes, sino que pueden ser perfectamente complementarias y, en algunas cocinas, se recurre a la línea mixta. Depende de las necesidades de cada cliente. Por ejemplo, existen centros con cocina in situ que, por razones organizativas y de gestión de recursos humanos, trabajan en línea caliente para comidas y cenas, de lunes a viernes, y en línea fría durante el fin de semana.

En este sentido, el director de Calidad y Food Intelligence de Sodexo, considera que ambas técnicas, bien aplicadas, tienen sus ventajas. “Ahora bien, la línea fría está en expansión, porque maximiza la seguridad alimentaria”, manifiesta. Además, recuerda también que la línea mixta es muy útil para establecimientos, “donde el mayor volumen de producción se centra en una comida”.

Por su parte, el director Comercial de Empresas y Social de Serunión, añade que la línea fría tiene evidentes beneficios respecto a la caliente: “La principal ventaja es la seguridad alimentaria, ya que permite un control sobre la conservación del producto mucho más riguroso (temperatura a lo largo del proceso de cocinado, conservación y servicio). No podemos olvidar que la comida transportada en caliente continúa su proceso de cocción y, por lo tanto, pierde calidad organoléptica. Otra ventaja de la línea fría es que permite una mejor organización, tanto de las cocinas centrales como de los propios clientes”.

En este proceso, los productos de cuarta y quinta gama se están extendiendo cada día más, ya que resultan instrumentos muy útiles en las cocinas. La directora de Calidad, Seguridad, Salud y Medio Ambiente explica que la cuarta gama son productos limpios, troceados y envasados. Además de reducir los tiempos de elaboración y ofrecer un producto más homogéneo al cliente, permiten reducir la contaminación microbiana. Normalmente son productos vegetales, como patatas peladas o lechuga desinfectada embolsada, que facilita la limpieza y mantenimiento de las instalaciones, al no tener que producirse dentro de la cocina el proceso de pelado, troceado y eliminación de tierra.



4º El servicio de cocina en centros socio sanitarios: En el caso de la quinta gama, nos encontramos con productos ya elaborados y envasados gracias a la aplicación de las nuevas tecnologías en el campo de la gastronomía. “Aportan más versatilidad a las cocinas, a la vez que reducen los tiempos necesarios para las elaboraciones, lo cual siempre se traduce en una producción más controlada y de calidad. La tortilla pasterizada es un claro ejemplo”. **En la misma línea, el director Comercial de Empresas y Social de Serunión destaca que uno de los beneficios de la quinta gama es que para algunas familias de productos existen auténticos especialistas,** “que proporcionan un producto de alta calidad. Es el caso de las cremas, gazpachos o salsas. En cuanto a productos como las verduras, el uso de la cuarta gama permite evitar riesgos propios de la manipulación: cortado, pelado, desinfección...”. **Asimismo, el director de Calidad y Food Intelligence de Sodexo afirma también que la cuarta y quinta gama “tienen cada vez más presencia en nuestras ofertas.** Esto es debido a que se está produciendo un importante avance en I+D+I. Los beneficios, una vez hallado el producto idóneo, son muy importantes, como un mantenimiento estable de la calidad, estandarización, simplificación de tareas en las cocinas, optimización de costes de producción, etc.”. **Las nuevas tecnologías tienen cada vez más importancia. De hecho, aumentan la seguridad y calidad de los productos servidos.** Entre las más extendidas, desde Medirest, menciona la cocción al vacío o sous vide (mejillones cocidos envasados al vacío), el hot filling y el envasado en atmósferas modificadas (ensaladas y sándwiches listos para el consumo). “También se están abriendo paso con fuerza distintos procedimientos de pasterización o cocción a altas temperaturas, ya que ofrecen excelentes resultados, tanto en seguridad alimentaria como en calidad nutricional del producto final”, indica la directora de Calidad, Seguridad, Salud y Medio Ambiente. **En Sodexo también utilizan diferentes técnicas. En línea fría, destaca la cocción al vacío, muy utilizada para evitar mermas de cocinado, la pasterización y las atmósferas modificadas, que prolongan la vida de los alimentos. Sin olvidar las técnicas propias de la línea caliente.**

Equipamiento de las cocinas: Si el centro es receptor y va a recibir la comida elaborada y refrigerada, el director de Calidad y Food Intelligence de Sodexo, considera que los principales equipos necesarios son los de regeneración o rethermalización. “Los más utilizados son los armarios o carros de regeneración y los hornos de convección mixtos, que poseen calor seco y vapor, pudiendo combinarse en función del tipo de regeneración que se desee”. Mientras, en la cocina de producción, además de los tradicionales equipos como hornos, marmitas, sartenes basculantes, etc., “no pueden faltar los abatidores de temperatura, las envasadoras al vacío y las termo selladoras. Todos ellos utilizados para ampliar la vida de los productos cocinados y mantener sus propiedades organolépticas”, añade. **Desde la experiencia del director Comercial de Empresas y Social de Serunión,** el principal factor de calidad en una cocina es el equipo humano. “Por ello, invertimos amplios recursos en la formación de los equipos de cocina. En cuanto a la maquinaria, además de un bloque de cocina tradicional con fuegos y plancha, destacaría el gran valor añadido de un horno de convección de vapor. Por supuesto, hay un sinfín de aparatos que se utilizan frecuentemente y, puestos a seleccionar,

también es deseable disponer de una sartén basculante y de un robot para elaborar texturas modificadas”. Los profesionales de nuestro Complejo Socio Sanitario, consideran que una cocina bien equipada es aquella que cuenta con:

- ✚ Equipamiento para garantizar el correcto almacenamiento de las materias primas: cámaras frigoríficas, timbres, almacén para los productos secos, almacén para productos de limpieza, etc.
- ✚ Equipos para realizar las preparaciones: tablas de corte, cuchillos, picadoras, cortadoras, etc.
- ✚ Equipamiento de cocción y tratamiento térmico: hornos, marmitas, sartén basculante, planchas, etc.
- ✚ Equipamiento para el mantenimiento de la cadena de calor: mesas y armarios calientes.
- ✚ Equipamiento para la higienización del menaje: lavavajillas, tren de lavado, etc.

Trazabilidad del proceso: No debemos olvidarnos de la trazabilidad de los productos. Su objetivo es garantizar la posibilidad de seguir el rastro de un alimento, a través de todas las etapas de producción, transformación y distribución. En cumplimiento de la normativa vigente y para poder actuar correctamente ante una alerta sanitaria, Clínica Residencial Geriátrica, Alquilería de la Torre dels Pares, ha desarrollado procedimientos, registros, controles, identificación de los productos y sistemas de gestión informática. **“Se trata de uno de los aspectos más importantes y en el que mayor número de departamentos nos involucramos.** Además de ofrecer calidad, hemos de mantener una trazabilidad sólida, desde el origen de las materias primas hasta que servimos el producto final a los usuarios. En Sodexo conocemos, en cada momento, el origen y procedencia de todos nuestros productos, el proceso interno de elaboración, transporte y consumo”, afirma el director de Calidad y Food Intelligence. **Por su parte, en Serunión todos los proveedores pasan un doble proceso de homologación en los departamentos de Compras y Calidad,** “donde se garantiza que cumplen las normativas relativas a los procesos que les competen. En cuanto al servicio, se recogen muestras testigo de todos los platos servidos para poder analizarlos en caso de incidencia”, indica el director Comercial de Empresas y Social.

Calidad a un precio competitivo: Los menús son elaborados por un equipo de dietistas, nutricionistas, cocineros técnicos, tecnólogos de alimentos, etc., siempre en colaboración con la dirección médica de los centros residenciales, con el fin de crear menús variados, equilibrados, nutritivos y atractivos. **Lograr un menú de calidad a un precio competitivo no siempre es fácil. Como reconoce el director Comercial de Empresas y Social de Serunión,** “el secreto está en nuestros volúmenes de compra, que nos permiten adquirir los mejores productos de las primeras marcas del mercado a un precio competitivo”. **El director de Calidad y Food Intelligence de Sodexo añade que el equilibrio se consigue conociendo muy bien los requerimientos y necesidades de los clientes.** “Para conseguir un precio competitivo sin menguar la calidad, elaboramos estudios permanentes de rentabilidades, aprovechamiento de producto, combinaciones de técnicas de elaboración, etc. De esta manera, en cada momento utilizamos el producto más adecuado”. El departamento de compras del Complejo Socio Sanitario, tiene como objetivo optimizar la gestión de las materias primas, ofreciendo siempre una garantía de calidad y servicio, mediante:

- ✚ Menús personalizados.
- ✚ Selección de materias primas y negociación directa con los proveedores. El gran volumen de compra permite ahorros y precios muy competitivos.
- ✚ Control de entregas para garantizar que los centros reciben los productos en perfectas condiciones de higiene y seguridad, y que cumplen con los niveles de calidad.

Tendencia actual y futuro del sector: Cocina in situ o catering es la disyuntiva que puede surgir entre los gestores de un centro sociosanitario. El objetivo de operadores y proveedores es el mismo: ofrecer un servicio de la máxima calidad. **Para la directora de Calidad, Seguridad, Salud y Medio Ambiente, esta decisión va a depender, principalmente, del tipo de instalación y la superficie disponible que tiene el centro para habilitar una cocina.** La normativa vigente obliga a que las cocinas industriales cumplan con una serie de requisitos de diseño higiénico, capacidad productiva, etc. “La opción de cocina in situ da más posibilidades y versatilidad a la hora de diseñar y elaborar menús, dado que hay platos que, por producción, no se pueden enviar desde una cocina central. Pero para los centros con poco espacio y con poca capacidad, la cocina central es la mejor alternativa”. **Una opinión compartida por el director Comercial de Empresas y**

Social de Serunión ya que, “dada la importancia que tiene la comida para los usuarios de los centros residenciales y la variedad de sus necesidades, la opción ideal es la cocina in situ, es decir, cocinar en las propias instalaciones del centro”.

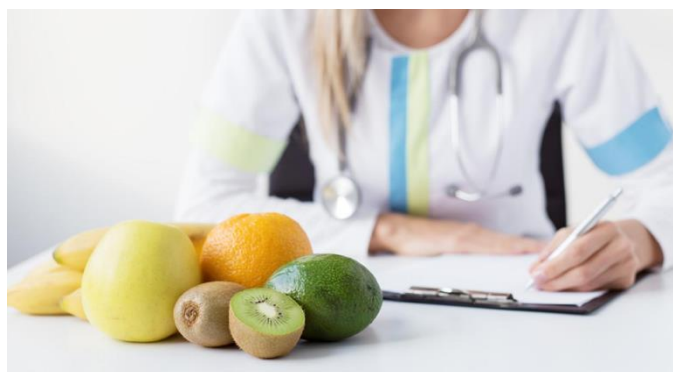
Nuestro Complejo Residencial Socio Sanitario, Serunión y Sodexo coinciden en señalar que el futuro de la restauración colectiva en centros residenciales está encaminada a conseguir que personas con dificultades de masticación y deglución puedan seguir disfrutando de una amplia variedad gastronómica de calidad. Para ello, las empresas proveedoras del servicio se esfuerzan en desarrollar nuevas texturas modificadas y productos adaptados a las particularidades de los usuarios, con el fin de que los platos mantengan el sabor de los productos originales y las cualidades organolépticas, como la textura e, incluso, el aspecto.

El Servicio de Cocina elabora los menús siguiendo las pautas marcadas por nuestro dietista y personal médico. La dieta en las personas mayores es distinta de lo habitual debido a diferentes condicionantes que obligan a personalizar la misma en cuanto a características y necesidades. Es por ello que nuestros menús están confeccionados en función de los residentes y sus prescripciones dietéticas: **Dieta** débil, hipo sódico, especial para diabéticos, blanda, triturada y de fácil masticación, enriquecida. Cocina ofrece una variedad de opciones de menú diario. Para conseguir el buen funcionamiento de nuestros menús, nuestro equipo de cocina trabaja conjuntamente con:

- ✚ **El Departamento médico,** que garantiza el control sobre la alimentación de los residentes, asegurando su buena salud.
- ✚ **El Consejo de Mayores,** que nos transmite las peticiones de los residentes.
- ✚ **El Departamento de Animación Sociocultural,** con el que está vinculado en la preparación de las actividades lúdicas relacionadas con la gastronomía (festividades, celebraciones,).

“La hora de la comida es especialmente importante para las personas mayores, por eso siempre intentamos que nuestros menús sean, a la vez de ricos, equilibrados”.

3.11. NUTRICIÓN



Las funciones del Dietista-Nutricionista en una residencia: Un artículo de Nutrición y Cocina, de una empresa especializada en asesoramiento nutricional. La población de los países desarrollados está tendiendo al envejecimiento de manera muy marcada en las últimas décadas. Por tanto, se espera que la población que viva en residencias para la tercera edad se incremente notablemente en las próximas décadas. En los años venideros, es muy importante también que se le dé la importancia que debe a la figura del Dietista-Nutricionista (ya se está logrando, pero muy poco a poco) en este tipo de instituciones. **El aumento sobre el conocimiento tecnológico y científico ha permitido al ser humano vivir durante más tiempo pero, ¿se mantiene la calidad de vida conforme la población envejece?** El envejecimiento es un proceso inevitable que implica muchos cambios en el organismo. El cuerpo, con la edad, deja de funcionar de manera óptima y empieza a presentar problemas en la vista, la audición, y un deterioro de las funciones musculares y óseas. De la misma manera, los procesos metabólicos disminuyen su efectividad y aparecen patologías como la diabetes o problemas cardiovasculares. Todo esto condiciona mucho la calidad de vida de los ancianos, siendo responsabilidad de los profesionales sanitarios intentar mejorarla. Paralelamente, el estado nutricional de estas personas se ve muy

afectado por el envejecimiento, siendo vital la figura del Dietista-Nutricionista para conseguir un estado de salud adecuado.

Funciones del dietista-nutricionista en una residencia: Entre las principales funciones del Dietista-Nutricionista en una residencia de la tercera edad destaca la creación y elaboración de un menú basal. Este menú basal es el menú estándar del centro, destinado a los residentes que no presentan ninguna patología o enfermedad específica, y tienen mayor libertad a la hora de comer.

Geriatricarea dietista nutricionista: Una de las principales funciones del Dietista-Nutricionista en una residencia de la tercera edad es la creación de un menú basal. **El menú basal de una residencia debe ofrecer dos opciones, tanto en el primer plato como en el segundo plato**, y debe estar adaptado a las necesidades especiales que implica el envejecimiento (reducción calórica, menor contenido de sal, etc.). De la misma manera, el Dietista-Nutricionista debe tener en cuenta los gustos de los residentes para hacer el menú lo más apetecible posible, manteniendo una adecuada calidad nutricional. **Las personas mayores tienen una mayor apetencia por las recetas tradicionales**, guisos y platos de cuchara. Todas estas peculiaridades deben tenerse en cuenta al elaborar el menú basal, para asegurar que los platos sean apetecibles, se los coman, y se logre mantener un adecuado estado nutricional. **Para que se pueda ofrecer un menú adecuado, valorado nutricionalmente y con la declaración de alérgenos alimentarios**, es necesario elaborar las fichas técnicas de los platos. Otra de las principales funciones del Dietista-Nutricionista en una residencia es precisamente esta. Junto con el equipo de cocina, deben crearse las fichas técnicas de cada una de las recetas, de manera que se logren estandarizar y normalizar los procesos de producción y asegurar una cantidad de energía y nutrientes a los residentes. **Las fichas técnicas incluyen los ingredientes y sus cantidades que se emplean para elaborar cada plato, la presencia de los alérgenos alimentarios, así como unas indicaciones para su elaboración.** Si las fichas técnicas están elaboradas correctamente, incluyen la marca y el proveedor de cada ingrediente, lo cual facilita mucho el trabajo de la gestoría a la hora de hacer los pedidos y contabilizar el gasto. Cabe destacar, en relación con las fichas técnicas, que es función y responsabilidad del Dietista-Nutricionista declarar adecuadamente los alérgenos que contiene cada plato para así evitar reacciones alérgicas. Una vez el menú basal se ha desarrollado, éste debe adaptarse a las diferentes patologías y circunstancias presentes en la residencia:

- ✚ Menú para diabéticos: en el menú para diabéticos debe tenerse en cuenta la cantidad de hidratos de carbono que se incluyen. Los hidratos de carbono deben encontrarse en cantidad estable y regular a lo largo de la semana.
- ✚ Menú para residentes con problemas de masticación: los problemas de masticación son muy comunes en gente de avanzada edad, debido a las alteraciones que suelen presentar en la mandíbula. En este menú se incluyen platos con texturas y consistencias blandas que se adaptan a estos inconvenientes.
- ✚ Residentes con problemas gástricos: los problemas gástricos también son muy habituales entre la población mayor, debido al deterioro de las secreciones gástricas y, en general, al peor funcionamiento del aparato digestivo. En este menú se deben incluir platos poco especiados y fáciles de digerir.
- ✚ Menú texturizado: estos menús están indicados para personas que requieran seguir una dieta triturada debido a alguna patología como la disfagia (dificultad para tragar), enfermedades neurológicas (Alzheimer, Parkinson, ...), ciertas enfermedades oncológicas (cáncer de cuello y cabeza) o casos de postoperatorio que requieran una dieta blanda o triturada.
- ✚ Menú hipolipídico: este menú incluye platos, como su propio nombre indica, que contienen poca cantidad de grasa. La dieta pobre en grasa está indicada para pacientes con el colesterol y los triglicéridos elevados. Los pacientes con problemas en la vesícula biliar o que sufren pancreatitis también deben seguir una dieta especial exenta en grasa.



El Control de Calidad, imprescindible: Otra de las posibles funciones del Dietista-Nutricionista en una residencia es llevar el control de calidad del servicio de comidas y nutrición. En una residencia de la tercera edad es imprescindible el trabajo multidisciplinar. La colaboración con el equipo de cocina y el personal del servicio de comidas permite asegurar el correcto funcionamiento de la cocina. Es especialmente importante el entendimiento con los cocineros para que éstos, a la hora de cocinar, respeten las fichas técnicas de los platos y así se consiga la mayor calidad nutricional posible. **Otra función del Dietista-Nutricionista respecto al control de calidad es hacer un seguimiento higiénico de las instalaciones.** En este se incluyen buenas prácticas de higiene para evitar contaminaciones de las materias primas y de los platos que se vayan a servir. De esta manera, se trata de asegurar que no se produzcan intoxicaciones alimentarias. **Esto incluye revisar que exista una correcta higiene en la cocina y adecuados hábitos a la hora de cocinar por parte del personal.** Es también imprescindible controlar que las temperaturas de los platos sean adecuadas durante el servicio, que las materias primas recibidas estén en correcto estado y que las salas de almacenamiento (refrigeración, congelación,) mantengan unas temperaturas adecuadas y estables. **Por último, el Dietista-Nutricionista se encarga de realizar una valoración del estado nutricional de los ancianos para conseguir un seguimiento personalizado y evitar problemas como la malnutrición, situación de déficit a la que la población anciana es muy vulnerable. Todo esto, actualmente, es de vital importancia para conseguir una buena calidad de vida conforme envejecemos.** Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, la cada vez mayor mezcla cultural que convive en una misma sociedad (religiones, nacionalidades, ...) y el aumento del consumo de dietas tipo vegetarianas, veganas y paleo, la variedad que se va a observar en las residencias de la tercera edad del futuro es enorme. En consecuencia, las funciones del Dietista-Nutricionista en una residencia cada vez van a ser más importantes.



Geriatricarea Nutrición y Cocina: Nutrición y Cocina es una empresa que opera en distintos campos con el objetivo de mejorar la alimentación y, por tanto, la salud de las personas. Cuenta con profesionales especializados en

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

asesoramiento nutricional, nutrición deportiva y análisis de la Seguridad Alimentaria que ofrecen los siguientes servicios:

- a) Asesoramiento dietético y nutricional a empresas y colectividades (centros y residencias de mayores, guarderías, colegios o empresas de catering), mediante la elaboración de menús saludables y equilibrados, además de recomendaciones para las distintas ingestas del día.
- b) Consulta nutricional en clínica, tanto a personas con algún tipo de patología o que desean mejorar su alimentación por una cuestión de salud o peso, como a deportistas y en centros y clubes deportivos.
- c) Cursos de formación sobre nutrición y/o cocina para veganos, cocina para deportistas; así como cursos de formación para profesionales de la salud como, por ejemplo, el curso de cocina para Dietistas-Nutricionistas.
- d) Educación nutricional en colegios, clubes deportivos, asociaciones, ayuntamientos y centros culturales, colectividades y empresas.
- e) Divulgación de artículos, recetas, hábitos saludables y nociones sobre nutrición, además de establecer un contacto directo con los usuarios, mediante la web www.nutricionycocina.es y las redes sociales (Twitter, Facebook y linkedin).

Comité de Calidad: En el Complejo Socio Sanitario, entendemos la Calidad como el instrumento de gestión mediante el cual se planifican y desarrollan las actividades en el cumplimiento de los requisitos legales establecidos, de las especificaciones de nuestros clientes a lo largo de toda la prestación del servicio, una mejor organización del trabajo que permite una mayor satisfacción de los trabajadores logrando para estos una mejor calidad de vida y de conciliación de la actividad laboral y familiar .Y la satisfacción de proveedores mediante unos canales de comunicación adecuados. **Para ello entendemos fundamental la implantación y desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad que nos permita prestar un servicio completamente adaptado a las necesidades de los residentes y familiares,** de gran calidad y que cumplan la normativa en vigor y las especificaciones establecidas por nuestro centro. Política del Complejo Socio Sanitario.





3.12. LIMPIEZA Y LAVANDERÍA



Limpieza y lavandería, encargados de mantener habitaciones, mobiliario y ropa de los residentes en perfecto estado:

La labor principal del equipo de limpieza consiste en gestionar el mantenimiento de las habitaciones para que se encuentren perfectamente limpias, ordenadas, con tapicerías y cortinas en buen estado y muebles impecables, de forma que el residente, al ocupar por primera vez la habitación, sienta que la «estrena» en ese momento. **El equipo de lavandería se encarga de lavar, planchar y mantener en estado óptimo la ropa de los residentes. Diariamente se realiza el reparto de ropa y se procura una adecuada colocación en los armarios para que éstos estén siempre ordenados.** La gobernanta es la responsable de gestionar los equipos de lavandería y limpieza: supervisa las habitaciones, salas comunes y comedores para comprobar que la limpieza esté correctamente hecha. Gestiona la lavandería y el inventario de la ropa. Colabora en la compra y reposición de la lencería de la residencia.

✚ Un espacio saludable forma parte del bienestar de los residentes.

Todo sobre la limpieza y desinfección de centros geriátricos, centros de día y residencias de ancianos



Características y particularidades de la limpieza en centros geriátricos y centros de día: La salud de nuestros mayores hace que en centros geriátricos el uso de medicamentos sea constante, lo que influye en que se genere un peculiar olor, unido a los problemas de incontinencia de algunos ancianos que les obliga a llevar pañal, y otro tipo de situaciones accidentales incontrolables, que hay que contrarrestar sin enmascarar, y esto sólo se consigue utilizando productos de desinfección, equipos y un adecuado procedimiento de limpieza que realmente acabe con el foco que los produce. **La disminución de las capacidades motrices y sensoriales, unidas en algunos casos al deterioro cognitivo**, hacen que los mayores sean mucho más vulnerables a sufrir accidentes por caídas en sus desplazamientos, o ingestión de productos tóxicos que pueden confundir con bebidas o medicamentos, información que se debe tener siempre presente al hacer la limpieza y desinfección en estos centros. **El deterioro del sistema inmunológico de los ancianos**, unido a sus problemas particulares de salud, exige una desinfección continua no sólo de los espacios y superficies, sino también del aire contenido en ambientes cerrados, para evitar contaminaciones cruzadas e infecciones por virus transmitidos por vía aérea, que puedan agravar la precaria salud de muchos de los residentes y/o usuarios.

En una residencia geriátrica hay que hacer la limpieza y desinfección de elementos poco comunes en otros lugares, como pueden ser camas con barandillas de sujeción anti-caídas, grúas para levantar a los residentes paralizados, colchones anti-escaras, sillas de ruedas, andadores, cuñas, y asientos para duchas. La dificultad de movimiento, coordinación y control, hace que se produzcan habituales derrames de alimentos mientras comen, y otro tipo de situaciones involuntarias, pero desagradables para los trabajadores y el resto de residentes, que deben ser solventadas de forma inmediata, y estar incluidas en el manual de limpieza de cada centro. Las personas mayores llevan un ritmo mental más tranquilo, por lo que en muchas ocasiones tardan más en entender lo que se les dice, haciendo necesario contar con una paciencia mayor, hasta asegurarse de que nos han entendido. También es frecuente que estén necesitados de cariño y conversación, y es algo que se debe tener en cuenta para no ser desagradables, pero a la vez continuar con el ritmo de la limpieza.



Limpieza de Geriátricos: Las familias de residentes esperan que sus seres queridos reciban un trato digno y agradable al confiar su cuidado a éste tipo de instituciones, siendo la limpieza y desinfección un indicativo fácilmente detectable a simple vista, que refleja el grado de exigencia que se marca el centro en confort y bienestar de los residentes. **Productos, materiales y equipos habituales para limpieza de centros geriátricos y centros de día:** Los productos, materiales y equipos que se utilizan en éste tipo de lugares en algunos casos coinciden con los que se usan en otros servicios de limpieza, pero también existen algunos de uso más concreto en limpieza de hospitales o centros sanitarios. **Entre los productos de desinfección que se utilizan en centros geriátricos**, están los limpiadores enzimáticos, que tienen una alta capacidad para acabar con la suciedad producida por restos de origen orgánico, como orina, vómito, o sangre acelerando el proceso de desinfección, a la vez que eliminan las causas de los malos olores, sin dejar residuos que puedan provocar reacciones alérgicas en las personas. **Además éste tipo de limpiadores aceleran las tareas en lavandería** de la ropa de cama y toallas para conseguir una higiene y desinfección total, y al no ser corrosivos pueden ser aplicados también sobre superficies de metal. **Entre los materiales y herramientas necesarios para hacer la**

limpieza en los centros geriátricos, están los cubos con doble cubeta para hacer la limpieza de suelos, conteniendo uno de los depósitos agua con productos para desinfectar, mientras la otra cubeta se llena sólo con agua para aclarar:

- ✚ **Mopas**, bayetas de microfibra, estropajos y esponjas deben de estar perfectamente ordenadas en los carros de limpieza, que son indispensables para realizar cada servicio, junto con los guantes.
- ✚ **Máquinas aspiradoras** para eliminar el polvo de tapicerías, moquetas y tejidos.
- ✚ **Sopladoras y recogedores** para limpiar vías y zonas ajardinadas de centros geriátricos.
- ✚ **Máquinas de limpieza a presión por agua**, para la limpieza y desinfección de zonas alicatadas en baños, cocinas, despensas y ofices.
- ✚ **Bolsas de basura**, para reponer en contenedores de residuos y papeleras.
- ✚ **Bacteriostáticos**, que son equipos instalados en los inodoros que ayudan a preservar la limpieza y desinfección con cada descarga, y que deben ser reemplazados periódicamente.
- ✚ **Unidades higiénicas** con paredes tratadas con productos para desinfección, que evitan los malos olores generados por vapores en la descomposición de residuos orgánicos de pañales, compresas, y pañuelos desechables, y que deben ser tratados y sustituidos cada cierto tiempo para mantener su eficacia.
- ✚ **Equipos generadores de ozono**, que eliminan las partículas nocivas en suspensión aumentando la cantidad de oxígeno presente en espacios cerrados y la calidad del ambiente que se respira, y sirve para eliminar los malos olores.
- ✚ **Generadores de agua ionizada**, que reduce al mínimo el consumo de productos de limpieza, ya que éste agua tratada, consigue una desinfección del 99% de las bacterias, hongos y moho.
- ✚ **Dosificadores de jabón** para higiene corporal y lavado de manos, dispensadores de papel higiénico, seca manos, están entre los productos que hay que reponer constantemente, teniendo que observar las adecuadas tareas para su conservación, y reposición cuando están rotos, o deteriorados.



Limpieza y desinfección. Procedimientos de limpieza y desinfección en centros geriátricos: En éste apartado vamos a hablar genéricamente de todos los procedimientos habituales de limpieza y desinfección en éste tipo de centros:

- a) La limpieza de suelos siempre se debe hacer con aspiradora, o con limpieza en húmedo, utilizando el cubo de doble cubeta y una mopa, para evitar que el polvo se vuelva a levantar.
- b) La limpieza de mobiliario, y resto de superficies también se debe hacer con bayetas humedecidas y materiales para limpieza o agua ionizada.
- c) Los carros de limpieza deben estar controlados permanentemente, y se debe utilizar cartelería, o barreras mientras se efectúan los trabajos de limpieza que puedan provocar deslizamiento.
- d) Diariamente hay que realizar una limpieza total de las habitaciones, ventilando durante unos diez minutos y por supuesto también una desinfección de los sanitarios, repasando los azulejos de los baños, terminando con el vaciado de contenedores higiénicos.
- e) La lencería de las camas se debe reponer cada tres días o como mucho de forma semanal, siempre que no se produzca algún tipo de episodio que requiera una reposición inmediata.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

- f) En la lavandería se tiene que lavar la ropa con productos de desinfección adecuados.



Las toallas de ducha deben cambiarse diariamente o cada dos días. También cada cierto tiempo conviene hacer una revisión con limpieza y desinfección de los armarios, ya que algunos ancianos tienden a guardar en ellos restos de comida que pueden generar focos de insectos y malos olores. A lo largo de cada jornada hay que hacer una la limpieza de repaso en algunas superficies como mesas, sillas y suelos de comedor que pueden estar manchados con los restos del desayuno o el almuerzo. **Es necesario pasar diariamente la aspiradora para limpiar el polvo de tapicerías de sofás, y otro tipo de tejidos. Los restos y residuos generados diariamente,** deben de ser depositados en el correspondiente contenedor y llevado al punto de recogida, devolviendo después el carro de basura a su lugar de ubicación habitual. Tras la elaboración de comidas, hay que limpiar la cocina, menaje y vajilla utilizada. **También es muy importante mantener adecuadamente la limpieza y desinfección de elementos de ocio y psicomotricidad,** como pueden ser juegos de mesa, aros, colchonetas, etc... Semanalmente hay que realizar una limpieza a fondo de la cocina, comedor, salones y gimnasio incluyendo paredes, techos y resto de instalaciones. Dentro del plan de limpieza de cada centro y coincidiendo con los cambios de estaciones frías y cálidas, conviene realizar labores de prevención y control de plagas, para evitar la aparición de cucarachas y hormigas, u otro tipo colonias.

Residencia de mayores: Ahora que ya conoces el tipo de productos, equipos y procedimientos para limpieza y desinfección de centros geriátricos, cuenta con nosotros a la hora de elaborar tu plan de limpieza.

3.13. PELUQUERÍA.



- a) En nuestro Complejo Socio Sanitario, contamos con un servicio de peluquería y transporte propios a disposición de todos nuestros residentes.
- b) Nuestra residencia cuenta con un salón propio de peluquería de señoras y caballeros dotado de todos los útiles y enseres necesarios para que nuestros residentes puedan recibir todo tipo de servicios que demanden en cuanto a estética se refiere.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

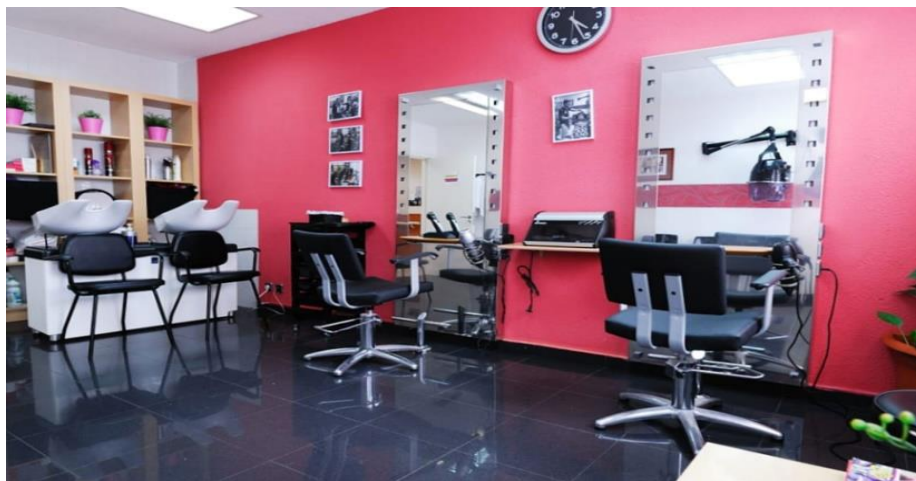
Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

Como en el resto de los departamentos de nuestro centro, nuestros profesionales dispensan un trato especial, gran amabilidad y comprensión a los residentes que precisan de estos servicios, ya que supone un área que también consideramos importante de cara a mejorar su estado traducido en un sentimiento de bienestar físico. Igualmente, es un magnífico punto de encuentro, tertulia y relax. “Funciona de Lunes a Domingo, por la mañana y por la tarde”.



Todos nuestros centros socio-sanitarios cuentan con su propio salón de peluquería y estética: El bienestar empieza en el cuidado personal. Es importante que nos veamos bien para sentirnos bien. Numerosos estudios han demostrado que las personas que dedican más tiempo a su cuidado alcanzan una autoestima más alta. **La belleza en los mayores no está ligada al uso de cosméticos**, si no a la realización diaria de hábitos saludables que influyen directamente en su bienestar personal. La piel y el pelo, son dos de los aspectos a los que prestan mayor atención nuestros mayores. Sobre todo, las señoras. Aunque nuestras peluqueras confiesan que los caballeros acuden cada vez con más frecuencia. **Todos los centros cuentan con su propio salón de belleza**, en los que los residentes se ponen guapos. A parte de proporcionar mejor aspecto físico influye directamente en el estado psíquico ¿Quién no se ha sentido mejor después de pasar por la peluquería? Todos coincidiremos en que, por norma general, las peluqueras son personas que saben escuchar. Y las que trabajan con el sector del mayor, aún más.

La visita de los familiares es la ocasión unánime para ir a la peluquería, todos coinciden. Algunos residentes acuden solo en las ocasiones especiales; otros acuden sin falta una o dos veces por semana, porque la persona que es coqueta y presumida, normalmente no abandona esta actitud al cumplir años. Además de los servicios habituales que encontramos en una peluquería (**lavado, corte, peinado...**); en nuestros salones ofrecemos tratamientos faciales, capilares, manicura y depilación. Creemos que es imprescindible que exista un espacio así en las Residencias, ya que el verte bien te ayuda a sentirte mejor contigo mismo y con los demás. **El trato entre residentes y peluqueras es muy cercano y cariñoso.** El salón de peluquería se convierte cada mañana en la tertulia de la Residencia, todas las novedades son comentadas, siempre con buen humor y por supuesto saliendo del salón irradiando belleza. Porque, aparte de buenas personas que saben escuchar, nuestras peluqueras son profesionales y les abala una larga trayectoria.



Más del 50% de los casos y se pueden tratar sin intervención quirúrgica: Esta complicación gastrointestinal se asemeja bastante a lo que popularmente conocemos como estreñimiento, y puede ocurrir a cualquier edad sin distinción de género, aunque es más frecuente en el paciente mayor. El índice de mortalidad se estima entre el 2 % y el 25%.

La Obstrucción Intestinal puede ser total o parcial. Cuando se desarrolla de forma total se necesita cirugía para paliarla, considerándose así, una emergencia médica. En los casos más extremos puede derivar en perforación intestinal, debido a la acumulación de bacterias, con riesgo severo de hemorroides y desgarros anales. Los casos de obstrucción intestinal parcial, representan más del 50% de los casos y se pueden tratar sin intervención quirúrgica.

Este tipo de patologías están estrechamente relacionadas con la alimentación. Se desarrolla por numerosas y diversas causas, aunque las más comunes son adherencias, hernias, cánceres, y efectos secundarios de medicinas. Como su propio nombre indica, se produce una obstrucción en el tubo digestivo del intestino delgado, de la comida o las heces, por tanto, no pueden ser expulsadas con naturalidad. **Entre los síntomas más frecuentes se incluyen:** Dolor abdominal severo o retortijones, inflamación, gases, hinchazón del vientre y vómitos. **Debido a la falta de hidratación,** la descompensación de fibra y las consecuencias del envejecimiento, las personas de edad avanzada son el grupo de población más propenso a padecer obstrucción intestinal. El estreñimiento crónico se puede alargar durante seis meses, disminuyendo de manera muy significativa la calidad de vida del mayor.

Es fundamental un diagnóstico precoz para poder intervenir a tiempo, y evitar así que se produzca de forma total. Llevando a cabo la práctica de hábitos sencillos podemos mejorar y prevenir este tipo de patologías. Por ejemplo, realizando paseos diarios de corta duración mejoramos la motilidad intestinal y facilitamos la evacuación.

Es necesario que los mayores se mantengan hidratados independientemente de la sensación de sed que puedan tener. La ingesta de líquidos, y de alimentos altos en fibra, como las frutas y verduras, previenen este tipo de patologías.

3.14. TRANSPORTE



COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

El centro ofrece servicio de transporte propio dos veces en semana, para aquellos residentes que necesiten ir a Granada (ida y vuelta).

Servicio a familiares: Todos los días por la mañana y por la tarde se realizan transporte ida y vuelta (del Complejo Socio Sanitario a Gandia o cualquier pueblo de la Comarca de la Safor)

Servicios Generales: Pre ingreso, acogida e ingreso: información antes y durante el proceso de ingreso, valoración interdisciplinar de adaptación al centro, etc.

Valoración geriátrica integral: ayuda en la consecución de los objetivos previstos para cada individuo encaminados a potenciar su autonomía en las actividades de la vida diaria, así como en el desarrollo personal de las capacidades motoras, ocupaciones y relacionales en los distintos aspectos: individual, grupal, familiar y social.

Alojamiento y manutención: cocina propia con menús (alternativos y dietas especiales), comedor, lavandería y costura, limpieza, mantenimiento, transporte propio, apoyo para las actividades de la vida diaria, etc.

Servicios médico-sanitarios: valoración y seguimiento médico, enfermería 24 horas, prescripción y administración de fármacos, prescripción de dietas, valoración nutricional, prevención de úlceras por presión, prevención de caídas, curas, vacunaciones, control de ingesta, etc.

Servicios psicosociales: atención psicológica, actividades de ocio y fomento de la convivencia, actividades de estimulación cognitiva, biblioteca y salones de juego y TV, fomento de relaciones sociales y familiares, información sobre recursos sociales y comunitarios, gestiones administrativas, fomento de actividades de integración social fuera del Centro, etc.

-  Programas de fisioterapia.
-  Programas de terapia ocupacional.
-  Programas de animación sociocultural.
-  Atención social-familiar.
-  Biblioteca.
-  Piscina.
-  Parking privado gratuito.
-  Servicios religiosos.

Servicios Específicos:

-  Servicio de Podología.
-  Servicio de Peluquería.
-  Servicio de Acompañamiento.
-  Servicio microbús para residentes y familiares.

En el Complejo Socio Sanitario, se ofrece una atención integral a todas las personas mayores que, ya sea por motivos personales, sociales o familiares deciden venir a vivir con nosotros.

Modalidades de Estancias: Estancias Indefinidas o Privadas: Prestación vinculada al servicio (Ley de Dependencia). Es una ayuda contemplada dentro de las prestaciones y servicios que conforman la Atención a la Dependencia de la Junta de Andalucía. Se adjudica una cantidad económica para sufragar parcialmente el coste de la plaza privada. Estancias temporales (mensuales, semanales, fines de semana...) **El Complejo Socio Sanitario, es el lugar ideal para disfrutar periodos vacacionales** y también puede ser una alternativa de apoyo temporal a personas que se encuentran en situación de dependencia (convalecencias, rehabilitación, postoperatorios...), colaborando así con las familias cuando no pueden prestarles los cuidados oportunos.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

Respiro familiar concertado: Consiste en la acogida de personas en situación de dependencia por un periodo mínimo de un mes y máximo de tres, en régimen residencial, cuando no pueden ser atendidas por los familiares que asumen su cuidado, por motivos de descanso, hospitalización o enfermedad de éstos.

Cuidados en el Hogar: Los cuidados en el hogar se inician con una valoración geriátrica integral por el personal asistencial del Complejo Socio Sanitario, en la que se definen el tipo de cuidados que necesita la persona. Los cuidados son de dos tipos en función de los profesionales que lo realicen:

Cuidados Personales Básicos: proporcionados por auxiliares de enfermería geriátrica e incluyen asistencia para levantar, acostar, aseo personal, administración de medicación, visitas a familiares, gestiones administrativas...

Cuidados Especializados: proporcionados por los miembros del equipo asistencial del Complejo Socio Sanitario, fisioterapia, trabajo social y terapia ocupacional realizando tareas de control de medicación, curas, analíticas, estimulación física y cognitiva...

Residentes: El Complejo Socio Sanitario, afronta los nuevos desafíos que demanda la sociedad a través del desarrollo de servicios especializados, adaptados a las necesidades específicas de cada mayor.

ATENDEMOS PRINCIPALMENTE A CUATRO GRUPOS DE POBLACIÓN

Personas válidas: Son personas independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria a pesar de las limitaciones propias de la edad. Dentro de este grupo los cuidados van dirigidos a la prevención y promoción de la salud. Se presta especial atención al ambiente cultural y psicosocial dentro del cual se desarrolla la persona.

Personas asistidas física y/o psicológicamente: Son personas dependientes de alguna/as o todas las actividades básicas de la vida diaria con un elevado riesgo de perder su autonomía y de sufrir complicaciones en su estado de salud por padecer patologías agudas o crónicas. Los cuidados van dirigidos a establecer o coordinar las ayudas necesarias de forma que el avance de su dependencia se detenga o se retrase el mayor tiempo posible.

Personas con algún tipo de deterioro cognitivo: Son personas que padecen un proceso degenerativo o daño adquirido (Alzheimer, Parkinson, Cuerpos de Lewy, vascular,...) con la consecuente pérdida progresiva de las funciones cognitivas, debido a daños o desórdenes cerebrales más allá de los atribuibles al envejecimiento normal. Característicamente, esta alteración cognitiva provoca incapacidad para la realización de las actividades de la vida diaria. Estos residentes precisan de una continua atención médica-psicológica y de la disposición de áreas específicas para su correcto abordaje terapéutico (Unidad de Alzheimer).

Personas con Graves Trastornos: Son personas con patrones de comportamiento, persistentes en el tiempo, inadecuados para la edad y que generan dificultades en el funcionamiento diario (en el ámbito familiar, laboral y/o social), ya que no se adaptan a las normas apropiadas al contexto. **Se ofrece una atención rehabilitadora**, centrada en los aspectos emocionales y conductuales, de la persona promoviendo la integración social. **El ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral que altera la función en una determinada zona del cerebro. Puede provocar alteraciones motoras**, sensitivas, problemas repentinos de visión, del habla, pérdida del equilibrio o de la coordinación. Tras la lesión se produce una pérdida neuronal en la zona afectada. El tejido que sobrevive se reorganiza gracias a la plasticidad cerebral para reconstruir las conexiones neuronales lesionadas, lo que se ve favorecido por el entrenamiento y la rehabilitación.

3.15. TERAPIA NEUROLÓGICA – ICTUS. (UNIDAD ESPECIALIZADA DE ICTUS.)



Centro Óptimo para el tratamiento integral del paciente: El Complejo Socio Sanitario, cuenta con personal cualificado que permite actuaciones coordinadas que mejoran la atención a los pacientes con ictus. Tras la hospitalización aguda, y en lo que respecta al posterior tratamiento, contamos con los recursos necesarios para una rápida rehabilitación neuropsicológica, motora y funcional. Evaluación y tratamiento neuropsicológico:

- ✚ Evaluación de las funciones mentales para la detección de secuelas: pruebas y observación directa.
- ✚ Evaluación del estado emocional: detección de depresión y/o ansiedad y trastornos de conducta.
- ✚ Tratamiento de rehabilitación específica realizado por especialista en neuropsicología para la mejora de las funciones deterioradas, refuerzo de las funciones mantenidas y compensación de las pérdidas.
- ✚ Logopedia.
- ✚ Estimulación de la memoria y atención.

Programa de rehabilitación personalizado:

- ✚ Evaluación inicial para la detección de anomalías en el tono muscular, espasticidad, alteraciones en la sensibilidad táctil y propioceptiva y del control postural, y presencia de dolor.
- ✚ Plan de actuación utilizando técnicas de neurofisioterapia basadas en el Concepto de Bobath, Facilitación neuromuscular propioceptiva y Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo (Perffeti).
- ✚ Terapia Ocupacional (Reeducación funcional en A.V.D.)

Asesoramiento al paciente y a su entorno familiar: Facilitamos las indicaciones para la adaptación del entorno y para el uso y manejo de las ayudas técnicas que sean necesarias.

Atención especial a la prevención: Tan importante como una pronta actuación es la prevención de un nuevo episodio, por lo que prestamos una especial atención al control de todos los factores de riesgo sobre los que podemos actuar: el sedentarismo mediante programas de ejercicio físico, la hipertensión arterial mediante un control riguroso de constantes, la alimentación mediante la elaboración de una dieta personalizada, o la correcta toma de fármacos mediante los controles de enfermería.

ictus3. (Demencias.) La demencia es un síndrome que implica el deterioro de las funciones mentales, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, más allá de lo que puede considerarse una consecuencia del envejecimiento normal, y que es lo bastante grave para afectar al desarrollo personal y social. Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores provocando consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas en las familias y en la sociedad. Los tipos de demencia más comunes son:

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

- ✚ Alzheimer.
- ✚ Demencia vascular.
- ✚ Demencia mixta.
- ✚ Demencia de cuerpos de lewy.
- ✚ Demencia frontotemporal.

Especialistas en recuerdos: El Complejo Socio Sanitario, cuenta con un equipo profesional con amplia experiencia en la asistencia a personas con demencia, cuyo objetivo es retrasar al máximo su desarrollo, tratar los problemas conductuales y, en definitiva, mejorar la calidad de vida del residente y de su familia.

- ✚ Departamento médico.
- ✚ Enfermería geriátrica.
- ✚ Auxiliares de geriatría.
- ✚ Psicóloga y Neuropsicología.
- ✚ Fisioterapeutas.
- ✚ Terapeutas ocupacionales.
- ✚ Trabajadora social de Geriatría.
- ✚ Especialistas en atención.
- ✚ Programas integrales.

La intervención ofrecida por el Complejo Socio Sanitario, es multidisciplinar. Se garantiza la valoración, el tratamiento global y la continuidad asistencial desde el Modelo de Atención Centrado en la Persona, proporcionando un trato aún más humano y enfocado al residente y a sus familiares. Programas de salud:

- ✚ Prevención y control de síndromes geriátricos.
- ✚ Programas cognitivos.
- ✚ Terapia de orientación a la realidad, psicomotricidad, musicoterapia, taller de Montessori, estimulación sensorial, psico estimulación preventiva.

Programas de rehabilitación y mantenimiento fisioterapéutico:

- ✚ **Demencia leve-moderada y moderada-baja:** mecanoterapia en sala y terapia manual individualizada.
- ✚ **Demencia moderada-grave:** sesiones individualizadas de movilización, estiramientos y técnicas de reeducación de equilibrio y marcha.

Programas de intervención ocupacional adaptados:

- ✚ Entrenamiento de las actividades básicas de la vida diaria
- ✚ Movilidad corporal y psicomotricidad
- ✚ Actividades lúdicas y de ocio

AYUDA EN LA SOLICITUD DE RECURSOS

Atención especial a las familias: La demencia no afecta solamente a la persona enferma, sino que influye en toda su familia, ya que ejerce una presión física, emocional y económica que puede superar su capacidad de afrontamiento. El desarrollo de nuestras actuaciones se realiza de mano de los familiares. Ellos son parte activa de nuestro día a día, haciéndoles partícipes e informándoles de todas las decisiones que se tomen en la intervención terapéutica con el residente.

Graves Trastornos de conducta: Los graves trastornos de conducta son patrones de comportamiento persistentes en el tiempo que generan dificultades en el funcionamiento diario (en el ámbito familiar, laboral y/o social), ya que no se adaptan a las normas de convivencia. Generalmente están causados por enfermedades mentales de origen neurológico (por ejemplo, demencia), o psiquiátrico (por ejemplo, trastornos psicóticos, trastornos de personalidad, etc.).

ESPECIALISTAS EN DIVERSIDAD

Integración personalizada: En el Complejo Socio Sanitario, apostamos por mantener a las personas con trastornos conductuales en un entorno normalizado, bajo una libertad controlada y una atención personalizada. Esta adaptación permite que su convivencia se encuentre integrada en el ambiente social en el que se ubica, con total seguridad y naturalidad, lo cual les permite disfrutar de una buena calidad de vida.

Atención específica: La asistencia personalizada del Complejo Socio Sanitario, a las personas que padecen graves trastornos de conducta es realizada por un equipo multidisciplinar compuesto por los profesionales de los departamentos de Medicina, Enfermería, Auxiliares, Psicología, Neuropsicología, Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Trabajo Social. Valoración continúa:

- ✚ Entrevistas personalizadas enfocadas a la detección de síntomas propios de las enfermedades mentales
- ✚ Observación de la conducta en el día a día

Actividades ocupacionales:

- ✚ Programa de intervención en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD's y AIVD)
- ✚ Programas de intervención grupal: estimulación cognitiva, manualidades, movilidad corporal y psicomotricidad, ocio y tiempo libre.

Sistema de control de errantes: Facilitamos a los residentes que padecen trastornos conductuales su libre y segura deambulación por las instalaciones del centro, controlando las posibles salidas mediante una pulsera transmisora de una señal por radio-frecuencia. Esta señal es monitorizada y genera una alarma ante situaciones de riesgo de fuga. Con ello también se consigue disfrutar de mayor movilidad, al tiempo que aseguramos la tranquilidad a sus familiares.

Espacio para fumadores: Las instalaciones del Complejo Socio Sanitario, cuentan con zonas habilitadas para los residentes fumadores que incluyen dispositivos de control del tabaco para los casos en los que sea necesario.

Rehabilitación y Postoperatorio: La Fisioterapia en Geriátrica se presenta como un gran reto sanitario al enfrentarse día a día a pacientes de edad avanzada en los que concurren múltiples patologías. Además de tratar las lesiones y patologías propias de esta etapa de la vida, debe ser la herramienta que facilite el poder seguir realizando una actividad diaria plena, con el máximo confort, previniendo y retardando algunas enfermedades y discapacidades del envejecimiento.

Especialistas en autonomía: En el Complejo Socio Sanitario, trabajamos con cada persona de forma individualizada, evaluando su estado físico y elaborando tratamientos de rehabilitación adaptados para conseguir alivio del dolor, mejora de la movilidad, fuerza, flexibilidad, coordinación, equilibrio y reeducación de la marcha. Estamos especializados en el tratamiento de las patologías propias de la tercera edad:

- ✚ Traumatológicas (todo tipo de fracturas).
- ✚ Hemiplejias.
- ✚ Artrosis y Artritis.
- ✚ Enfermedades cardíacas y pulmonares.
- ✚ Parkinson.
- ✚ Prevención de caídas.
- ✚ Alzheimer y otras demencias.

Prevención de caídas: Nuestros Programas de Fisioterapia hacen un verdadero énfasis en la prevención de caídas pues constituyen un episodio frecuente de lesión e incapacidad en las personas mayores.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

Instalaciones integralmente equipadas: En nuestra sala de más de 100 m² disponemos de la última tecnología en electroterapia mediante onda corta pulsada, equipos de baja y media frecuencia, TENS portátiles, camillas neurológicas y todo tipo de mecanoterapia para trabajar con nuestros pacientes a todos los niveles.

Equipo cualificado de profesionales: En el Complejo Socio Sanitario, posee un amplio equipo multidisciplinar de profesionales con años de experiencia y unas instalaciones especializadas ubicadas en un entorno único. Los departamentos de Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Psicología se coordinan en el proceso de la rehabilitación, conjuntamente con el Equipo de Auxiliares que interviene de forma activa durante las 24 horas del día.



Rehabilitación Cardíaca: Las enfermedades cardiovasculares constituyen el principal problema de salud de los países desarrollados. Es por ello que se hace necesaria la intervención de los profesionales sanitarios en la prevención y el tratamiento de las mismas, atendiendo principalmente:

- ✚ Hipertensión arterial (presión alta).
- ✚ Insuficiencia cardíaca.
- ✚ Cardiopatía isquémica.
- ✚ Enfermedad vascular crónica (valvulopatías).
- ✚ Enfermedad vascular periférica.



Especialistas en corazón. (Programas de Rehabilitación Cardíaca.) En el Complejo Socio Sanitario, se presta una atención especial al tratamiento y cuidado del sistema cardiovascular mediante los Programas de Rehabilitación Cardíaca.

- a) Estos programas se basan en un conjunto de medidas terapéuticas dirigidas a personas que padecen una afección cardíaca y también a aquellas que, tras un período prolongado de reposo o inactividad, necesitan un reentrenamiento al esfuerzo.

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

- b) El objetivo fundamental es la mejora de la calidad de vida, a la vez que disminuir la incidencia de nuevas complicaciones.
- c) Los programas deben iniciarse de forma inmediata cuando el proceso cardiológico esté estabilizado. Consisten en un planteamiento multidisciplinar que incluye entrenamiento físico, pautas de actuación psicológica y control de los factores de riesgo para conseguir la máxima efectividad.

Valoración del paciente:

- ✚ Interpretación de su historia clínica.
- ✚ Estratificación de riesgo.
- ✚ Identificación de factores de riesgo cardiovascular.

Control de factores de riesgo:

- ✚ Tensión arterial.
- ✚ Glucemia.
- ✚ Niveles de colesterol.
- ✚ Hábitos de vida.

Prescripción y control del ejercicio físico: Se realiza de forma individualizada, adaptado a las condiciones del paciente, según su valoración cardiovascular. Prescripción y control de hábitos de vida cardiosaludables:

- ✚ Dieta.
- ✚ Toma correcta de medicación.

APOYO PSICOLÓGICO

Intervención en la reanudación de las actividades de la vida diaria del paciente:

- ✚ Entrenamiento en la mejora de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD's y AIVD's).
- ✚ Ejercicio físico adaptado y actividades psicomotoras.
- ✚ Actividades productivas.

Unidad de Enfermedades Avanzadas y Cuidados Paliativos: Debido al envejecimiento de la población, se ha producido un incremento de personas mayores que padecen enfermedades denominadas “de situación terminal”: avanzadas, progresivas e incurables. Estas enfermedades se consideran:

- ✚ Oncológicas: cáncer.
- ✚ No Oncológicas.
- ✚ Demencias.
- ✚ Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
- ✚ Insuficiencia respiratoria avanzada.
- ✚ Insuficiencia cardiovascular.
- ✚ Insuficiencia renal.
- ✚ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Los cuidados paliativos son considerados como la asistencia activa y global a pacientes con enfermedades sin respuesta a tratamientos curativos. Están diseñados para promover el bienestar o confort y el soporte de los pacientes y sus familias en la fase terminal de su enfermedad.

Atención especial a pacientes y familiares: El Complejo Residencial Socio Sanitario, cuenta con un equipo multidisciplinar específicamente preparado para la atención en enfermedades avanzadas. Los profesionales de los departamentos de:

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

-  Psicología.
-  Trabajo Social.
-  Medicina.
-  Enfermería.
-  Fisioterapia.
-  Dirección.

Intervienen de forma conjunta, ofreciendo el asesoramiento y servicios necesarios en cada una de las etapas que acontecen durante la evolución de la enfermedad.

Apoyo psicológico: Reducción y canalización del impacto psicológico proporcionando estrategias que ayuden a afrontar la situación.

Control fisioterapéutico personalizado: Mejora de la circulación sanguínea, evitar la aparición de úlceras por presión (UPP), mejora del tono muscular y articular, evitar la anquilosis y mantenimiento del esquema corporal.

-  Sesión diaria de movilización pasiva en cama.
-  Sesión diaria activo-asistida de extremidades y tronco.
-  Estiramientos y técnicas para la mejora de la higiene postural.
-  Revisión y adaptación del material orto-protésico.

MENÚS PERSONALIZADOS

La alimentación sana y equilibrada en nuestro Complejo Residencial Socio Sanitario: Para las personas mayores es muy importante el momento de la comida. Por esta razón se tienen en cuenta una serie de parámetros que aseguran el equilibrio alimentario, el respeto a diferentes condicionantes y patologías asociadas, así como la calidad, la variación y el respeto de las tradiciones de los mayores. **Es importante distribuir la cantidad de alimentos en cuatro o cinco tomas a lo largo del día.** Esto permitirá al anciano la adecuada digestión de todos y de cada uno de los alimentos, así como la correcta asimilación de los nutrientes que lo componen. **El desayuno se realiza a través de un completo y variado buffet libre.** La comida y la cena incluyen dos opciones como menú basal, es decir, un primer plato a elegir + un segundo plato a elegir + el postre. La merienda compuesta por café o infusiones, variada repostería, yogurt y fruta. Además de estas cuatro comidas se realizan tres hidrataciones durante el día, una a media mañana, otra a media tarde y la última después de cenar (infusiones, zumos y lácteos). Menús actualizados a partir del 1 de Septiembre de 2016 atendiendo a la **Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición 17/2011** y la **Ley de Alérgenos alimentarios recogida en el Reglamento Europeo 1169/2011.**

3.16. TERAPIA OCUPACIONAL

Actividades que se desarrollan en el Complejo Socio Sanitario: Le ofrecemos información completa y actualizada acerca de las numerosas actividades que desarrollamos para los residentes, como pueden ser: Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Animación Sociocultural (manualidades, bingo, taller de prensa, gimnasia de mantenimiento, cine, estimulación cognitiva, juegos de mesa, taller Psicoestimulación preventiva, misa/rosario, etc.), consulta de psicología.

3.17. QUINO TERAPIA

CABALLOS EN LA REHABILITACIÓN EN PACIENTES DE CÁNCER, LESIONES MEDULARES, PARÁLISIS CEREBRAL, PACIENTES CON DISCAPACIDAD MOTORA O INTELECTUAL, ETC.

Una visión práctica de su aplicación: La EQUINO TERAPIA está recomendada para personas con discapacidad psíquica, física o sensorial.



RESUMEN

Los beneficios del caballo y de la Equino terapia son de sobra conocidos. Se ha creado un programa, en este momento pionero, partiendo de la Psicoterapia Asistida con Caballos, adaptado especialmente a las necesidades biopsicosociales y mejora de la calidad de vida de aquellas personas, pacientes y acompañantes, que han pasado por la experiencia de un CANCER, LESIONES MEDULARES, PARÁLISIS CEREBRAL, ETC. y buscan recuperar su funcionamiento cotidiano. **Las bases de este programa han sido diseñadas por un equipo técnico multidisciplinar formado por:** profesionales de la salud como psicólogos y psico-oncólogos, y técnicos especialistas en etología equina. Además, cuenta con una metodología clínica muy estudiada y específica para este tipo de población, Los caballos son cuidadosamente seleccionados para este programa. Lo forman animales muy receptivos y sensibles a las reacciones de las personas; auténticos maestros canalizadores de emociones ya sean buenas o malas, del aprendizaje y eficaces rehabilitadores de habilidades perdidas tanto físicas como psíquicas. **Las sesiones se realizan con los caballos en libertad** o a lomos de ellos dependiendo de lo que se pretendan trabajar cada día. La relación que establecen estos caballos con las personas es asombrosa. **Como lo es la capacidad de estos animales para interpretar su lenguaje no verbal y estimular la comunicación de emociones tan rica y compleja;** muchas veces rota por la experiencia brutal de ser pacientes, hijo de pacientes o hermanos de pacientes de enfermedades traumáticas.

3.18. TERAPIA CANINA

(TERAPIA ASISTIDA CON PERROS)



Historia de la terapia asistida (TA): Hay evidencias de que ya en la antigua Grecia se daban paseos a caballo a personas que padecían enfermedades incurables como parte de la terapia para aumentar su autoestima; Así pues, desde tiempos remotos los animales han sido utilizados por el hombre como parte de la terapia de sanación y/o paliación de

enfermedades. El gran pensador inglés John Locke ya defendía en el año 1669 que la relación con animales tenía una **función sociabilizadora**. A partir de este momento empezaron a promulgarse las primeras teorías sobre la influencia de los animales de compañía en enfermos mentales; Dichas teorías sugerían que el trato con estos animales despertaba sentimientos sociales en este tipo de personas, las cuales se encontraban más relajadas y tranquilas. **La primera vez que se registró la utilización de animales de compañía como terapeutas fue en el año 1972 en el Asilo de York, en Inglaterra;** Donde el psiquiatra William Tuke intuyó que los animales podían propiciar valores humanos y autocontrol en estos enfermos, mediante refuerzo positivo. En 1867, los animales de compañía empezaron a utilizarse como parte del tratamiento de enfermos epilépticos en Bethel, Bielefeld, Alemania; Hoy en día, es un sanatorio que atiende a 5.000 pacientes aquejados de trastornos físicos y mentales en el que varios tipos de animales forman parte activa del tratamiento, y en el que cuidarlos es una parte importante del programa.

3.19. TERAPIA ACUÁTICA EN PISCINA



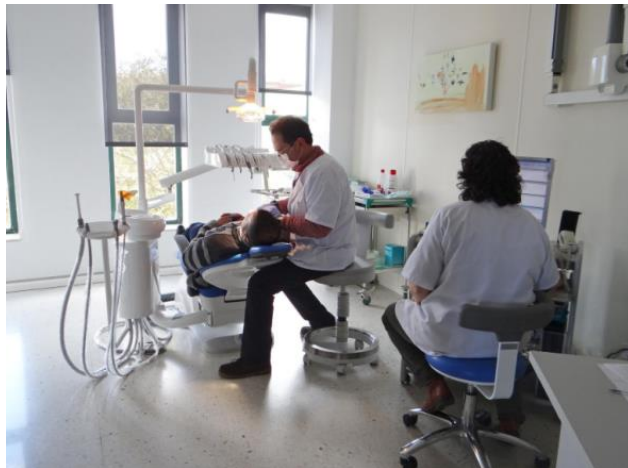
Técnicas de rehabilitación física: HIDROTERAPIA: La fisioterapia acuática proporciona beneficios a estos pacientes a nivel físico, fisiológico y social, sin embargo no se ha encontrado evidencia de que tenga mejores resultados que otras terapias; Se define Hidrocinesiterapia como aquella terapia dirigida a la ejecución de ejercicios en un medio acuático, con parte o la totalidad del cuerpo sumergido en la misma a través de un tanque o piscina. **Esta terapia se engloba en un grupo de tratamientos que se basan en el aprovechamiento de los beneficios del agua.** Este grupo, que conocemos bajo el nombre de Hidroterapia, incluye además otro tipo de terapias, con menos interés en medicina veterinaria, como por ejemplo, la dilución de preparados medicinales en el agua, los baños, tanto calientes como fríos, el jacuzzi, los chorros etc. **Como ocurre con cualquier terapia física, es conveniente consultar con el Especialista que refiere el caso a la hora de aplicar la hidrocinesiterapia;** Éste debe estar convenientemente informado de las posibles aplicaciones de la misma, así como de las precauciones y contraindicaciones; Deberá prestar atención a sus indicaciones y recomendaciones, para que, de manera combinada con la terapia acuática, el beneficio para el paciente sea prioritario y máximo.

3.20. ODONTOLOGÍA PARA MAYORES

La calidad de vida relacionada con la salud oral se evalúa a partir de la autopercepción de la salud oral (APSO) de adultos mayores, El objetivo es determinar la APSO con respecto a las características sociodemográficas y de salud en adultos mayores derechohabientes del Instituto Español de la Seguridad Social de la Ciudad de Valencia.



Métodos: estudio transversal con datos sociodemográficos, de salud, de dependencia, visita al dentista, uso de prótesis dental removible y APSO; Se calcularon las medias de autopercepción (Geriatric/General Oral Health Assessment Index: GOHAI) y se usaron las pruebas t de Student, ANOVA y post hoc Bonferroni, Resultados: el 60.5% fueron mujeres. La edad promedio de la población fue 68.23 ± 7.0 . La media (IC) del GOHAI total fue 48.07 (48.05-48.08).



Comparados con sus contrapartes, hubo mejor autopercepción de la salud oral en los individuos del grupo de 60-69 años, separados o divorciados, ≥ 7 años de estudio, con trabajo remunerado, que vivían solos, no fumaban, sí bebían alcohol, tenían buena percepción de salud, bajo peso, sin deterioro cognitivo, ni depresión, ni ansiedad, ni comorbilidades, que consumían < 5 fármacos, con limitaciones en actividades básicas, sin limitaciones en actividades instrumentales, que no visitaban al dentista y no usaban prótesis removible, Conclusión: el concepto de calidad de vida incorpora esencialmente la APSO del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud.

3.21. FISIOTERAPIA

Fisioterapia en ancianos prevención de la disfuncionalidad



ESCRITO EL POR LARES CV EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES, SALUD EN EL MAYOR

La fisioterapia en ancianos es una técnica para que las personas mayores lleguen a la etapa de la vejez de la mejor forma posible ejercitando tanto su mente como su cuerpo, de esta forma logran mantener su autonomía personal durante más tiempo y por lo tanto llevar una vida social como más les guste.

Fisioterapia en ancianos: La fisioterapia geriátrica es la aplicación de determinadas técnicas de fisioterapia que se aplica sobre adultos mayores, en los que el avance en edad puede desencadenar diferentes patologías que conlleven una disminución de sus capacidades funcionales y por lo tanto generarles cierta dependencia en sus labores rutinarias. Las causas más comunes de la pérdida de las capacidades funcionales en los ancianos es la inactividad o inmovilidad, que se pueden dar por diferentes causas como pueden ser:

- ✚ Una enfermedad que le impida moverse durante cierto periodo de tiempo y por lo tanto que tenga que realizar reposo.
- ✚ Quemaduras.
- ✚ Fractura de cadera, o cualquier otro tipo de fractura o fisura ósea.
- ✚ Accidente vascular periférico.

Cuando se da cualquiera de estas patologías, la actividad del paciente se ve reducida notablemente hasta que la enfermedad sigue su proceso y se estabiliza. Al ir desapareciendo la enfermedad, el anciano puede retomar sus actividades rutinarias siempre y cuando se siga una rehabilitación y no hayan quedado secuelas graves de las mismas. Sin embargo, pueden aparecer las secuelas de debilidad y/o angustia que dejó el padecimiento debido a la enfermedad, pueden afectar al retorno del anciano a sus actividades de la vida diaria. Para superar estas enfermedades y secuelas, es importante acondicionar el hogar del paciente para que su vida diaria sea más cómoda y funcional, es por esto que se deben instalar ayudas técnicas y reducir las barreras arquitectónicas para ofrecer una seguridad a los ancianos mientras dure su inmovilización temporal. **Es por esto que se pueden instalar barandillas protectoras en las camas, adquirir camas regulables en altura para evitar camas demasiado altas o bajas, así como los escalones,** iluminar el hogar para que el anciano en todo momento se vea bien, sillas seguras con reposa brazos que les ayude a tener una mayor seguridad cuando se levantan y sientan. Estos sistemas de seguridad, el temor a caídas en los ancianos se irá reduciendo. **Es importante que para que el anciano no se sienta aislado social y ambientalmente,** pueda llevar una vida con una mayor autonomía y sin un sentimiento de dolor al movimiento, parestesias, falta de ayuda para la movilidad y / o para trasladarse de un lugar a otro, es importante favorecer el movimiento de los ancianos creando lugares seguros en sus hogares. Además, para favorecer el movimiento del anciano es muy importante también su actitud, ya que si ellos no ponen de su parte y no están motivados, les afecta de forma muy negativa a su enfermedad.

En muchas ocasiones, la inmovilización crónica es el resultado de largas enfermedades que no se han detectado y tratado desde un primer momento como puede ser una accidente vascular cerebral, artritis, amputaciones, enfermedad de párkinson, lumbalgia, cáncer, entre otros. El **proceso de inmovilidad** es definido como los cambios múltiples producidos en la fisiología de órganos y sistemas, inducidos por inactividad y por lo tanto reversibles con la actividad física. El grado de inmovilidad depende del grado de inactividad y del nivel físico previo a esta.



Fisioterapia en ancianos: la solución a su poca movilidad: El envejecimiento es una de las causas que llevan a las personas a la inactividad, el segundo es separar los efectos de la inactividad de los efectos de la enfermedad, aunque es obvio que algunos efectos del envejecimiento están directamente relacionados con la falta de actividad de la persona. Debemos tener en cuenta la declinación fisiológica y la pérdida de función del organismo. Además es importante entender las consecuencias de la falta de actividad física en el anciano, para aplicarle una rehabilitación u otra, ya que según su tono muscular podrá aguantar un mejor grado de intensidad que otro. Es importante que el adulto mayor practique una actividad física moderada ya que la persona se sentirá mejor, por lo tanto se conseguirá un mejor desarrollo intelectual y psicomotor, con lo que se aumentará la autoestima, la imagen corporal y disminuirán los niveles de ansiedad, estrés y depresión.



Es por esto que según la inmovilidad que sufra cada individuo y el nivel de la enfermedad se practique fisioterapia en el anciano, ya que le ayudará a fortalecer sus músculos así como a adquirir un mayor nivel de seguridad en su cuerpo. Hay que tener en cuenta que la fisioterapia debe ser aplicada siempre la persona mayor por un profesional, si no se corren riesgos de sufrir lesiones de peor grado. Con la **fisioterapia para ancianos** podrán llevar una vida con una mayor autonomía y sentirse mejor consigo mismos. todos los centros Lares C.V. disponemos de servicios de fisioterapeuta con los que los ancianos podrán adquirir una mayor calidad de vida y así afrontar la última etapa con una mayor dignidad.

Los estudios indican que las personas mayores que son más activas físicamente son capaces de responder igual o en algunos casos hasta mejor que personas más jóvenes en ciertas actividades físicas. Es por ello que el ejercicio se considera la modalidad de rehabilitación primaria en el caso de las personas adultas mayores. **Síntesis de los datos:** se ofrece la fundamentación de los principales procesos propios del envejecimiento, los cambios estructurales que este genera y sus consecuencias fisiológicas o fisiopatológicas; Se incluye el término "Envejecimiento Activo", propuesto por la OMS, que conlleva estrategias de promoción de salud y prevención de las deficiencias y las discapacidades e involucra programas de ejercicio físico o actividad física practicados de manera regular.

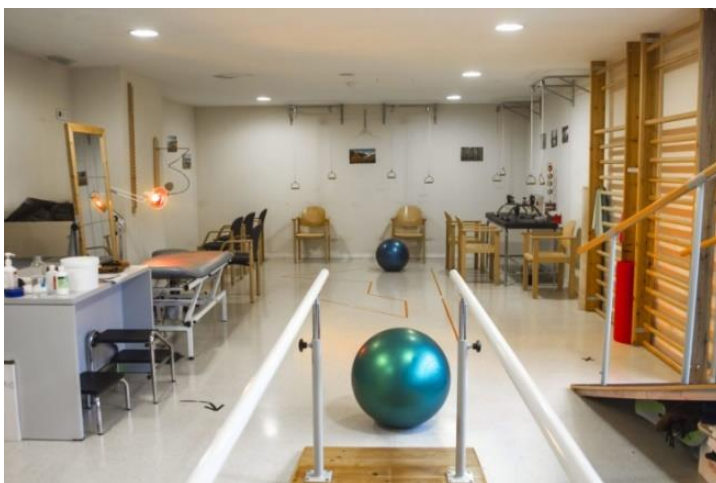
La fisioterapia ayuda a promover, prevenir, curar y recuperar la salud de los individuos, varios de sus Programas están destinados a tratar los problemas de discapacidad generados por enfermedades como el Parkinson, Alzheimer, Artritis, Fracturas, Osteoporosis, caídas y problemas cardiorrespiratorios. Promueven el movimiento y la independencia mediante ejercicios, técnicas de relajación, manejo del dolor, cuidados cardiorrespiratorio y otros. **La osteopatía y las personas mayores:** La Osteopatía es un método de salud manual, nada invasivo, que se hace con técnicas suaves, y que puede ayudar en muchos trastornos de salud en las personas mayores, como en enfermedades crónicas degenerativas, artritis, artrosis, osteoporosis, toda clase de dolores musculoesqueléticos, y pérdidas de equilibrio y movilidad. Merece destacar su papel de soporte o coadyudante de la Medicina Convencional en las enfermedades crónicas y degenerativas.



APT_N_COFENAT reivindica el gran impacto que puede tener la Osteopatía sobre la salud y en la economía, como consecuencia de la reducción de la morbilidad, de las visitas de urgencia, de hospitalizaciones, de uso de medicamentos, e incluso de la mortalidad. **Al igual que la OMS, APT_N_COFENAT** demanda la implementación de la Osteopatía y las Terapias Naturales en los sistemas públicos de salud porque supone un beneficio para la salud y contribuye al mantenimiento económico del sistema. **Valencia, 25 de septiembre de 2015. Según la ONU y la OMS**, se está produciendo una verdadera revolución demográfica en todo el mundo por el aumento de la población de las personas mayores. Actualmente hay más de 600 millones de personas de más de 60 años y en 2050 se aproximarán a los 2.000 millones (el 20% de la población mundial). Vivimos más tiempo por la mejora general de la calidad de vida, la alimentación y los avances de la medicina. Y, aunque no en todos los sitios estas condiciones son iguales, el crecimiento es generalizado. Las personas mayores desempeñan un papel cada vez más importante en la sociedad, por sus conocimientos y experiencia, en el cuidado de sus familias y trabajando. Por ejemplo, en España, el cuidado de personas dependientes y enfermas es, en su mayoría, llevado a cabo por personas mayores, especialmente por mujeres. Pero para eso, y para gozar de una vida plena, es necesario asegurar que las personas mayores disfruten de una adecuada salud. Por desgracia, con la edad, la salud empeora y la calidad de vida se reduce, por lo que se deben emplear más recursos humanos y económicos para su atención. El responsable de la Comisión Científica de Osteopatía de la

Asociación de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (APTN_COFENAT), Gabriel Díaz, analiza qué puede hacer la Osteopatía en las personas mayores.

Aportación de la Osteopatía a las personas mayores: La Osteopatía quiere aportar su granito de arena, ayudando a que las personas mayores puedan tener una mejor calidad de vida y a valerse por sí mismas. **La Osteopatía puede ser útil a las personas mayores:** La Osteopatía favorece a las personas mayores y puede ser muy beneficiosa para ellas, cumpliendo una valiosa labor preventiva. Influye positivamente sobre las estructuras corporales y en las funciones que estas estructuras realizan. También, porque las personas mayores tienen muchos problemas que pueden disminuir su calidad de vida, y la atención osteopática es el método eficaz para el alivio del dolor, para mejorar la movilidad y para estimular el sistema inmunológico.



Se emplea la Osteopatía en las personas mayores y en qué casos concretos se usa: La Osteopatía es un método de salud manual, nada invasivo, que se hace con técnicas suaves, y que puede ayudar en muchos trastornos de salud en las personas mayores, como en enfermedades crónicas degenerativas, artritis, artrosis, osteoporosis, toda clase de dolores musculoesqueléticos, y pérdidas de equilibrio y movilidad. Merece destacar su papel de soporte o coadyudante de la Medicina Convencional en las enfermedades crónicas y degenerativas. En este sentido, desde APTN_COFENAT se quiere reivindicar el gran impacto que puede tener la Osteopatía sobre la salud y en la economía, como consecuencia de la reducción de la morbilidad, de las visitas de urgencia, de hospitalizaciones, de uso de medicamentos, e incluso de la mortalidad.



Evidencias científicas de ello: Si, por ejemplo, se sabe que el trabajo osteopático en personas mayores dos veces al mes mejora el estado de salud de los ancianos, reduce el número de visitas a urgencias y de hospitalizaciones, y también, disminuye el uso de medicamentos. **Como demuestra un estudio piloto realizado en el Colegio de Medicina**

Osteopática de la Universidad de Kirsville, publicado en la revista de la Asociación Americana de Osteopatía en agosto de 2012, sobre residentes en hogares de ancianos (1), las personas mayores están, en general, en un estado de mala salud, con dolor diario, pocos son independientes en sus actividades cotidianas y la mayoría toma una gran cantidad de medicamentos. Otro estudio, concluye que la Osteopatía mejora el equilibrio postural y previene de caídas en personas mayores, lo que puede tener un impacto en la salud y en la economía, como consecuencia de la reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada a las caídas, ya que muchas de éstas son causadas por problemas de equilibrio y son el motivo principal de lesiones en personas de edad avanzada.

Las personas mayores pueden obtener mejoras en su equilibrio mediante técnicas, nada agresivas, de Osteopatía estructural (musculo esquelética) y suaves y delicadas técnicas de Osteopatía craneal con tan sólo 4 sesiones, 1 a la semana, durante 4 semanas, cada una de 25 a 30 minutos. Así lo evidencia un estudio piloto realizado por el Colegio de Medicina Osteopática en Fort Worth, en el Centro de Investigación de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte de Texas, publicado en la revista de la Asociación Americana de Osteopatía en enero de 2011, sobre los efectos del tratamiento manipulativo osteopático en el equilibrio en pacientes de edad avanzada (2). **Los servicios de Osteopatía deberían estar incluidos en la sanidad pública:** Sí, desde APTN_COFENAT se considera que el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, junto a cuestiones sociales y económicas son motivos que apremian la utilización de la Osteopatía, por ser beneficiosa y suponer un ahorro para la sanidad, tanto pública como privada.



Por eso, al igual que la OMS, APTN_COFENAT demanda la implementación de la Osteopatía y las Terapias Naturales en los sistemas públicos de salud porque supone un beneficio, no sólo para salud, sino que también contribuye al mantenimiento económico del sistema. Y para ello, es necesario desarrollar y fortalecer la colaboración entre los sectores de la Medicina Convencional y la Medicina Complementaria y Alternativa, ya que la sostenibilidad de nuestro estado de bienestar y del sistema de salud mejoraría con la inclusión de la Osteopatía y las Terapias Naturales.

CV del experto: Gabriel Díaz García es el responsable de la Comisión Científica de Osteopatía de la Asociación de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (APTN_COFENAT). Desde finales de los 80 ejerce la práctica de la Osteopatía -es uno de los primeros que la introdujo en España- y de las Terapias Manuales. Está formado por el Real Centro Universitario María Cristina, adjunto a la universidad Complutense de Madrid, la Universidad de Santiago de Compostela y otros centros en varias disciplinas además de la Osteopatía, como son la Naturopatía, Homeopatía, Acupuntura, etc. Se dedica a la docencia y ha escrito una serie de libros, la mayoría relacionados con la Osteopatía. Tiene una mención especial por sus trabajos de investigación en Osteopatía y su aportación al Hábeas Científico de la Naturopatía (Federación Española Profesional de Naturopatía). Ha participado en numerosos simposios, congresos, seminarios y ponencias.

Sobre APTN_COFENAT: La Asociación de Profesionales y Autónomos de las Terapias Naturales (APTN_COFENAT) es una entidad asociativa y profesional de ámbito nacional con 30 años de historia que reúne a más de 10.000 profesionales y a un centenar de 100 escuelas de negocio. El objetivo fundamental de APTN_COFENAT es la representación y defensa de los intereses de todos los profesionales que ejercen y trabajan con Métodos Naturales de Salud, cuya denominación en la Unión Europea es la de Medicina Complementaria y Alternativa (CAM) y la de Medicina Tradicional y Complementaria (MTC), según la Organización Mundial de la Salud. Asimismo, APTN_COFENAT vela por la seguridad de los usuarios de estas técnicas promoviendo la información y la creación de un entorno profesional de aplicación de estas Terapias. APTN_COFENAT ostenta la Secretaría General de EFCAM (European Federation for Complementary and Alternative Medicine). La osteopatía no es fisioterapia, El fisioterapeuta no es osteópata, Hoy es un día maravilloso para sonreír.



3.22. SERVICIOS RELIGIOSOS

ATENCIÓN ESPIRITUAL

Habitaciones individuales particularmente acondicionadas: Todo el personal del Complejo Socio Sanitario, a través del acompañamiento, la escucha y la comprensión, trata de minimizar con gran cercanía humana las consecuencias emocionales que en las familias y los pacientes se generan cuando atraviesan la vivencia de una enfermedad en fase terminal. **Desde el año 2008, EL Obispado de Valencia y la Generalidad Valenciana desarrolla el Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas;** El objetivo es contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas que experimentan una situación especialmente vulnerable mediante la atención a los aspectos emocionales, sociales y espirituales, y ofrecer apoyo a los profesionales que se encargan de atenderlas.

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores



Las personas que sufren enfermedades graves necesitan una atención integral, que dé respuesta a las cuestiones médicas, psicológicas, sociales y espirituales, y que tenga en cuenta el bienestar del cuidador y la preparación para los momentos de duelo; En este sentido, los profesionales de las unidades de cuidados paliativos de las Clínicas residenciales Geriátricas, Hospitales, etc. Realizan una labor muy importante.



El Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas, se propone complementar su actuación mediante actividades asistenciales, de formación y de seguimiento, a través de los 29 equipos de atención psicosocial que prestan su apoyo a más de cien Clínicas Residenciales Geriátricas, hospitales, etc. En la Comunidad Valenciana.

3.23. SERVICIOS FUNERARIOS. (MISIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS)



Aplicar prácticas sanitarias sobre cadáveres, restos cadavéricos y restos humanos, incluyendo la administración, gestión y explotación de los cementerios municipales y crematorios del Ayuntamiento de Gandia o cualquier ciudad de España, así como los servicios de mantenimiento y guarda y custodia de las instalaciones, y gestión de las unidades funerarias (concesiones). Para ello estamos orientados a la mejora continua de nuestros servicios buscando la

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO (PILES)

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

satisfacción de nuestros clientes y las personas de la organización, actuando con criterios socialmente responsables y de sostenibilidad.

3.24. CAFETERÍA

La cafetería es una de las estancias que hace de punto de encuentro entre familiares y residentes. Las distintas cafeterías que existen en cada centro tratan de ser un lugar cómodo y confortable para poder recibir en ellas las visitas, llevar a cabo celebraciones, en ocasiones actuaciones musicales y utilizar este lugar como marco de actividad lúdica y distracción.



En el servicio de cafetería no se servirán bebidas alcohólicas si así lo indica la prescripción médica y facultativa. Se llevará un control de los productos que en ella se ofrecen para evitar cualquier incidencia en el estado de salud del residente. El servicio persigue la comodidad y el bienestar, proporcionando una amplia cartera de trabajos estéticos con tarifas populares.

3.25. RESTAURANTE



La importancia del servicio al cliente en un restaurante, familiar de un residente: En primer lugar vamos a definir que es el servicio al cliente pues bien es un conjunto de actividades que brinda una empresa a sus clientes para ofrecer un producto en el momento, pedidos o reclamos, atender sus consultas etc... **La importancia del servicio al cliente es atraer al cliente y que este mismo vuelva porque de ello depende el consumo y la ganancia de la empresa**, en cuanto a un restaurante se debe al grado de satisfacción que experimenta un cliente relacionada con la atención recibida, la eficiencia del servicio recibido y la manera en que el servicio fue entregado también debemos tener en cuenta los siguientes puntos como:

- ✚ El manejo de las quejas, que proporciona formularios de comentarios para que el cliente pueda sentirse más cómodo.

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

- ✚ Se debe comprender la queja que tiene el cliente y escuchar con atención todo,
- ✚ Reconocer el problema y hacerle saber al cliente que su queja ha sido tomada en cuenta y será solucionada
- ✚ Fiabilidad (como ofrecer servicios correctos, gestionar los problemas de los clientes con eficacia.)
- ✚ Capacidad de respuesta (como el deseo de ayudar a los clientes, estar listo para responder a las peticiones de los clientes.)
- ✚ Garantía y seguridad (que los empleados tenga confianza en ellos mismos, que sean amables con los clientes, hacer que los clientes se sientan cómodos y seguros.)
- ✚ Empatía (dar a los clientes una atención personalizada, que los empleados traten con mayor interés al cliente)
- ✚ Elementos físicos (tener equipos modernos, tener un horario adaptado al cliente, que los empleados tengan una apariencia limpia y profesional, que las instalaciones sean visualmente atractivas para el cliente.

Aspectos que debemos tener en cuenta en un restaurante:

- ✚ El personal del restaurante debe estar capacitado
- ✚ Los precios del restaurante deben de ir de acuerdo a la cantidad de alimento que se sirva y debe ser cómodo para el cliente.
- ✚ El producto que se brinde al cliente debe estar inocuo.
- ✚ el servicio de limpieza e higiene es muy importante ya que todo se tiene que ver limpio y atractivo para el cliente.

Para que un restaurante logre la calidad de su servicio debe cumplir con las necesidades y expectativas de sus clientes, ya que ya que ellos son los más importantes y quienes determinan que tan bueno es el servicio ofrecido por un establecimiento en particular. Ahora vamos a explicar los 10 pasos más importantes para darles un buen servicio a nuestros clientes y que al abandonar nuestro local se vayan con la satisfacción de haber recibido un trato adecuado. Bienvenida y sentar al cliente:

- ✚ en cuanto entre al local darles la bienvenida y hacerle sentir cómodos en el lugar.

Sugerir al cliente:

- ✚ el menú haciendo hincapié en la especialidad del día, sugerirles las bebidas y las entradas correspondientes.

Bebidas y la toma de comanda:

- ✚ Llevar a la mesa las bebidas y ofrecerse al cliente por si tienen alguna duda con el menú.
- ✚ Apuntar el pedido del cliente en el orden correspondiente
- ✚ Preguntar al cliente si desea algún aperitivo o entrante mientras espera a que le sirvamos

Pasar la orden:

- ✚ Aquí haremos hincapié en que dependiendo del restaurante se pasara la orden mediante el ordenador o bien se pasara la orden directamente a la cocina

Iniciando el servicio:

- ✚ Revisar el pedido antes de llevarlo a la mesa
- ✚ Si hay niños llevar estos menús los primeros
- ✚ Cuando todos los platos estén servidos, se debe de preguntar al cliente: ¿hay algo más que pueda traerles o servirles?

Revisar la mesa constantemente:

- ✚ Preguntar especialmente como está la comida
- ✚ Si el cliente necesita algo más (servilletas, bebidas, mantequilla, pan, etc.) llevarlo inmediatamente

Estar siempre atentos durante el servicio:

- ✚ Anticiparse en todo momento a las necesidades y peticiones del cliente
- ✚ Retirar vajilla y cubertería innecesaria que haya en la mesa
- ✚ Estar pendiente en todo momento de las señales del cliente
- ✚ Que los mozos brinden un buen servicio, un servicio rápido, ya que en caso contrario el cliente no volvería al mismo lugar.

Presentar y ofrecer los postres:

- ✚ Presentar la carta de Postres
- ✚ Sugerir los postres del día o de la casa
- ✚ Si el cliente declina el postre ofrecer café o infusiones

La cuenta, terminando la mesa:

- ✚ Una vez el cliente pida la cuenta, esta no debe demorarse más de 3-4 minutos
- ✚ Repasar la cuenta antes de entregarla, verificar que esta todo correcto
- ✚ Preguntarle al cliente si desea algo más

Despedida del cliente:

- ✚ Despedirnos del cliente, agradeciéndole su visita

Instrumentos para evaluar la calidad de atención en el restaurante: Asume que los clientes establecen la calidad del servicio en función de la diferencia entre las expectativas acerca de lo que recibirán y las percepciones de lo que se les entrega. Conclusión:

- ✚ Prestar un buen servicio nos da la posibilidad de que el cliente vuelva y con eso más que un cliente ganamos un "amigo"

3.26. GIMNASIO PARA PERSONAS MAYORES.



Gimnasios para la tercera edad: Beneficios y recomendaciones: Cuando escuchas la palabra "gimnasio", ¿piensas en divertidas clases, entrenadores personales y socializar con amigos? ¿O asocias el gimnasio con ruidos fuertes, música a todo volumen y máquinas enormes que no sabes para qué sirven? **Si el ambiente de gimnasio que imaginas te hace sentir incómodo, es posible que te sorprenda saber que un gimnasio para adultos mayores podría hacerte cambiar de opinión.** Un gimnasio para personas mayores no solo ofrece todos los beneficios de otros gimnasios, sino que también ofrece una amplia gama de programas de ejercicios para personas mayores, ideal para aquellos que comienzan una nueva rutina de ejercicios o aquellos que han estado inactivos por un tiempo.

Mejores precios y descuentos: Las tarifas diarias o mensuales con descuento para personas de cierta edad son el primer indicador del nivel de aptitud para personas mayores de un gimnasio. Un gimnasio que está dispuesto a descontar sus cuotas para adultos mayores es un gimnasio que quiere abrir sus puertas a ese grupo demográfico.

Clases solo para mayores: La mayoría de los gimnasios ofrecen varios tipos de clases para los miembros, y muchos gimnasios van más allá para ofrecer clases diseñadas específicamente para entrenamientos para personas mayores, salud o nutrición.

Equipo diseñado para personas mayores: Ciertos tipos de equipos de gimnasia pueden ser confusos o incluso peligrosos para las personas mayores. Las complicadas barreras de entrada y salida y las confusas opciones de peso y velocidad pueden dificultar el uso de muchas máquinas de ejercicios para adultos mayores. Algunos gimnasios tienen equipos que cuentan con mecanismos fáciles de usar para limitar el riesgo de lesiones y tensión en las articulaciones y

los músculos. Asegúrate de preguntar sobre cualquier equipo de este tipo durante un recorrido por una instalación de este tipo.

Entrenadores personales para mayores: Si bien casi todos los gimnasios emplean entrenadores personales, muchos cuentan con al menos un entrenador acreditado para trabajar con personas de la tercera edad. Pregunta acerca de los entrenadores personales de un gimnasio y si alguno de ellos está especialmente certificado para trabajar con adultos mayores.

El sistema de amigos: El sistema de amigos es cuando un gimnasio une a un miembro con otro para dar a cada persona un compañero de entrenamiento. Ir al gimnasio con otra persona puede ser mucho menos intimidante que ir solo, y algunos gimnasios emparejan a personas mayores con otras de la misma edad.

Tener un compañero de entrenamiento puede lograr más que simplemente ayudar a uno a superar su intimidación del gimnasio. Una vida más larga y saludable también puede fomentarse a través de la interacción social que promueve un sistema de amigos. Los estudios han demostrado correlaciones entre la actividad social y la vida útil entre los adultos mayores.

Gimnasios sólo para mayores: Los gimnasios exclusivos para personas mayores han estado apareciendo en masa en los últimos años a medida que la nueva generación de adultos mayores entra en la edad de jubilación. **Como su nombre indica, un gimnasio solo para personas mayores es uno que restringe la membresía a personas que tienen al menos una cierta edad, por lo general 50, 55 o 60 años.** La restricción de edad no es lo único que distingue a estos gimnasios. Los gimnasios solo para personas de la tercera edad cuentan con máquinas de ejercicios de bajo impacto que son fáciles de usar y suaves para el envejecimiento de las articulaciones y los músculos. Los programas están diseñados pensando en los adultos mayores, y los capacitadores e instructores a menudo están específicamente entrenados para trabajar con personas mayores. Algunos miembros del personal pueden incluso ser personas mayores. Una ausencia de pesos libres significa menos ruidos fuertes, y en lugar de explotar el rap moderno o la música rock, las melodías de fondo suelen estar orientadas hacia los gustos de una generación más antigua y se reproducen a un nivel de decibelios más bajo. Con todo, estos gimnasios ofrecen un ambiente cómodo para adultos mayores y los harán regresar.

Programas de ejercicios para personas mayores: Cuando se trata de la buena forma física, incluir una variedad de ejercicios en tu rutina diaria es un componente clave para ayudarte a mantener tu movilidad, y el gimnasio es el lugar perfecto para hacerlo. **No solo tendrás acceso a instructores de acondicionamiento físico certificados,** sino que también tendrás todo el equipo y las clases que necesitas para crear una rutina de entrenamiento equilibrada con los cuatro tipos de ejercicios que te permitan vivir un envejecimiento activo y saludable:

Fuerza: Levantar pesas es una excelente manera de fortalecer tus músculos, pero asegúrate de tener un entrenador certificado para poder ayudarte. Si no te sientes cómodo levantando pesas, las bandas de resistencia son una excelente alternativa. También puedes usar tu propio peso corporal para hacer estos estiramientos y experimentar los beneficios del entrenamiento de fuerza.

Equilibrio: experimentar una pérdida de equilibrio se vuelve más común con la edad, pero inscribirse en una clase de tai chi, por ejemplo, en un gimnasio para personas mayores mejorará tu equilibrio y te ayudará a mantenerte en pie. El Tai Chi también viene con muchos otros beneficios para la salud, incluido el acondicionamiento aeróbico, la flexibilidad y la fuerza muscular.

Aeróbico: al aumentar la respiración y la frecuencia cardíaca, los programas de ejercicios aeróbicos para personas mayores fortalecen el corazón, los pulmones y el sistema circulatorio. Puedes disfrutar de una caminata o trotar en la cinta de correr, nadar en la piscina o tal vez incluso una clase de bailes de salón.

Flexibilidad: hacer ejercicios de flexibilidad no solo estirarás tus músculos, sino que también te ayudará a realizar tareas sencillas que realizas en tu vida diaria, como atarte los zapatos. Afortunadamente, la mayoría de los gimnasios para

personas de la tercera edad ofrecen clases de yoga, que es uno de los mejores ejercicios de flexibilidad. **También debemos pensar en el gimnasio para personas mayores.** Cuando se piensa en ejercicio muchas veces se tiene la idea de una rutina llena de movimientos complicados y agotadores. Eso puede acabar con las buenas intenciones de muchos, particularmente de las personas mayores que buscan actividades efectivas pero al mismo tiempo amable con su cuerpo. Afortunadamente, existen muchas opciones prácticas que se pueden encontrar en los gimnasios modernos, las cuales son capaces de prestar atención personalizada a sus clientes. **A continuación te mostraremos algunas de las mejores recomendaciones en ejercicios** si deciden ir al gimnasio personas mayores que por su efectividad a la hora tonificar el cuerpo y mejorar la salud son adecuados también para personas jóvenes.

Recomendaciones de ir al gimnasio para personas mayores: Pese a que estos ejercicios no requieren grandísimos esfuerzos, sí permiten elevar gradualmente el grado de complejidad de los movimientos de una manera para nada aburrida.

Ir al gimnasio con Gimnasia pasiva: Para los principiantes, la gimnasia pasiva es extraordinaria porque ayuda a aportar flexibilidad y fuerza al cuerpo mientras mejora la capacidad respiratoria y cardiovascular suave y progresivamente. Es perfecta para empezar sin prisa pero con miras a alcanzar metas que exijan una mayor demanda física.

Aquaeróbics con ejercicios para adultos mayores: Los ejercicios aeróbicos son los favoritos de los entrenadores porque son la mejor opción que existe para mejorar la salud de los pulmones y el corazón. Como dependen de la oxigenación de cuerpo para la quema de grasas y carbohidratos, son muy recomendables cuando se requiere bajar de peso. Si quieres estos beneficios pero mejorados, prueba con los aquaerobics o aeróbicos acuáticos, que además de mejorar tu resistencia y capacidad cardiopulmonar, tonifican tus músculos. Eso se debe a que cada movimiento, por sencillo que parezca, exige más trabajo cuando se realiza dentro del agua. Esta es una de las mejores opciones en ejercicios para personas mayores.

3.27. YOGA





El yoga es algo similar a los aeróbicos acuáticos porque utiliza movimientos suaves y controlados que en realidad exigen mucho a nivel muscular y obligan al cuerpo a oxigenarse para con el tiempo, ir ganando resistencia. Hay quienes dicen que el yoga es mágico porque además permite mejorar la conexión entre el cuerpo y la mente, así que seguro vale la pena probarlo.

El gimnasio también es para los mayores: A muchas personas mayores se les debería prescribir la realización de ejercicios de fuerza muscular para mejorar su salud articular. Cuando preguntamos a los médicos, nos recomiendan hacer ejercicio. Cuando vemos anuncios de alimentación en televisión, vemos que abajo en pequeño nos dicen: 'Realice actividad física'. Y es que la práctica de ejercicio físico es más importante de los que nos pensamos: todos los estudios científicos hasta la fecha confirman los beneficios de la práctica de un estilo de vida activo. **El estilo de vida activo va mucho más allá de la buena forma física** para terminar un maratón o un triatlón en el mejor tiempo posible, en levantar el mayor número de kilos en el gimnasio o en quemar el mayor número de calorías para lucir la mejor silueta en la playa. **Me gustaría explicar las mejoras que puede tener para las personas un entrenamiento de fuerza.** Todos sabemos que la estructura de nuestro cuerpo está formada por huesos, tendones y músculos, además de muchos más tejidos. El entrenamiento de fuerza es básico para la prevención de lesiones y el mantenimiento de la forma física deportiva y también un estado de salud óptimo. ¿Alguien ha visto a un anciano de 70 años en el gimnasio? ¿Y de 85? ¡Pues es a ellos a los que más beneficia el entrenamiento de fuerza! A muchas personas mayores se les recomienda caminar diariamente, y es un ejercicio muy aconsejable para todas las edades con numerosos beneficios, pero a la vez que se les prescribe ese ejercicio, también se les debería prescribir la mejora de sus niveles de fuerza muscular en búsqueda de la salud articular.

Los estudios nos han demostrado que el entrenamiento de fuerza mejora enormemente la salud del sistema nervioso y la coordinación, disminuye la osteoporosis, regula el sistema hormonal, etc. Además, las personas que llevan a cabo un programa de entrenamiento de fuerza dirigido por un profesional cualificado, tienen menos caídas y por consiguiente menos riesgo de fracturas de cadera, es más difícil que tengan la necesidad de utilizar andadores o silla de ruedas, tienen menos molestias articulares y dolores de espalda, y también tienen más ganas de hacer otras actividades como caminar o pasear porque se encuentran en mejores condiciones. **Esto no quiere decir que a partir de mañana todas las personas mayores se vayan a apuntar al gimnasio e intenten levantar el mayor número de kilos.** Lo que no se ha trabajado en los últimos años no lo vamos a lograr en un día, pero sí que se puede empezar progresivamente adaptando la dosis adecuada a cada persona según su nivel y experiencia previa. Mi recomendación siempre es acudir a

un profesional cualificado y no ponerse en manos del primero que se nos presenta. Lo ideal es acudir a un equipo multidisciplinar compuesto por médicos, fisioterapeutas y licenciados en ciencias de la actividad física y el deporte.

Y recuerde, tenga la edad que tenga, antes de iniciar cualquier actividad física debe informar a su médico para que evalúe su aptitud física.

3.28. ACTIVIDADES DEPORTIVAS PARA LAS PERSONAS MAYORES

Nueve deportes adecuados para los mayores: Elegir el deporte más acorde con sus necesidades tiene muchos beneficios físicos y psicológicos para los adultos mayores. **Las personas mayores tienen unas condiciones físicas y un estilo de vida diferentes.** Por lo tanto, a la hora de escoger un deporte adecuado para ellas, el objetivo debe ser mejorar su calidad de vida y evitar el deterioro del cuerpo. Por eso, algunos deportes son más apropiados que otros para este colectivo. Si elegimos bien los más apropiados (caminar, ejercicio en el agua, yoga, taichí, Pilates, baile, etcétera) les aportarán grandes beneficios si los practican con cierta continuidad. **Beneficios y ventajas de hacer deporte en personas mayores:** Los principales beneficios del ejercicio para los mayores son que les mantiene en buen estado de salud, les proporciona un gran incentivo personal, les ayuda a desarrollar su condición física, les hace mantener una rutina cotidiana basada en hábitos de vida saludables, promueve su envejecimiento activo y les ayuda a relajarse. Entre los beneficios concretos asociados al deporte en los mayores encontramos: **Los ejercicios cardiovasculares aumentan la esperanza de vida y ayudan a prevenir enfermedades**, disminuyen la tasa de mortalidad y reducen los riesgos de patologías crónicas específicas, incluyendo las coronarias. También ayudan en el tratamiento y la prevención de la osteoporosis, y reducen la hipertensión, bajando la presión arterial sistólica.

- a) El deporte ayuda a mantener y mejorar la musculatura y densidad ósea. Así, se evitan dolores de espalda y se fortalecen articulaciones tan importantes como la cadera.
- b) También es muy beneficioso para la salud mental: mejora la autoestima, las funciones intelectuales, las relaciones sociales y los hábitos de sueño. El ejercicio físico combate además la depresión y el estrés.
- c) Incrementa la independencia funcional, por lo que eleva la habilidad del adulto mayor en sus quehaceres diarios.
- d) Al hacer ejercicio se mejora el apetito y los deseos de comer alimentos saludables.
- e) Además, las personas mayores se motivan más cuando la participación en una actividad física conlleva otros grandes beneficios, como bienestar socio-psicológico. La actividad física realizada en pareja o grupo es un aliciente y mejora las relaciones sociales de los mayores.
- f) Por todos estos factores, es recomendable que los mayores realicen alguna actividad física de forma regular, unas 3 ó 4 veces por semana, con una duración moderada de 20 a 30 minutos. Además, los ejercicios elegidos deben tener el mínimo impacto sobre las articulaciones.
- g) El adulto mayor tiene unas necesidades diferentes y unas mayores limitaciones físicas que una persona de mediana edad. Por eso la intensidad del ejercicio debe de ser de frecuencia y duración más baja. El tipo de deporte debe ser de intensidad media o baja y nunca sobrepasar el 85% de la frecuencia cardiaca máxima.

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores



Caminar o pasear, es uno de los mejores ejercicios que puede hacer una persona mayor. Es el deporte más económico que existe y además es sano, combate el sedentarismo y el riesgo de lesión es extremadamente bajo. Caminar a una velocidad rápida y constante 3 ó 4 días por semana durante unos 40 minutos es suficiente para mantenerse en forma. También mejora la densidad ósea de los huesos, por eso es altamente recomendable para todo el mundo, en especial para mujeres que tras la menopausia tienen más riesgo de padecer osteoporosis y para mayores con problemas de sobrepeso o cardiovasculares. Lo más recomendable es caminar en pareja o en grupo. De esta forma se aumenta el incentivo, se mejoran las relaciones sociales de los mayores y se incrementan las posibilidades de practicar ejercicio, ya que en solitario es mucho más aburrido. Otra variante de la caminata es el senderismo. Para practicarlo, no hacen falta materiales muy especializados ni mucha preparación técnica ni física. Basta con escoger un sendero transitable y homologado de dificultad mínima que resulte idóneo para niños, mayores y personas con dificultades. El senderismo tiene el plus de ser un deporte al aire libre y en contacto con la naturaleza, por lo que aumenta el bienestar de los mayores.



El ciclismo es uno de los ejercicios más eficaces para quemar grasa y elevar el metabolismo. También aumenta la resistencia física, por lo que mejora la capacidad de los mayores para realizar sus tareas cotidianas. Asimismo, ayuda a mejorar el equilibrio y la coordinación. **Montar en bicicleta también fortalece los huesos y disminuye las fracturas.** Además, se fortalecen los ligamentos y tendones, rebajando la inflamación de la artrosis. En algunos casos específicos, puede ser recomendable usar protectores como muñequeras y tobilleras.



El baile es un deporte muy completo y una actividad social muy placentera que encanta a muchos mayores. Bailar ayuda a mantener el peso, mejora el equilibrio y aporta mayor agilidad. También entrena el corazón y otros músculos del cuerpo, por lo que es altamente recomendable para personas con riesgo cardiovascular (a un ritmo medio, no demasiado rápido), ya que con una hora tres veces a la semana es suficiente para bajar los niveles de colesterol en sangre. **A nivel psicológico produce bienestar, relajación y alegría.** Bailar con otras personas, moverse y socializar aumenta la autoestima y promueve el envejecimiento activo. También es bueno para mejorar la atención, la concentración y la memoria porque la persona tiene que aprenderse los pasos y coordinarse con su pareja.



La natación es el ejercicio acuático es un deporte muy completo que entrena músculo, resistencia y quema calorías. Asimismo, mejora el estado del sistema óseo y de las articulaciones y la capacidad de movimiento, ya que debajo del agua el cuerpo pesa menos. La natación además abre el apetito y permite a los mayores descansar mejor por las noches. Nadando se elimina el exceso de sustancias estresantes que nuestro propio organismo genera, como el cortisol.



Aquafitness: Los cursos de Aquafitness dirigidos a las personas mayores son de baja intensidad y priorizan, sobre todo, la higiene postural. Además, al ser un deporte aeróbico puede llegar a quemar muchas calorías. Otro aspecto positivo del aquafitness es que también fortalece los músculos del cuerpo. Desde el punto de vista social favorece las relaciones sociales, aportando felicidad a los mayores. También mejora su descanso. Otro deporte estrella para los adultos mayores es el yoga. Es un deporte suave que aporta múltiples beneficios al cuerpo y a la mente. Mejora toda la zona vertebral, ayuda a corregir la postura mediante estiramientos y tonifica los músculos de todo el cuerpo. El yoga

Nuestros profesionales al cuidado de los mayores

incrementa la oxigenación del cuerpo porque se enseña a la persona a respirar de una forma más correcta y más profunda. Los ejercicios de respiración también son valiosas técnicas de control del estrés y relajación. El aprendizaje de las diversas posturas y ejercicios que implica la práctica del yoga también es bueno para la mente porque aumenta la capacidad de concentración, de atención y la memoria, habilidades cognitivas esenciales para evitar el proceso de deterioro cognitivo asociado, por ejemplo, a enfermedades como el Alzheimer.



Taichí: Los movimientos realizados en taichí son suaves y lentos, por lo que resultan ideales para el adulto mayor. Es un deporte tranquilo que fortalece las articulaciones y tonifica el cuerpo, evitando la pérdida de masa muscular. Al tratarse de un ejercicio que también es mental, ayuda a ralentizar el proceso de deterioro cognitivo, por lo que es una forma de combatir las demencias asociadas a la edad.



Pilates: El Pilates brinda muchos beneficios a los diversos sistemas orgánicos de las personas de edad avanzada. Por ejemplo: los estiramientos suaves y lentos mejoran el sistema musculoesquelético, contribuyendo a su fortaleza y flexibilidad y corrigiendo las posturas corporales inadecuadas. El pilar principal del pilates es controlar el ritmo de la respiración, por lo que el sistema respiratorio se ve beneficiado. El control de la respiración también aporta relajación, libera tensiones y mejora la capacidad respiratoria. El sistema osteoarticular se ve favorecido con la práctica regular de este deporte, al mejorar el movimiento articular a través de técnicas de bajo o nulo impacto, mejorar el tono y la elasticidad de los ligamentos y contribuir a la irrigación y el drenaje de la articulación. Su práctica también mejora el sistema circulatorio, puesto que los ejercicios suaves y lentos mejoran el flujo sanguíneo y el transporte de nutrientes al cuerpo, los niveles de presión sanguínea se mantienen controlados y disminuye la hipertensión arterial. En lo psicosocial, permite a los mayores interactuar con otras personas de su misma edad, lo cual mejora sus relaciones sociales y disminuye las posibilidades de depresión, el estrés y la ansiedad.



Golf: A diferencia de otros deportes, el golf se puede practicar a cualquier edad. Al ser un deporte de baja intensidad, dinámico y al mismo tiempo estático, y que además se practica al aire libre, es ideal para pacientes con enfermedades cardiovasculares, metabólicas, neurológicas y del sistema músculo-esquelético. **El golf favorece la motivación personal,** el equilibrio y la coordinación de movimientos, fomenta caminar, regula la presión arterial y contribuye a mantener los triglicéridos y el colesterol a raya. Sus movimientos también tonifican la musculatura de brazos, espalda, cintura, tórax, abdominales y lumbares. Además, aporta beneficios sociales al fomentar la interacción con los demás. En definitiva, es un deporte que favorece tanto la salud física como la mental y que pueden practicar personas de todas las edades y niveles de habilidad.



COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO-SANITARIO (PILES)

ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA EN MAYORES

DEPARTAMENTO SOCIO-SANITARIO

01/01/2023

PROBLEMAS DE VISIÓN DE LOS MAYORES: Gerontología

Los problemas de visión en las personas mayores son enormemente frecuentes y sus repercusiones pueden llegar a ser muy importantes. De ahí que sea fundamental prevenirlos en la medida de lo posible, detectarlos cuanto antes y tratarlos adecuadamente. Someterse a reconocimientos periódicos nos ayudará en esta tarea.

Alrededor de un 30 por ciento de las personas mayores de 65 años tiene problemas de visión, aunque solo unos pocos de ellos sufren una alteración lo suficientemente importante como para limitarles en sus actividades cotidianas, muchos menos aún pueden ser considerados ciegos, y sabemos que ninguno de esos casos se debe simplemente a la edad.

En cualquier caso, lo que hay que tener muy claro es que el mero hecho de ser mayor no justifica la pérdida de visión y siempre que esta aparezca, debemos sospechar un problema patológico, aunque hay una excepción a esta regla, se trata de la presbicia o vista cansada.

Vista cansada

Con la edad, el ojo pierde capacidad de acomodación como consecuencia de que el cristalino (la lente que tenemos dentro del ojo) se vuelve menos elástico, lo que nos dificulta la visión nítida a distancias cortas. Ello justifica que intentemos enfocar los objetos separándolos de nuestra cara hasta conseguir ver suficientemente los detalles. Es lo que nos ocurre con la lectura, la costura y los trabajos de precisión en general.

Pero esto es algo que a los 65 todo el mundo tiene claro desde quince o veinte años atrás y ha corregido con ayuda del óptico, mediante la utilización de lentes fijas o progresivas, algo que inevitablemente hay que usar, según dice el aforismo popular, “cuando el brazo ya no alcanza más lejos”.

Miopía, hipermetropía y astigmatismo

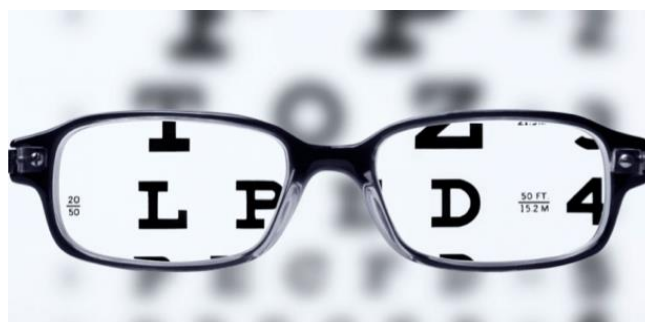
Otros problemas comunes, generalmente de aparición temprana en nuestra vida, son los defectos de refracción como la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. Cabe suponer que toda persona mayor que los tiene, está sometida a vigilancia, aunque solo sea porque periódicamente ha de cambiar de gafas, y no hay que olvidar que los cambios en la graduación pueden obedecer a modificaciones de las estructuras del ojo, como el cristalino, sin gran importancia, pero también ser el resultado de alteraciones que deben ser sometidas a vigilancia. Es por ello que la comunicación entre el óptico y el oftalmólogo es fundamental. Sobra decir que la aparición de un defecto de refracción no conocido con anterioridad, siempre debe ser estudiada por el especialista.

En relación con los defectos de refracción, es importante destacar que muchos de los problemas que se detectan al hacer un examen de salud a la población mayor, son precisamente defectos no bien corregidos, sobre todo entre las personas muy mayores, las mujeres y quienes tienen un menor nivel de instrucción. Lógicamente, la revisión periódica debería poder evitar estas situaciones.

Operación de Miopía

La operación para la corrección de la miopía es uno de los tratamientos más eficaces.

La miopía es un defecto visual que provoca mala visión de lejos conservando buena visión de cerca. Es un problema muy frecuente, padeciéndolo alrededor de un 25% de los adultos en Europa, y más del 50% en algunos países asiáticos. Suele empezar en la infancia, aumentando progresivamente hasta los 20-25 años, que es cuando se estabiliza en la gran mayoría de los casos.



Las causas de la miopía son básicamente tres. Se presenta en ojos largos en su eje antero-posterior, en ojos en que la curvatura de la córnea es muy pronunciada, y en ojos en los que cambia la densidad óptica de algunas estructuras internas (cataratas). En estos casos, la imagen de objetos lejanos no se consigue enfocar adecuadamente sobre la retina sino por delante de ella, y se percibe como borrosa. Los objetos cercanos se enfocan bien.

En la miopía influye claramente la herencia, pero cada vez se habla más de factores ambientales asociados a nuevos hábitos que pueden favorecerla (trabajo con ordenadores, actividades de cerca continuadas, etc.).

Para corregir la visión en los miopes se emplean las gafas, las lentes de contacto, y la cirugía refractiva.



Esta última ha tenido una gran evolución durante los últimos 25 años, mediante diferentes técnicas con incisiones corneales (queratotomía radial), con láser (**LASIK y PRK**) y con lentes intraoculares. No conviene realizarlas hasta que se aprecie una estabilización del defecto, por lo que raramente se utilizan en menores de 20 años.

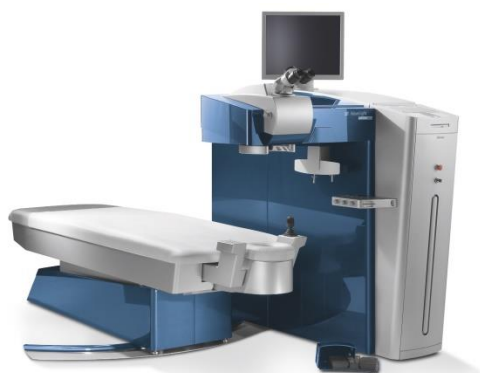
La queratotomía radial tuvo mucho auge hace unos 30-40 años, pero prácticamente ha dejado de realizarse tras aparecer las técnicas con láser, mucho más seguras, precisas y estables.

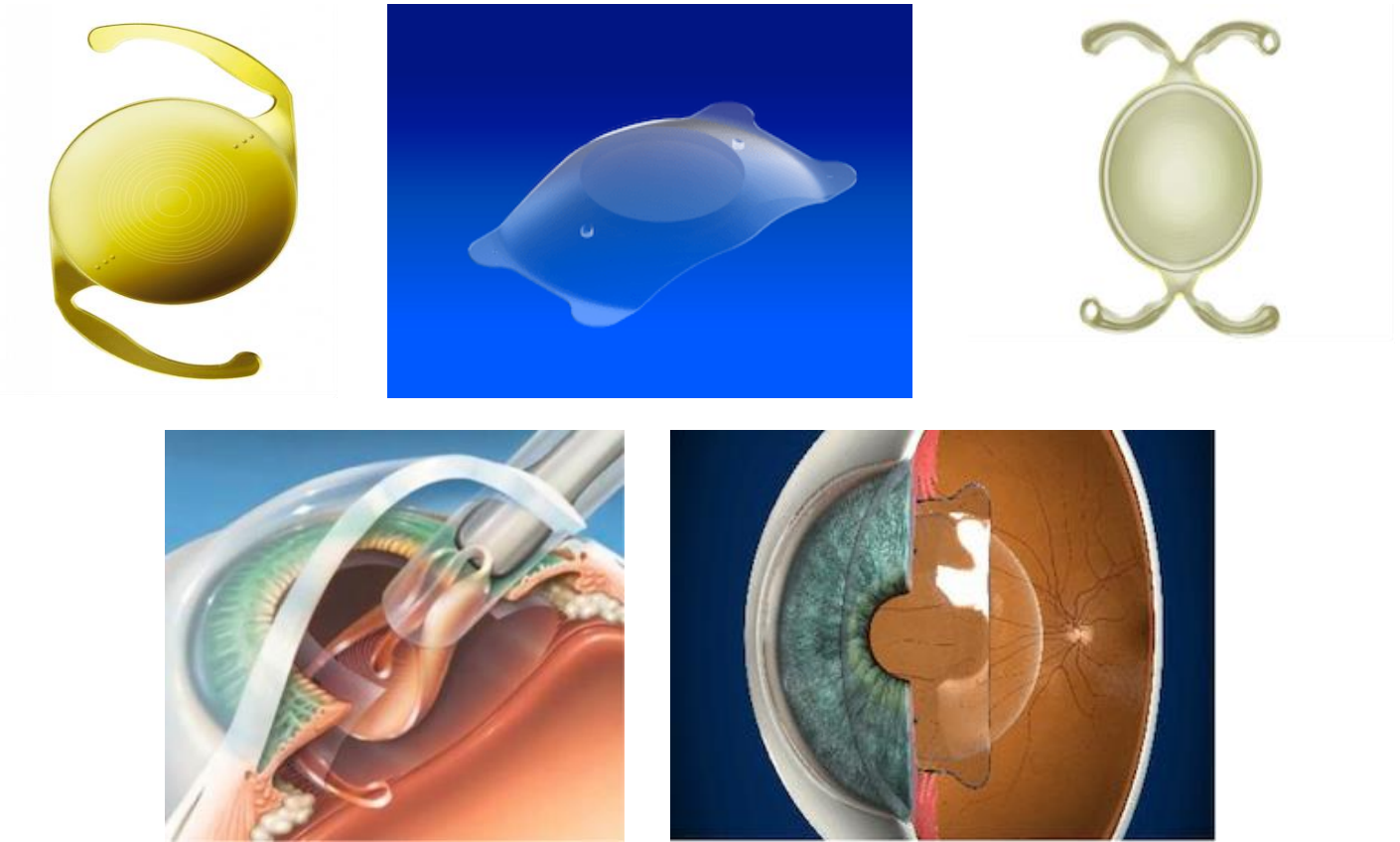
La técnica **LASIK** es la más empleada en todo el mundo por su comodidad, sus resultados inmediatos, sus escasas molestias, su precisión y su coste. Consiste en modificar la curvatura de la córnea (la pared anterior del ojo), puliéndola ligeramente mediante la aplicación de láser Excimer durante unos pocos segundos, bajo anestesia tópica (sólo gotas de colirio anestésico). Al aplanarse la córnea se consigue reducir la miopía proporcionalmente. Pueden tratarse con **LASIK** miopías de hasta unas 7-8 dioptrías si los ojos son aptos.

Los modernos aparatos de láser Excimer emiten entre 100 y 500 disparos de láser por segundo, y están dotados de muchas medidas de seguridad para aplicar el tratamiento de la forma más adecuada sobre la córnea.

Debido a que el láser adelgaza la córnea para corregir la miopía, hay que hacer un estudio preoperatorio exhaustivo para verificar si el grosor corneal de la persona miope a tratar es suficiente, y que se cumplen otros requisitos. Es importante hacer una buena indicación. No todas las personas son candidatas a este tratamiento.

Las lentes intraoculares constituyen otra muy buena opción para tratar la miopía en adultos, y con ellas pueden tratarse miopías bajas y altas (hasta unas 20 dioptrías). Ofrecen una muy alta calidad visual.



Implantes de lentes intraoculares para combatir la miopía

Existen básicamente dos tipos, las lentes pre-cristalinianas, que se implantan en ojos fáquicos (que conservan el cristalino) entre el iris y el cristalino, y las lentes intraoculares de cámara posterior que se implantan detrás de la pupila tras extraer el cristalino.

Los oftalmólogos procuramos no efectuar extracciones del cristalino en personas de menos de 50 años, a no ser que se aprecie la existencia de opacidad en él (catarata).

Estas lentes intraoculares pueden corregir también astigmatismos asociados, y pueden ser multifocales, para corregir la presbicia (vista cansada).

En los mayores de 50-55 años cada vez se realizan menos operaciones de LASIK y más con lentes intraoculares, ya que el LASIK favorece la sequedad ocular o la empeora en los que ya la padecen a estas edades, y la posibilidad de que aparezcan cataratas está más cercana. También a estas edades ya se ha presentado la presbicia, que mediante LASIK no se puede corregir y sí con lentes intraoculares.

Con el implante de lentes intraoculares de cámara posterior, se estabiliza definitivamente la graduación ocular. Si hubiera quedado un pequeño defecto refractivo, podría ser tratado mediante láser para perfeccionar la visión y conseguir la total independencia de las gafas.

Todas estas operaciones se realizan de forma ambulatoria y permiten una rápida incorporación a la actividad normal de la persona.

Tratamientos con láser para la operación de los ojos

Los tratamientos con láser para la operación de los ojos son muy diversos, Entre otros, destacamos algunos de nuestros principales tratamientos oculares:

- ✚ Operación de Miopía.
- ✚ Operación de ojos con cirugía refractiva LASIK
- ✚ Operación de Astigmatismo.
- ✚ Operación de Hipermetropía.
- ✚ Operación de Cataratas.
- ✚ Operación de Presbicia.

- ✚ Tratamiento de Glaucoma.
- ✚ Trasplante de Córnea.
- ✚ Implante de lentes Intraoculares.



Cirugía refractiva LASIK

Mediante los tratamientos con la cirugía refractiva LASIK, en la Clínica Oftalmológica Excimer Láser Palma corregimos sin dolor y en menos de 24 horas la miopía, astigmatismo e hipermetropía. Consulta nuestros planes de financiación a 12 meses. Pide más información sin ningún compromiso.

Para realizar un estudio previo de tus ojos pide cita previa contactando con nosotros. La Cirugía Refractiva LASIK es la rama de la cirugía ocular que pretende reducir o eliminar la dependencia de las gafas y/o las lentes de contacto a las personas que las necesitan por padecer defectos de refracción: miopía, astigmatismo, hipermetropía o presbicia.

Más del 35% de nuestra población padece miopía, hipermetropía o astigmatismo, y aunque últimamente razones de tipo estético relacionadas con el diseño y con la óptica han originado una aceptación masiva de las gafas, lo cierto es que desde siempre se ha considerado a las mismas como un elemento limitador por razones estéticas, profesionales, deportivas y clínicas. El desarrollo de las lentes de contacto ha sido espectacular en las últimas décadas, pero estas lentes tienen también complicaciones (y a veces muy graves). De ahí que una de las aspiraciones del ser humano sea conseguir suprimir o reducir las ametropías sin tener que recurrir a estos elementos compensadores. La cirugía refractiva surge como elemento que hace posible tal idea.

Las técnicas más empleadas actualmente en cirugía refractiva son los tratamientos con Láser Excimer (LASIK, PRK, LASEK) y las lentes intraoculares de diversos tipos. Otras técnicas como la queratotomía radial, que tuvieron un gran auge hace unos 25 años, han sido prácticamente abandonadas. Es el oftalmólogo especializado en cirugía refractiva quien determinará qué técnica es la más indicada para cada caso concreto.

Para ello debe realizarse un estudio exhaustivo de los ojos del candidato a la operación, y conocer cuáles son sus expectativas, ya que a veces éstas no son realistas. Tras dicho estudio y la entrevista con el especialista, se indicará cuál es la mejor opción. No sirve un tratamiento estándar para todos. Y a veces hay que asumir que es mejor no hacer nada y esperar a que surjan nuevas técnicas que puedan dar mejores soluciones.

Ventajas de la cirugía refractiva LASIK

- ✚ Indolora y con unos resultados casi instantáneos, no precisando ni siquiera vendajes oculares.
- ✚ En ella se puede tratar la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. También se están haciendo tratamientos con LASIK para la presbicia, pero la experiencia aún no es muy amplia.
- ✚ Se realiza con anestesia en forma de colirios (gotas) y la única molestia que se nota durante la operación es una leve presión sobre el ojo que dura pocos segundos.
- ✚ En el postoperatorio puede haber algo de lagrimeo y escozor durante unas pocas horas, pero al día siguiente los ojos ya no molestan y la visión ya es muy buena.
- ✚ En 24 horas pueden reanudarse las actividades laborales habitualmente.

¿Qué es El Láser Excímer?

El Láser Excímer es un láser ultravioleta frío de gran energía que empezó a emplearse en la industria informática (IBM) para la producción de microchips, y que posteriormente se vio que podía tener grandes posibilidades en cirugía y especialmente en oftalmología.

Cada pulso de Láser Excímer sobre la córnea humana “vaporiza” una fina lámina de alrededor de 0,00025 milímetros de espesor en el lugar donde se aplica (el grosor central de la córnea humana es de unos 0.55 milímetros). Así, controlado por un ordenador, se puede modificar la curvatura de la córnea puliéndola con gran precisión, lo que modifica el poder dióptrico del ojo.

Los modernos aparatos de Láser Excímer emiten entre 50 y 500 disparos por segundo, por lo que en pocos segundos se completa el tratamiento del defecto refractivo (rara vez se supera un minuto).

En 1989 se aplicó por primera vez el Láser Excímer en el ojo de un paciente miope para tratar dicho defecto. En pocos años los tratamientos con Láser Excímer (PRK, LASIK, LASEK) consiguieron tan buenos resultados que hoy en día son los más practicados, con gran diferencia, para tratar los defectos refractivos oculares (miopía, hipermetropía y astigmatismo).

Actualmente en Estados Unidos se practican más de 1.500.000 operaciones de LASIK al año, y en España superan ya las 250.000 (a la cabeza de Europa). En el mundo se calcula que más de 30.000.000 de personas ya se han operado mediante esta técnica de cirugía refractiva para independizarse de las gafas o las lentes de contacto.

¿Por qué la técnica LASIK es la más empleada en el campo de la cirugía refractiva?

- ✚ La razón por la que la tecnología LASIK es la más empleada en cirugía refractiva, es por ser indolora y con unos resultados casi instantáneos, no precisando ni siquiera vendajes oculares.
- ✚ Con ella se puede tratar la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. También se están haciendo tratamientos con LASIK para la presbicia, pero la experiencia aún no es muy amplia. Se realiza con anestesia en forma de colirios (gotas) y la única molestia que se nota durante la operación es una leve presión sobre el ojo que dura pocos segundos.
- ✚ En el postoperatorio puede haber algo de lagrimeo y escozor durante unas pocas horas, pero al día siguiente los ojos ya no molestan y la visión ya es muy buena.
- ✚ En 24 horas pueden reanudarse las actividades laborales habitualmente.

Implante de lentes intraoculares Visian ICL

La Visian ICL es una lente de Colámero implantable que se utiliza para corregir todo tipo de defectos de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo). A diferencia de las lentes de contacto tradicionales que van en la superficie del ojo, la Visian ICL se coloca dentro del ojo entre el iris (la parte coloreada del ojo) y la lente natural.

Sin síndrome de ojo seco

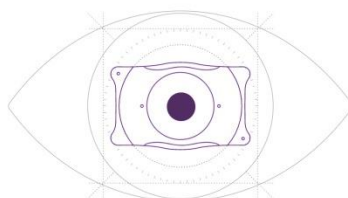
Las lentes ICL están hechas de Colámero biocompatible. Esto permite una total asimilación y compatibilidad con el ojo, minimizando las causas no naturales del síndrome de ojo seco.

Opción removible

Una vez implantada, la lente se mantiene indefinidamente en el ojo. Sin embargo, si su visión cambia drásticamente con el tiempo, la lente puede ser fácilmente reemplazada o eliminada.

Procedimiento de implante y recuperación rápidos

El procedimiento de implante es muy rápido, entre 20 y 30 minutos o incluso menos, y se utiliza cirugía mínimamente invasiva, lo que permite que en muchos casos la mejora de la visión sea inmediata.



Comparación entre ICL y LASIK**ICL y LASIK**

En comparación con otros procedimientos quirúrgicos refractivos, la Visian ICL ofrece una visión más clara al igual que una mayor satisfacción para el paciente. La mejora inmediata de la calidad de la visión y la corta e indolora recuperación produce un único efecto "WOW!" en muchos pacientes.

Hay una gran diferencia entre la "agudeza visual" (20/20 se considera la visión de la agudeza visual normal) y "la calidad visual." Muchos de los procedimientos refractivos, como el LASIK, prometen una mejora en la agudeza visual, pero la calidad de su visión puede variar de manera significativa basada en el procedimiento que usted elija.

La Visian ICL ofrece una corrección de la visión que va más allá del LASIK. Le ayuda a disfrutar de una visión más nítida, más clara y más viva, con una mayor profundidad y dimensión. Se le llama Visión de alta definición, y es posible sólo con la Visian ICL.

La visión de alta definición alcanzada por la Visian ICL, prueba que es la mejor elección para los pacientes que necesitan y esperan resultados de alta calidad. De hecho, los militares de EE.UU. han adoptado la Visian ICL por la claridad visual confiable que logra.

Acerca de ICL

Los procedimientos de corrección de visión han evolucionado a lo largo del tiempo. De las gafas se pasó a las lentes de contacto. Después llegaron los procedimientos refractivos. Estos son los diferentes procedimientos de cirugía refractiva disponibles en el mercado:

LASIK

Es una técnica de corrección de los defectos refractivos de la visión que se lleva a cabo con láser y con un instrumento especialmente diseñado para este tipo de intervenciones. El médico levanta una fina capa de tejido corneal semejante a una lentilla. En ese momento aplica el laser Excímer sobre la capa intermedia de la córnea para moldearla y corregir el defecto de la visión.

PRK

Es una técnica de corrección por escisión corneal mediante láser Excímer. Esta técnica fue aprobada en Alemania en el año 1995, se realiza con unas gotas de anestésico que se aplican en los ojos. Tras retirar el epitelio corneal se aplican impactos de láser sobre el espesor corneal para realizar la corrección visual.

Las lentes Intraoculares

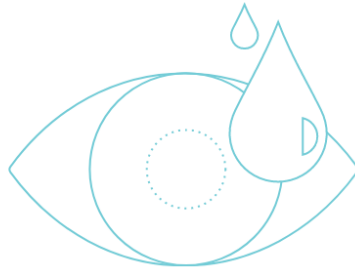
Las lentes ICL, también conocidas como lentes implantables de colámero, son un procedimiento refractivo que ayuda a corregir los problemas de visión más comunes: la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. En simples palabras, las lentes de colámero son un implante de lentes removibles y una excelente opción en comparación con otros procedimientos refractivos.

La diferencia de las ICL

En comparación con otros procedimientos de corrección de la visión con láser, las ICL marcan claramente la diferencia.

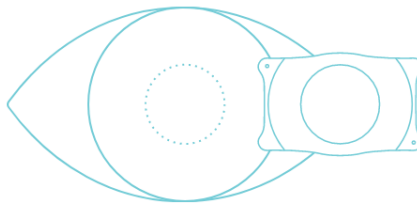
Sin síndrome de ojo seco

Al contrario que otras lentes, las ICL se fabrican a mano con colámero: un material avanzado a base de colágeno. Esto significa que el material de las lentes ICL funciona en armonía con la química natural de ojos y cuerpo. Utilizar materiales que pueden ser aceptados por sus ojos, sin necesidad de darle una nueva forma a la córnea, significa que podemos reducir las causas no naturales del síndrome de ojo seco.



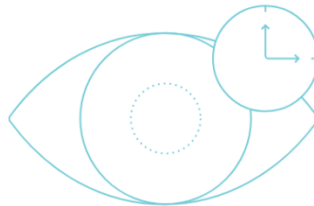
Una opción removible

Un procedimiento que corrige problemas de visión como la miopía, hipermetropía y astigmatismo mediante la implantación de las lentes ICL. Pero, además, facilita la vida de los pacientes al ser removible. Si su graduación cambia o surgen otras necesidades de visión, su médico puede retirar las lentes cuando sea preciso.



Procedimiento y recuperación rápidos

El procedimiento de ICL es un proceso rápido y cómodo para los pacientes. La mayoría de los procedimientos duran, aproximadamente, entre 20 y 30 minutos. Al ser un procedimiento muy poco invasivo, muchos de ellos experimentan una mejoría de la visión casi inmediata.



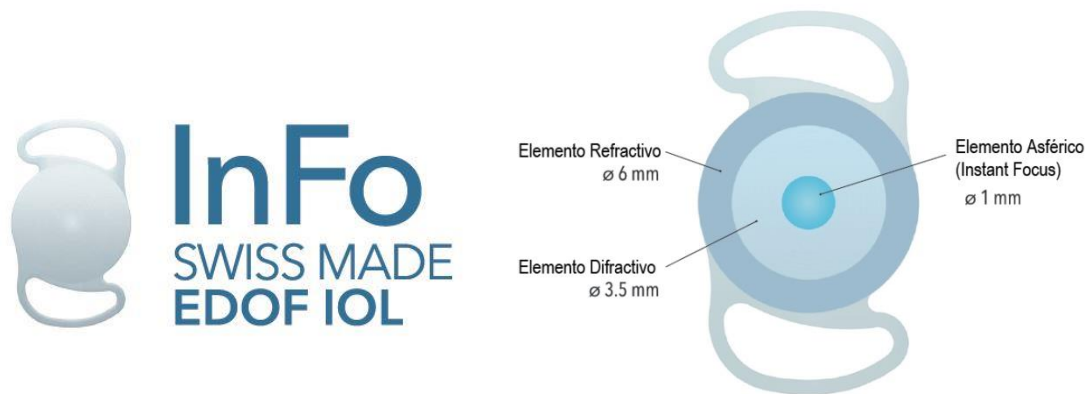
Implante de lentes LUCIDIS e Info para cirugía de cataratas y presbicia



Esta lente intraocular hidrófila para la implantación en cirugía de cataratas se emplea para corregir la visión de cerca, intermedia y de lejos. Su tecnología patentada «Instant Focus», supone una auténtica revolución elevando el estándar de las lentes intraoculares, combinándose con la robustez típica de la lente monofocal.

La tecnología «Instant Focus» se ha desarrollado para reemplazar la acomodación natural del cristalino. Estamos hablando de un elemento esférico de alta precisión que actúa provocando una profundidad de foco en la visión de cerca e intermedia.

Esta lente se utiliza para corregir miopía, hipermetropía y presbicia.



Operación de Astigmatismo

La operación para la corrección del Astigmatismo, es uno de los tratamientos más eficaces y se realiza mediante el método de microcirugía LASIK.

Este método mejora o corrige la visión mediante la remodelación de la córnea, que permite ajustar de esta manera el enfoque del ojo. Este método permite adaptarse a las necesidades particulares de cada paciente.



Operación de la Hipermetropía

La operación para la corrección de la Hipermetropía, es uno de los tratamientos más eficaces y se realiza mediante el método de microcirugía LASIK.

Este método mejora o corrige la visión mediante la remodelación de la córnea, que permite ajustar de esta manera el enfoque del ojo. Este método permite adaptarse a las necesidades particulares de cada paciente.

Corrección de mala visión de cerca o hipermetropía

La corrección de la "hipermetropía", es un problema muy común de la visión. Alguien que es considerado "hipermétrope" se lo puede describir como más capaz de ver los objetos lejanos que los objetos cercanos. La hipermetropía no debe confundirse con la presbicia, la condición que dificulta leer objetos cercanos, que ocurre naturalmente en todos a medida que envejecemos.

En general, la hipermetropía es provocada por un ojo que es demasiado corto. La irregularidad en la forma del ojo provoca que los rayos de luz entrantes se enfoquen detrás de la retina en lugar de hacerlo sobre la retina. Como consecuencia, las imágenes de los objetos cercanos se ven borrosas.

La hipermetropía también varía considerablemente según la gravedad, y también puede tener un efecto negativo en la vida cotidiana. Muchas personas que sufren de hipermetropía tienen dificultad para trabajar con ordenadores, leer o cualquier actividad que requiera buena visión de cerca. La hipermetropía también se trata en general con gafas o lentes de contacto para ayudar a redirigir adecuadamente la luz en el ojo.

Corrección del astigmatismo

El astigmatismo es causa de una forma irregular de la córnea. En lugar de tener una forma simétricamente redonda (como una pelota), tiene más bien forma de pelota un balón de fútbol americano, con un meridiano considerablemente más curvado que el meridiano perpendicular a éste. Esta forma irregular provoca que los rayos de luz se enfoquen en múltiples puntos focales ya sea delante o detrás de la retina (o ambos). Como resultado, las imágenes se ven borrosas o distorsionadas en cierto grado en todos los ángulos.

El uso de gafas o lentes de contacto es un método efectivo para corregir el astigmatismo porque estas pueden redirigir la luz entrante y crear imágenes más claras

ICL — Mejora su libertad visual

Si bien son efectivos para el corto plazo o para la corrección temporal de la visión, las gafas y las lentes de contacto tienen sus desventajas. En general, no se pueden usar en todo momento y son fáciles de perder o dañar, lo que significa que muchas personas se ven en situaciones donde la visión se ve comprometida. Muchas personas que sufren de miopía o hipermetropía* con o sin astigmatismo* buscan una alternativa, buscan soluciones para corregir sus dificultades de visión. El procedimiento con ICL es una atractiva opción para corregir muchos de los problemas comunes de la visión. Las ICL pueden brindarle la oportunidad de vivir una vida sin inhibiciones por las demandas de los anteojos o lentes de contacto para la vida cotidiana.

Cataratas

Sin duda, la causa más frecuente de ceguera reversible es la catarata. Es una afección, cuya frecuencia se incrementa mucho con la edad, y que tiene diversos factores de riesgo como son el sexo femenino, el tabaquismo o el uso continuado de corticoides, además de la diabetes o la malnutrición.

Consiste en opacidades, más o menos grandes y densas, del cristalino que dificultan la visión, al restringir el paso de la luz a su través.

Se caracteriza por una disminución de la visión lenta y progresiva. Cuando las opacidades están situadas periféricamente, apenas producen síntomas, pero si estas se sitúan más centralmente, dan lugar a deslumbramiento, borrosidad, distorsión de la visión y a veces visión doble. La visión de los colores se percibe atenuada y hay menor sensibilidad a los contrastes. En ocasiones, el ojo se vuelve miope, algo que se percibe como una mejoría en la visión cercana, justificando que algunas personas dejen de precisar las gafas de cerca, fenómeno que no deja de resultar paradójico.

El tratamiento pasa por la cirugía y los resultados suelen ser muy buenos.

Operación de cataratas

El único tratamiento que tienen las cataratas es quirúrgico, extrayendo el cristalino opacificado y sustituyéndolo por un cristalino artificial que devuelva la visión nítida a la persona.

No hay que esperar a que la catarata esté «madura» para operar. Cuanto más avanzada está la catarata, la operación es más difícil y hay más riesgo de complicaciones. Por lo tanto, se recomienda operar cuando la catarata empieza a dificultar algunas de las actividades normales de la persona.

Hoy en día, la técnica quirúrgica que más se emplea por su gran efectividad y escaso riesgo es la FACOEMULSIFICACIÓN por ultrasonidos (NO por Láser, como muchas veces se dice) a través de una microincisión de menos de 3 milímetros, seguida del implante de una lente intraocular plegable.

Dicha operación puede realizarse con anestesia tópica (o sea, sólo con gotas de anestesia, sin inyecciones de ningún tipo) casi siempre, lo que acorta el periodo de recuperación y permite hacerla de modo ambulatorio (sin ingresar en la clínica). La intervención suele durar unos 10-15 minutos.

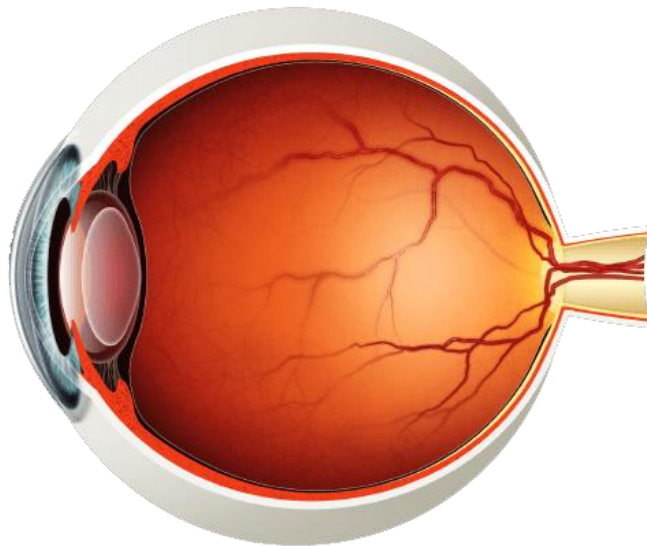
Las lentes intraoculares que se implantan pueden ser:

- + Monofocales, (hasta hace poco eran las únicas disponibles)
- + Tóricas, (cuando hay un astigmatismo previo significativo)
- + Multifocales, (cuando se quiere prescindir de las gafas de lectura después de la operación).
- + Acomodativas, (que ayudan a enfocar de cerca sin ser bifocales, como en un cristalino sano; hace poco que se dispone de ellas y no se sabe si funcionan a largo plazo, que es lo que se necesita).
- + Con filtros ultravioletas o sin ellos, (amarillas).
- + Con recubrimientos especiales, (por ejemplo, heparina en ojos afectados de uveitis, etc.).

También puede haber lentes que combinen propiedades, como por ejemplo las **lentes multifocales tóricas**. Su oftalmólogo le indicará cuál es la mejor opción para su caso concreto, después de una entrevista donde se le explicarán pros y contras de cada una de ellas.

Hoy se puede conseguir casi siempre que las personas operadas de cataratas puedan prescindir de las gafas para la mayor parte de sus actividades.

Las cataratas no vuelven a desarrollarse en un ojo ya operado. A veces sucede que con el tiempo se opacifica la cápsula que envuelve la lente intraocular (que se mantiene durante la cirugía para permitir una mejor sujeción de ésta), y puede ser tratada fácilmente con **LÁSER YAG**, sin tener que volver a pasar por el quirófano.



Degeneración macular asociada a la edad

Esta enfermedad es la principal causa de ceguera legal en las personas mayores de 60 años de los países avanzados. Produce una «mancha» en el campo visual central, dificultando o impidiendo la lectura, la conducción de vehículos, etc., pero conservándose el campo de visión periférico. Es de tipo degenerativo y afecta a la retina central, que es la capa de tejido nervioso que forra el interior del ojo donde se reciben las imágenes para después enviarlas al cerebro a través del nervio óptico.

Existen dos tipos de degeneración macular: la «seca» y la «húmeda». La forma seca es menos grave y de evolución lenta, pero no tiene tratamiento curativo en la actualidad. La forma húmeda es más grave y de evolución más rápida, y puede tratarse con varios fármacos mediante inyecciones intraoculares periódicas. Al aumentar la vida media de las personas por la mejora de las condiciones sanitarias, también aumenta la incidencia de este tipo de enfermedades, lo que está saturando las consultas médicas de los oftalmólogos por el gran número de visitas que deben realizarse. Es un gran problema social al que nos enfrentamos.

Ojos secos

Cada vez hay más personas mayores y jóvenes que presentan síntomas de sequedad ocular, principalmente en edades avanzadas. Las mujeres posmenopáusicas son las más afectadas (por cambios hormonales), pero pueden tener este problema todas las personas de forma temporal o de forma crónica. Muchos medicamentos favorecen la sequedad de ojos y de boca, como los antidepresivos, ansiolíticos, somníferos, betabloqueantes, etc.

También las alergias, cada vez más frecuentes, pueden favorecer la sequedad ocular, así como el uso de lentes de contacto y el trabajo prolongado delante del ordenador. Algunas enfermedades reumáticas también pueden provocarla. En cuanto al tratamiento de este problema, lo primero es descartar las causas sistémicas que pueden producirlo y ponerles remedio, para después instaurar un tratamiento paliativo mediante suplementos de lubricación («lágrimas artificiales») que serán recomendados por el especialista oftalmólogo.

Glaucoma

El glaucoma es una enfermedad del nervio óptico que suele asociarse a una presión ocular elevada y que tiene factores de riesgo como historia familiar de glaucoma, raza negra, miopía elevada, diabetes y enfermedades vasculares entre las que destaca la hipertensión arterial.

Su principal característica es la ausencia de síntomas, algo que explica la dificultad en su detección. Cuando la enfermedad está muy evolucionada se produce una restricción del campo visual, de manera que se hace más pequeño, pudiendo incluso llegar a la ceguera.

Esa constricción del campo justifica la dificultad en las actividades ligadas a la movilidad, mientras que la visión cercana puede mantenerse más o menos indemne.

Son múltiples los tratamientos, que solo el oftalmólogo podrá aconsejar, siendo fundamental que el cumplimiento terapéutico sea absoluto, pues de ello depende el control de la enfermedad, más fácil cuanto antes se detecte, motivo por el que se aconseja someterse a reconocimientos periódicos a la población en riesgo, sobre todo los mayores de 40 años con antecedentes familiares de glaucoma.

¿Qué es el glaucoma?

El glaucoma es un grupo de enfermedades oculares que, aún hoy en día, son causantes de ceguera o pérdida visual importante en un gran número de personas, incluso en los países más desarrollados, debido fundamentalmente a su diagnóstico tardío.

Según la O.M.S. el glaucoma es la segunda causa de ceguera en el mundo.

Su denominador común es la afectación del nervio óptico de forma progresiva, casi siempre bilateral, produciéndose una pérdida acelerada de las fibras nerviosas, lo que se traduce en defectos progresivos del campo visual que pueden llevar a la ceguera.

El nervio óptico es el que conduce la información visual desde el ojo hasta el cerebro a través de sus fibras. En España se calcula que hay cerca de un millón de personas con glaucoma y la mitad lo desconocen, debido a que en sus fases iniciales no da síntomas de ningún tipo. O sea que lo padece aproximadamente un 2% de la población.

Si se diagnostica y se trata a tiempo, el glaucoma puede ser casi siempre controlado y evitadas sus graves complicaciones. El daño glaucomatoso es casi siempre de progresión muy lenta, lo que hace que el paciente no lo perciba hasta fases avanzadas. Y dicho daño es irreversible, o sea que en el momento del diagnóstico sólo podemos intentar conservar la función visual que queda o enlentecer su pérdida, y no recuperar lo perdido.

Lo típico en el glaucoma es empezar perdiendo el campo visual periférico, y posteriormente el central en fases avanzadas. Las personas afectadas de glaucoma no suelen ser conscientes de tener un problema en su visión hasta que han perdido una gran parte de su campo visual.

Síntomas de glaucoma

En la gran mayoría de los glaucomas la presión del líquido intraocular está elevada, por lo que revisando periódicamente dicha presión intraocular podemos detectar y poner en tratamiento a las personas con glaucoma o con alto riesgo de padecerlo.

También puede estar asociado a otros factores, como una presión arterial baja y otros problemas vasculares. Y también hay diferencias raciales, pues es mucho más frecuente en la raza negra y en los asiáticos.

El riesgo de padecer glaucoma aumenta con la edad, por lo que se recomienda revisar la presión intraocular a partir de los 40 años (normalmente cada 2 años si no se detecta hipertensión), y más a menudo a partir de los 60 años (anualmente).

Si en la familia ha habido algún caso, hay que extremar las precauciones ya que el riesgo de padecer glaucoma aumenta significativamente. También es muy importante descartar el glaucoma en las personas con miopía alta, pues presenta características algo diferentes que hacen más difícil su diagnóstico y seguimiento.

La campimetría computarizada, la HRT, y la OCT-HD (tomografía de coherencia óptica de alta resolución) de nervio óptico nos sirven para detectar el daño glaucomatoso y su progresión.

Existen diferentes tipos de glaucoma. El más frecuente es el glaucoma primario de ángulo abierto, del que se desconocen sus causas exactas aún hoy en día, pero del que se sabe que reduciendo la presión intraocular podemos frenarlo y controlarlo casi siempre.

Para tratarlo suelen emplearse uno o varios medicamentos en forma de colirios. Algunos de estos medicamentos hacen que el ojo produzca menos líquido, y otros ayudan a drenar el líquido intraocular bajando así su presión interna del ojo.

Una alternativa a los colirios es la Trabeculoplastia Selectiva con Láser (SLT). Este tratamiento mediante láser (SLT) es muy inocuo y puede conseguir suprimir o reducir la medicación antiglaucomatosa durante largo tiempo, evitando los efectos secundarios de los colirios (ojos rojos, picores, escozor, hiperpigmentación de los párpados, etc.). Se practica en la consulta, de forma ambulatoria, en pocos minutos y es prácticamente indoloro. Es efectivo en un 70-75% de los casos.

La cirugía se indica si no conseguimos controlarlo con los medios antes citados. Existen diferentes técnicas quirúrgicas con o sin prótesis que faciliten el drenaje del líquido intraocular y así bajar la presión intraocular. Aunque todos estos tratamientos pueden ser beneficiosos para frenar el deterioro visual producido por el glaucoma, no recuperan la vista que ya se ha perdido.

Hoy por hoy no se conoce ningún tratamiento para recuperar lo perdido.

Por desgracia, aproximadamente un 5-10% de las personas con glaucoma que reciben tratamiento adecuado siguen experimentando una pérdida progresiva de su agudeza visual. Los glaucomas también pueden ser congénitos, necesitando en estos casos la cirugía con cierta urgencia.

Otros glaucomas aparecen asociados a otras enfermedades oculares (inflamatorias, vasculares, traumáticas, diabéticos, etc.) y pueden tener tratamientos específicos. Y algunos glaucomas son secundarios a medicamentos (por lo que es importante que cuando se va al oftalmólogo se le informe de cualquier medicación que se esté tomando, sea para lo que sea).

De los menos frecuentes pero muy grave si no se trata a tiempo, es el glaucoma agudo por cierre angular, que causa dolor y pérdida de visión de instauración muy rápida (horas), y que requiere un tratamiento muy urgente para evitar la pérdida de visión irreversible.

Suele suceder en personas hipermétropes, con ojos pequeños, y es más frecuente en mujeres. En los esquimales y chinos es mucho más frecuente por causas anatómicas asociadas a su raza (causas genéticas).

El factor desencadenante de un glaucoma agudo por cierre angular suele ser la dilatación pupilar producida por un ambiente oscuro o por medicamentos (por ejemplo, muchos preparados antigripales que contienen vasoconstrictores pueden dilatar la pupila). Pero para que se produzca el glaucoma agudo por cierre angular, el ojo tiene que estar "predispuesto".

Desde hace tiempo se sabe que los ojos que tienen estrecho el ángulo que forman el iris y la córnea son los que presentan más riesgo de tener un glaucoma agudo por cierre angular. Esto es muy frecuente en las personas con alta hipermetropía. También los ojos que tiene un iris "en meseta" (forma anatómica especial).

Por lo tanto, estos glaucomas agudos por cierre angular podrían prevenirse en la mayor parte de los casos si los factores de riesgo son detectados en una exploración oftalmológica rutinaria, y el oftalmólogo aplica el tratamiento preventivo adecuado.

La gonioscopia (exploración con una lente con espejos que se apoya en la superficie ocular tras aplicar unas gotas de anestesia) y la OCT (tomografía de coherencia óptica de alta resolución, sin contacto con el ojo y por lo tanto sin anestesia), son las pruebas que se realizan habitualmente para detectar a las personas con riesgo de glaucoma agudo por cierre angular.

A los pacientes con ángulo iridocorneal estrecho se les podría hacer una IRIDOTOMÍA con LÁSER y no tendrían que preocuparse más por los riesgos de tomar ciertos medicamentos, y desaparecería casi totalmente la posibilidad de un glaucoma agudo con todo lo que implica (posibilidad de ceguera si no se trata adecuadamente en pocas horas).

Curiosamente, las advertencias que aparecen en los prospectos de los medicamentos acerca del riesgo de glaucoma deberían ir dirigidas a las personas con el ángulo irido-corneal estrecho y propenso a ocluirse, o sea con riesgo de glaucoma por cierre angular (que lamentablemente en la gran mayoría de los casos desconocen su riesgo), y no a los pacientes con glaucoma crónico de ángulo abierto (el más frecuente).

En general, las advertencias son inútiles y sólo sirven para asustar a las personas con glaucoma crónico de ángulo abierto, que no necesitan preocuparse. La excepción a todo esto son los medicamentos denominados CORTICOIDES (derivados de la cortisona), ya que se sabe que pueden subir la presión intraocular a ciertas personas ("respondedores a los corticoides"), tanto si padecen glaucoma previamente como si no.

Para finalizar, lo más importante que hay que tener en cuenta referente a esta enfermedad es que el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato con el seguimiento adecuado son fundamentales para poder evitar el grave deterioro visual irreversible que puede producir.

Tratamiento del Glaucoma

El glaucoma es un grupo de enfermedades oculares que, aún hoy en día, son causantes de ceguera o pérdida visual importante en un gran número de personas, incluso en los países más desarrollados, debido fundamentalmente a su diagnóstico tardío.

Su denominador común es la afectación del nervio óptico de forma progresiva, casi siempre bilateral, produciéndose una pérdida acelerada de las fibras nerviosas, lo que se traduce en defectos progresivos del campo visual que pueden llevar a la ceguera.

- ✚ El nervio óptico es el que conduce la información visual desde el ojo hasta el cerebro a través de sus fibras.
- ✚ Si se diagnostica y se trata a tiempo, el glaucoma puede ser casi siempre controlado y evitadas sus graves complicaciones.

Como siempre, el mejor tratamiento comienza por un diagnóstico precoz de la enfermedad y visitas regulares al oftalmólogo cuando se observan alguna de estas características:

- ✚ Personas con Miopía (Tienen el doble de riesgo que el resto de la población).
- ✚ Personas con antecedentes familiares de Glaucoma.
- ✚ Presión ocular elevada.
- ✚ Personas de raza negra.
- ✚ Personas con más de 40 años.

Con un diagnóstico precoz, y las visitas regulares recomendadas por el oftalmólogo, es posible controlar la enfermedad y las posibilidades de perder la visión descienden en gran medida.

Si se diagnostica y se trata a tiempo, el glaucoma puede ser casi siempre controlado y evitadas sus graves complicaciones.

El daño glaucomatoso es casi siempre de progresión muy lenta, lo que hace que el paciente no lo perciba hasta fases avanzadas. Y dicho daño es irreversible, o sea que en el momento del diagnóstico sólo podemos intentar conservar la función visual que queda o enlentecer su pérdida, y no recuperar lo perdido.

Para tratarlo suelen emplearse uno o varios medicamentos en forma de colirios. Algunos de estos medicamentos hacen que el ojo produzca menos líquido, y otros ayudan a drenar el líquido intraocular bajando así su presión interna del ojo.



Una alternativa a los colirios es la Trabeculoplastia Selectiva con Láser (SLT). Este tratamiento mediante láser (SLT) es muy inocuo y puede conseguir suprimir o reducir la medicación antiglaucomatosa durante largo tiempo, evitando los efectos secundarios de los colirios (ojos rojos, picores, escozor, hiperpigmentación de los párpados, etc.). Se practica en la consulta, de forma ambulatoria, en pocos minutos y es prácticamente indoloro. Es efectivo en un 70-75% de los casos.

La cirugía se indica si no conseguimos controlarlo con los medios antescitados. Existen diferentes técnicas quirúrgicas con o sin prótesis que faciliten el drenaje del líquido intraocular para así bajar la presión intraocular.

Aunque todos estos tratamientos pueden ser beneficiosos para frenar el deterioro visual producido por el glaucoma, no recuperan la vista que ya se ha perdido. Hoy por hoy no se conoce ningún tratamiento para recuperar lo perdido.

Retinopatía diabética

Es una de las muchas complicaciones de la diabetes, enfermedad caracterizada por el aumento de la glucosa en la sangre que tiene nefastas consecuencias cuando no se controla bien, pero que permite una vida normal si se siguen las pautas correctas en cuanto a alimentación y ejercicio y se tiene un adecuado cumplimiento con la medicación. Cabe destacar que la presencia de obesidad, dislipemia o hipertensión ensombrece el pronóstico en general, algo que ha podido constatare también a nivel ocular.

La retinopatía de la diabetes puede manifestarse de varios modos porque son diversas las lesiones que pueden producirse. Lo más común es que aparezcan escotomas en el campo visual, auténticas “manchas” producidas por la presencia de hemorragias en la retina, o una mala visión central, provocada por la afectación de la macula. Pero lo más común es que el paciente no note nada, a pesar de tener las lesiones. De nuevo en este caso, es fundamental someterse a reconocimiento periódico. Las personas diabéticas deberán seguir siempre el consejo de su endocrino, sin olvidar la visita al oftalmólogo al menos cada dos años.

Una vez que han aparecido las lesiones, el tratamiento es complejo y el seguimiento debe ser muy estrecho.

DMAE

Son muchas más las enfermedades oculares que los mayores pueden padecer, pero sin duda la más importante de ellas es la degeneración macular asociada a la edad (**DMAE**), por ser la causa más frecuente de ceguera en personas de más de 65 años en el mundo desarrollado.

Se trata de una lesión de la retina, por la acumulación de sustancias de desecho, en una zona de importancia capital para la visión, la mácula, ya que esa zona es la más sensible de todas y la que permite una visión cercana de precisión.

Son diversos los factores de riesgo conocidos, entre los que se encuentran: hipertensión, alteraciones de los lípidos, hábito tabáquico, consumo de alcohol, diabetes y obesidad.

Desde el punto de vista clínico, suele manifestarse como una disminución brusca de la agudeza visual que suele acompañarse de visión deformada de los objetos o bien, en otras ocasiones, como un escotoma o “mancha” central que se hace más notable en la visión próxima.

Al tratarse de una afectación macular, la visión cercana se verá muy afectada, limitando, e incluso imposibilitando, todas las actividades que tienen que ver con ella con la lectura o el reconocimiento de los objetos o las caras, ya que, cuando miramos algo, fijamos la visión precisamente en la mácula. Sin embargo, la visión periférica se mantiene, por lo que las actividades ligadas a la movilidad pueden conservarse.

Aunque el pronóstico sigue siendo negativo, el tratamiento ha evolucionado mucho en los últimos años y en la actualidad predisponemos de un abanico importante de procedimientos capaces de frenar la evolución.



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE HACIENDA
Y FUNCIÓN PÚBLICA

SECRETARÍA DE ESTADO
DE HACIENDA

DIRECCIÓN GENERAL
DEL CATASTRO



Sede Electrónica
del Catastro

Provincia de VALENCIA

Municipio de PILES

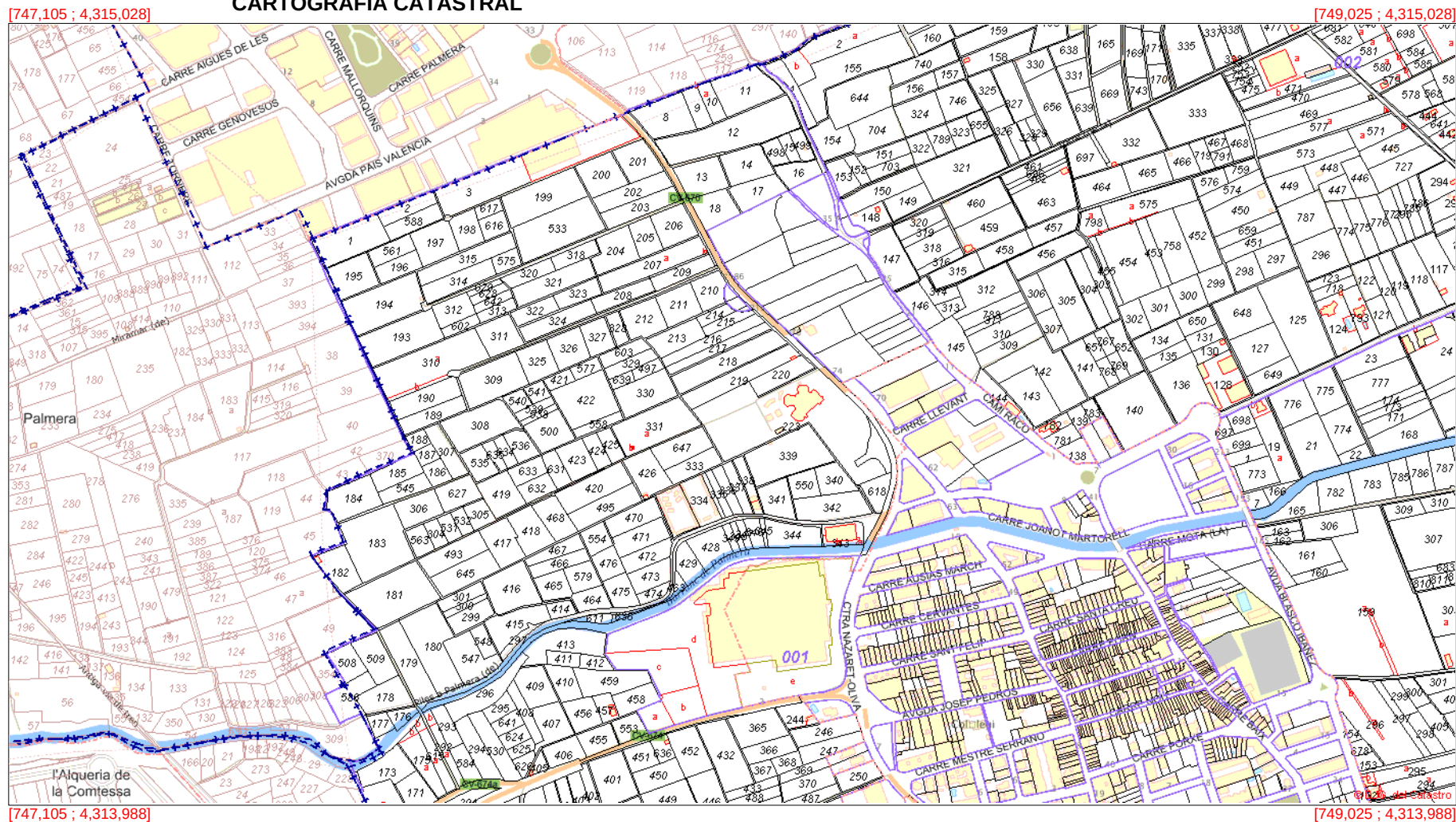
Coordenadas U.T.M. Huso: 30 ETRS89

ESCALA 1:8,000

100m 0 100 200m

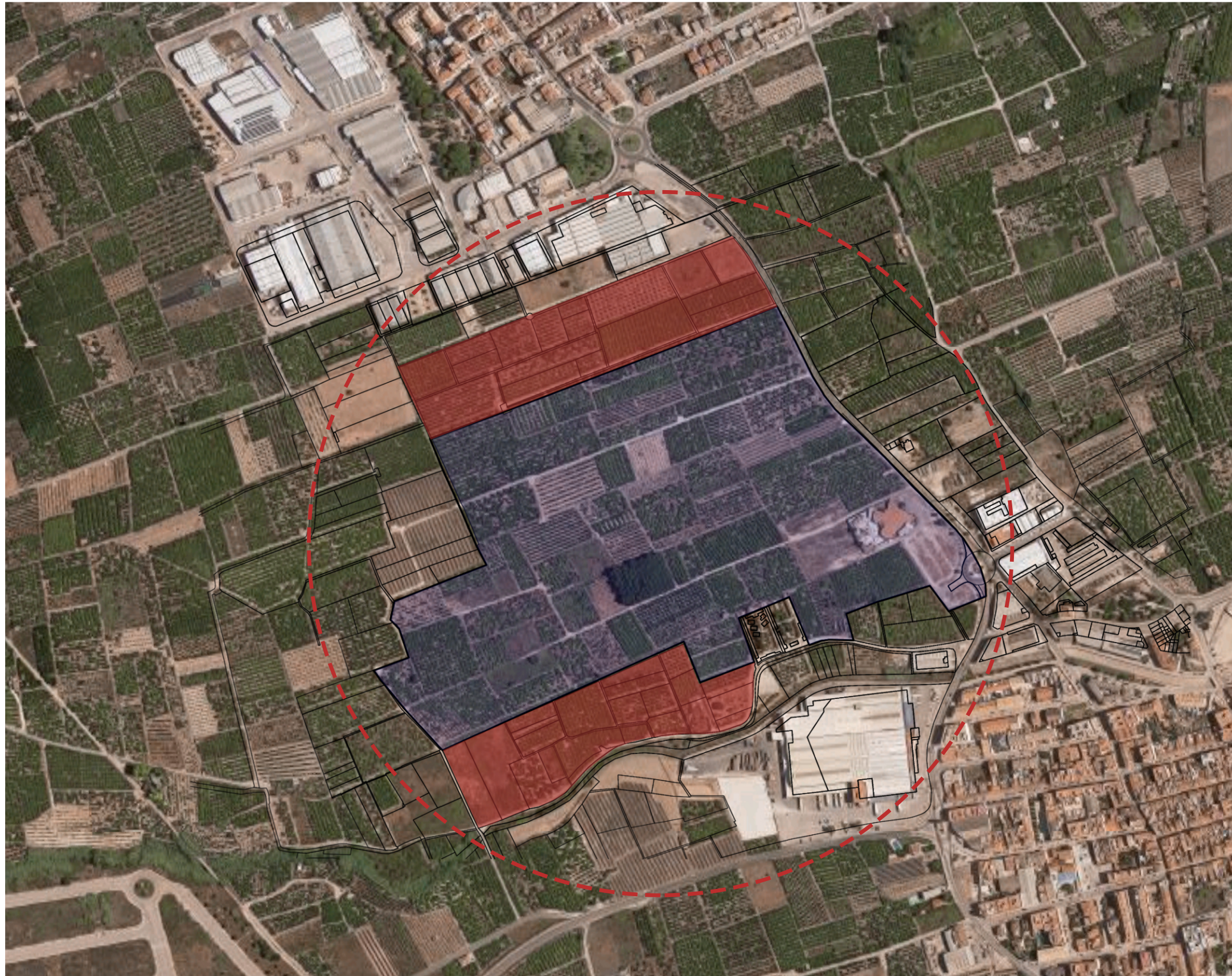


CARTOGRAFÍA CATASTRAL





COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO-SANITARIO



PARTIDA TERRANOVA, TERMINO MUNICIPAL DE PILES

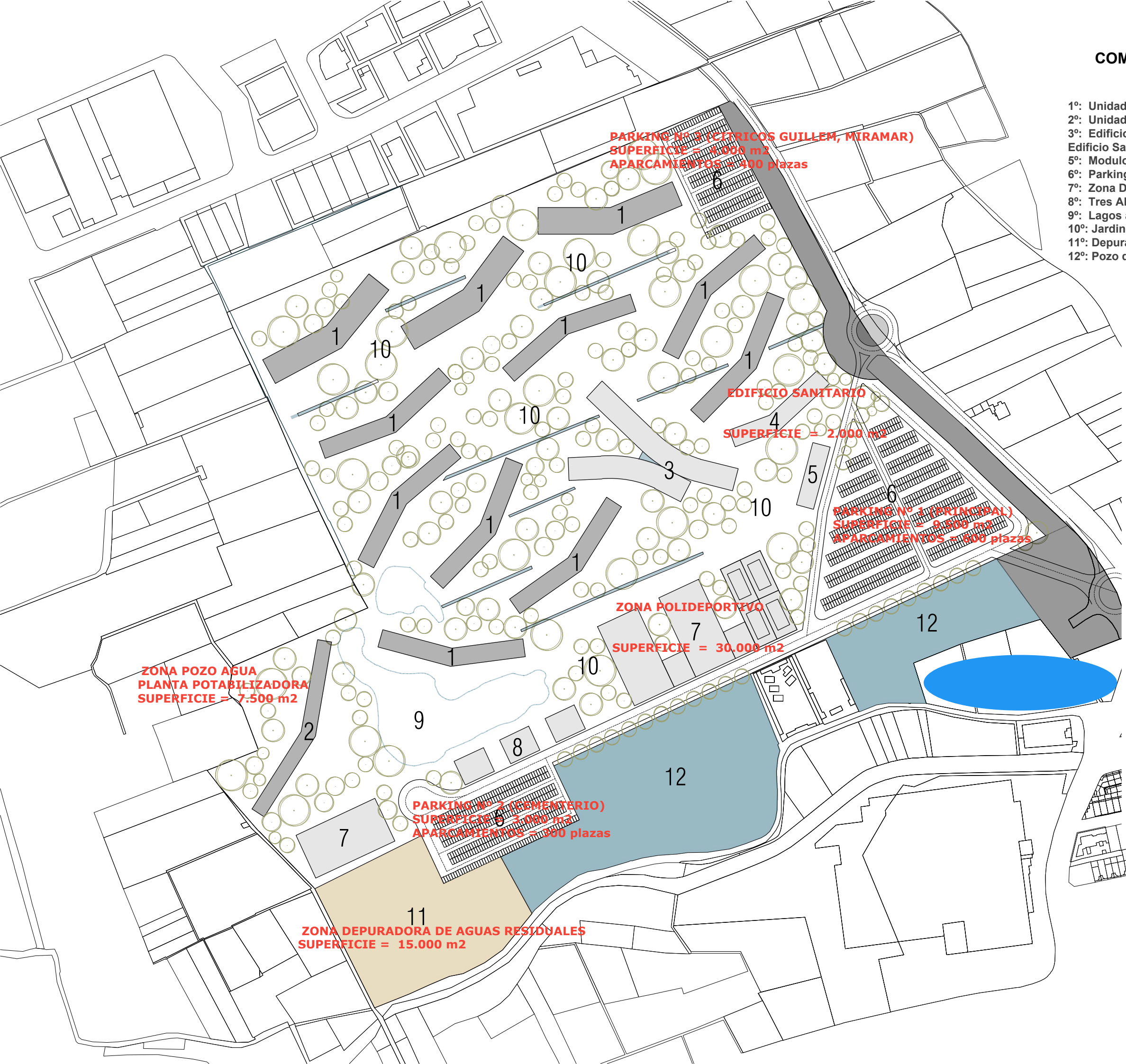
Superficie de la parcela = 316.939,00 m2

Fecha: 12/01/2023

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO-SANITARIO

- 1º: Unidades de Viviendas Residenciales.
- 2º: Unidades de Viviendas Residenciales de Personas DEPENDIENTES.
- 3º: Edificio de Servicios y Ocio, (RESTAURANTE, CINE, ETC.).4º: Edificio Sanitario (HOSPITAL).
- 5º: Modulo Recepción.
- 6º: Parking nº1 - nº2 - nº3.
- 7º: Zona Deportiva y Sauna comunitaria.
- 8º: Tres Almacenes, (COCINA, LAVANDERIA, TALLERES Y VARIOS).
- 9º: Lagos artificiales y laminas de agua.
- 10º: Jardines y Campo de Golf.
- 11º: Depuradora de aguas residuales y balsas de agua depurada.
- 12º: Pozo de agua y Planta Potabilizadora.

SUPERFICIE = 316.939,00 m2



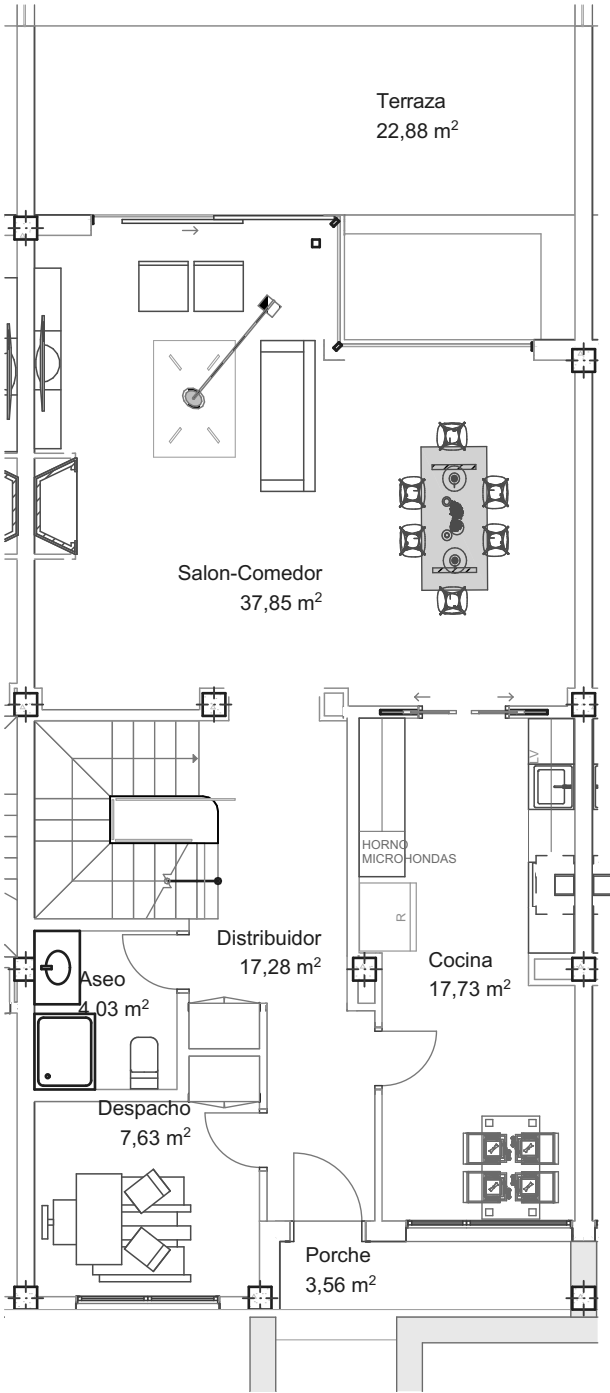
COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO
VIVIENDAS ADOSADAS DE TRES PLANTAS PARA RESIDENTES SIN RESTRICCIONES DE MOVILIDAD.



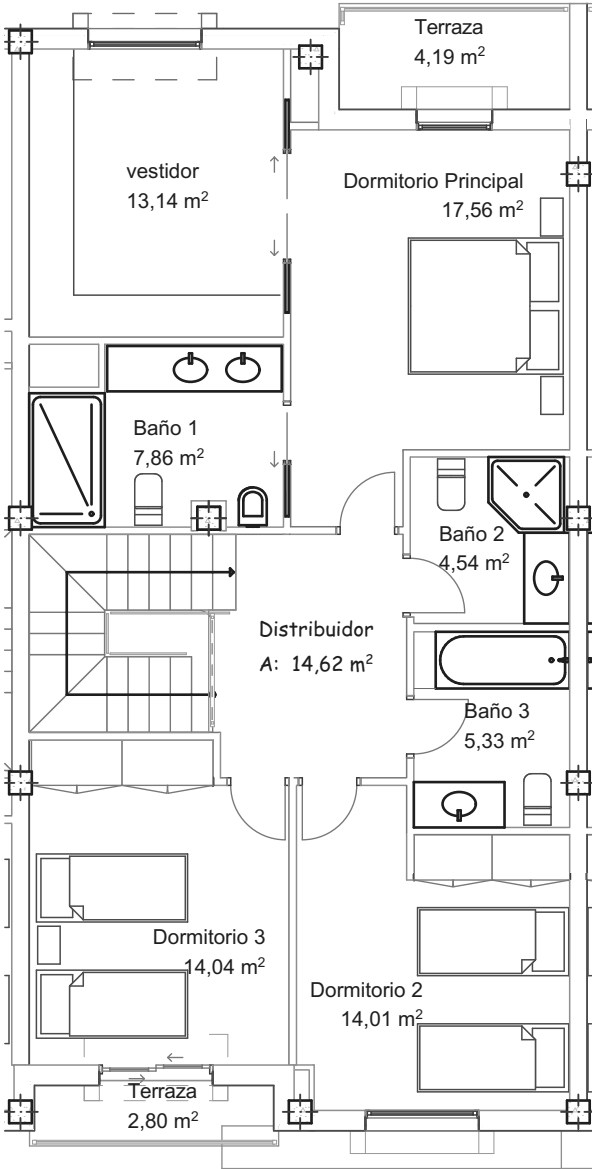
Emplazamiento tipos

COMPLEJO RESIDENCIAL SOCIO SANITARIO

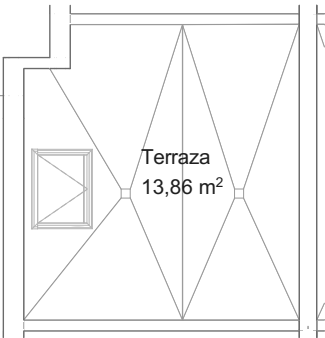
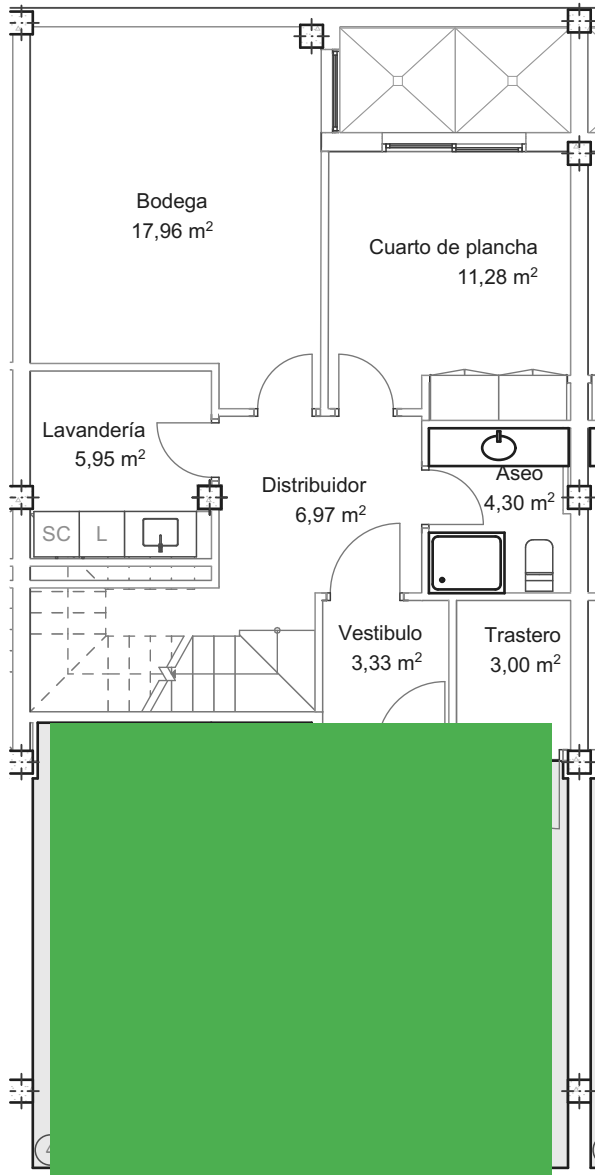
PLANTA BAJA



PLANTA PRIMERA



PLANTA SEGUNDA



PLANTA CUBIERTA