

# **ESTUDIO SOBRE LOS PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN Y TRANSICIÓN HACIA MODELOS DE APOYO PERSONALIZADOS Y COMUNITARIOS**

## **PERSONAS MAYORES\***

\* Responsable del equipo: Irene Vicente Echevarría. Universidad Carlos III de Madrid  
Personas del equipo: Carla Carolina Bonell Pagano. Universidad Carlos III de Madrid, Maria Dalli. Universidad de Valencia, Magdalena Díaz Gorfinkiel. Universidad Carlos III de Madrid, Fernando Flores Giménez. Universidad de Valencia, Javier García Medina. Universidad de Valladolid, Jorge Gracia Ibáñez. Universidad San Jorge (Zaragoza) y Universidade do Porto (Portugal), Karina Andrea Huertas Arauco. Universidad Carlos III de Madrid, Fabiola Meco Tébar. Universidad de Valencia.

<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN. MARCO DE REFERENCIA</b> .....	<b>8</b>
<b>1.- SIGNIFICADO Y ALCANCE DEL ENFOQUE DE DERECHOS EN LA LUCHA CONTRA EL EDADISMO</b> .....	<b>8</b>
<b>2.- LAS PERSONAS MAYORES COMO GRUPO Y LA DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE EDAD</b> .....	<b>10</b>
<b>3.- INSTITUCIONES Y CULTURA INSTITUCIONAL</b> .....	<b>18</b>
<b>4.- EL ACTUAL SISTEMA DE CUIDADOS</b> .....	<b>20</b>
<b>5.- RESULTADO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LAS PERSONAS</b> .....	<b>24</b>
<b>6.- CONCLUSIONES</b> .....	<b>25</b>
<b>PARTE PRIMERA. SITUACIÓN ACTUAL</b> .....	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO PRIMERO: ALGUNOS DATOS</b> .....	<b>27</b>
<b>1.- TIPOS DE CUIDADO O ATENCIÓN PRESTADOS</b> .....	<b>28</b>
<b>2.- TAMAÑO Y EL TIPO DE INSTITUCIONES EN ESPAÑA</b> .....	<b>29</b>
<b>3.- CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN ACTUALMENTE EN INSTITUCIONES</b> ...	<b>33</b>
<b>CAPÍTULO SEGUNDO: FACTORES DE RIESGO DE LOS PROCESOS DE INSTITUCIONALIZACIÓN</b> .....	<b>36</b>
<b>1.- FACTORES DE RIESGO PERSONALES QUE LLEVAN A LA TOMA DE DECISIÓN DE UN ITINERARIO DE INSTITUCIONALIZACIÓN</b> .....	<b>36</b>
1.1.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS: GÉNERO Y EDAD .....	36
1.2.- EL ESTADO DE SALUD Y LAS GRANDES NECESIDADES DE APOYO .....	38
<b>2.- FACTORES DE RIESGO CONTEXTUALES QUE LLEVAN A LA TOMA DE DECISIÓN DE UN ITINERARIO DE INSTITUCIONALIZACIÓN</b> .....	<b>39</b>
2.1.- FACTORES SOCIOCOMUNITARIOS: LA PARTICIPACIÓN .....	39
2.2.- FACTORES SOCIOFAMILIARES Y/O RELACIONADOS CON REDES: LA FALTA DE APOYOS .....	45
2.3.- FACTORES SOCIOPOLÍTICOS: EL SISTEMA DE CUIDADOS .....	51
2.4.- FACTORES HABITACIONALES: EL PROBLEMA DE LA VIVIENDA .....	53
<b>CAPÍTULO TERCERO: EL USO DE RESTRICCIONES</b> .....	<b>59</b>
<b>1.- LAS RAZONES QUE PRETENDEN JUSTIFICAR LAS RESTRICCIONES</b> .....	<b>59</b>
<b>2.- PREVALENCIA Y TIPOLOGÍA DE USO DE RESTRICCIONES EN RECURSOS DE CUIDADO INSTITUCIONAL (ESPECIALMENTE ENTORNOS RESIDENCIALES)</b> .....	<b>60</b>
2.1.- TIPOLOGÍA .....	60
2.2.- PREVALENCIA .....	61
<b>3.- CONSECUENCIAS DEL USO DE RESTRICCIONES</b> .....	<b>63</b>
3.1.- EFECTOS SOBRE LA PERSONA.....	63
3.2.- EFECTOS EN QUIENES APLICAN LAS RESTRICCIONES .....	65
<b>CAPÍTULO CUARTO: MARCO COMPETENCIAL Y ROLES PROFESIONALES</b> .....	<b>68</b>
<b>1.- ACLARACIONES TERMINOLÓGICAS</b> .....	<b>68</b>
1.1.- ROL PROFESIONAL .....	68
1.2.- COMPETENCIA .....	69

<b>2.- MARCO COMPETENCIAL Y ROLES PROFESIONALES DEL MODELO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>72</b>
<b>3.- RELACIONES ENTRE PERSONA CUIDADORA Y PERSONA CUIDADA.....</b>	<b>74</b>
<b>CAPÍTULO QUINTO: MARCO JURÍDICO .....</b>	<b>76</b>
<b>1.- MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL Y EUROPEO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN .....</b>	<b>76</b>
1.1.- EL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL.....	76
1.2.- EL MARCO JURÍDICO EUROPEO .....	76
1.3.- EL MARCO DEL DERECHO COMPARADO .....	77
<b>2.- MARCO JURÍDICO VIGENTE EN ESPAÑA .....</b>	<b>85</b>
2.1.- ÁMBITO ESTATAL.....	85
2.2. ÁMBITO AUTONÓMICO .....	87
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>92</b>
<b>PARTE SEGUNDA. RECOMENDACIONES Y ALTERNATIVAS .....</b>	<b>95</b>
<b>CAPITULO PRIMERO: RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y EUROPEAS SOBRE LOS PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN.....</b>	<b>95</b>
1.1.- <i>Recomendaciones destinadas a mejorar el sector profesional.....</i>	<i>96</i>
1.2.- <i>Recomendaciones jurídicas .....</i>	<i>96</i>
1.3.- <i>Recomendaciones sobre los entornos .....</i>	<i>97</i>
1.4.- <i>Recomendaciones sobre las viviendas.....</i>	<i>97</i>
1.5.- <i>Recomendaciones sobre los cuidados .....</i>	<i>98</i>
1.6.- <i>Recomendaciones “transitorias” o sobre las instituciones resultantes .....</i>	<i>99</i>
1.7.- <i>Recomendaciones contra la cultura institucional.....</i>	<i>100</i>
1.8.- <i>Recomendaciones sobre enfoques .....</i>	<i>100</i>
1.9.- <i>Recomendaciones financieras .....</i>	<i>102</i>
1.10.- <i>Recomendaciones sobre sistemas de regulación y evaluación de los servicios.....</i>	<i>103</i>
1.11.- <i>Recomendaciones sobre uso de restricciones.....</i>	<i>104</i>
<b>CAPÍTULO SEGUNDO: ANÁLISIS DE PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN OTROS PAÍSES Y EN DISTINTOS TERRITORIOS ESPAÑOLES.....</b>	<b>107</b>
<b>1.- CLAVES Y APRENDIZAJES PARA LOS PROCESOS DE TRANSICIÓN DEL CUIDADO BASADO EN INSTITUCIONALES DE APOYO EN CONTEXTOS COMUNITARIOS Y DE BASE FAMILIAR .....</b>	<b>107</b>
<b>CAPITULO TERCERO: ALTERNATIVAS DE VIDA .....</b>	<b>118</b>
<b>1.- IDENTIFICACIÓN Y MAPEO DE ALTERNATIVAS DE VIDA ELEGIDA EN COMUNIDAD Y ALTERNATIVAS DE CUIDADO FAMILIAR EXISTENTES EN ESPAÑA Y EN OTROS PAÍSES. ....</b>	<b>118</b>
1.1.- INTERNACIONAL .....	118
1.2.- ESPAÑA.....	122
1.2.1.- <i>Castilla y León.....</i>	<i>122</i>
1.2.2.- <i>Cataluña y Navarra .....</i>	<i>124</i>
1.2.3.- <i>País Vasco y Asturias .....</i>	<i>126</i>
1.2.4.- <i>Andalucía, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura y Principado de Asturias.....</i>	<i>126</i>
1.2.5.- <i>Canarias, Cataluña y Navarra .....</i>	<i>127</i>
<b>2.- IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS QUE FUNCIONAN Y QUE NO FUNCIONAN EN LAS ALTERNATIVAS DE VIDA ELEGIDA EN COMUNIDAD Y ALTERNATIVAS DE CUIDADO FAMILIAR EXISTENTES EN ESPAÑA Y EN OTROS PAÍSES.....</b>	<b>127</b>
2.1.- INTERNACIONAL .....	128

2.2.- ESPAÑA.....	129
<b>3.- ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS AL USO DE RESTRICCIONES .....</b>	<b>130</b>
<b>4.- METODOLOGÍAS, TIPOLOGÍAS DE SERVICIOS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN QUE HAN SIDO MÁS EFICACES EN LAS ALTERNATIVAS DE VIDA ELEGIDA EN COMUNIDAD Y ALTERNATIVAS DE CUIDADO FAMILIAR EXISTENTES EN ESPAÑA Y EN OTROS PAÍSES .....</b>	<b>132</b>
4.1.- ESPAÑA.....	132
4.2.- METODOLOGÍAS, TIPOLOGÍAS DE SERVICIOS Y MODELOS DE INTERVENCIÓN HAN SIDO MÁS EFICACES EN LAS ALTERNATIVAS DE VIDA ELEGIDA EN COMUNIDAD Y ALTERNATIVAS DE CUIDADO FAMILIAR A NIVEL INTERNACIONAL: EL COHOUSING .....	135
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>138</b>
<b>PARTE TERCERA. EL MARCO NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN ESPAÑA .....</b>	<b>141</b>
<b>CAPÍTULO PRIMERO: SOBRE EL MARCO ÉTICO-CULTURAL.....</b>	<b>141</b>
<b>1.- PRINCIPIOS GENERALES: DIGNIDAD, AUTONOMÍA, IGUALDAD, EQUIDAD.....</b>	<b>141</b>
<b>2.- CRITERIOS O PRINCIPIOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>146</b>
2.1.- EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS Y LOS CUIDADOS DESDE LOS DERECHOS. ....	147
2.2.- UTILIDAD DE LA ACP EN EL MARCO DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES.....	150
2.2.1.- <i>La Atención Centrada en la Persona (ACP)</i> .....	150
2.2.2.- <i>Promoción y protección de la autonomía y de los derechos fundamentales. Restricciones. Internamiento involuntario</i> .....	154
2.2.3.- <i>Promoción y conservación del hogar propio: Derecho a la vivienda</i> .....	156
2.2.4.- <i>Protección de las relaciones familiares</i> .....	158
2.2.5.- <i>Atención comunitaria</i> .....	159
2.2.6.- <i>Participación</i> .....	160
2.2.7.- <i>Cuidados paliativos y muerte digna</i> .....	162
2.2.8.- <i>Responsabilidad pública</i> .....	164
<b>CAPÍTULO SEGUNDO: MARCO COMPETENCIAL Y LOS ROLES PROFESIONALES DE LA RED DE APOYOS Y SERVICIOS DE BASE COMUNITARIA.....</b>	<b>166</b>
<b>1.- LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES EN EL MARCO DE LA DESINSTITUCIONALIZACIÓN.....</b>	<b>167</b>
<b>2.- MARCO COMPETENCIAL Y ROLES PROFESIONALES QUE REQUIERE EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS .....</b>	<b>169</b>
2.1.- PROFESIONAL DE REFERENCIA .....	170
2.2.- GESTOR/A DE APOYOS.....	172
2.3.- ASISTENTE PERSONAL .....	173
<b>3.- ROLES PROFESIONALES PARA IMPULSAR EL CAMBIO CULTURAL.....</b>	<b>175</b>
3.1.- GESTOR ORGANIZACIONAL (CAMBIO ORGANIZACIONAL) .....	175
3.2.- PROMOTOR DE CAMBIO (CAMBIO COMUNITARIO) .....	176
<b>4.- IDENTIFICACIÓN DE ITINERARIOS QUE DESCRIBAN LOS PROCESOS DE TRANSFORMACIÓN HACIA LOS NUEVOS ROLES PROFESIONALES .....</b>	<b>177</b>
4.1.- REVALORIZACIÓN DE LOS CUIDADOS.....	178
4.2.- CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS PROFESIONALES .....	178
4.3.- CAMBIOS EN LOS CONVENIOS COLECTIVOS.....	179
4.4.- CUIDADO DE LOS EQUIPOS PROFESIONALES Y LAS PERSONAS CUIDADORAS NO PROFESIONALES .....	180

4.5.- REVISAR VIABILIDAD TÉCNICO-ECONÓMICA PARA ADAPTAR INFRAESTRUCTURAS EXISTENTES AL MODELO ACP	180
<b>CAPITULO TERCERO: CAMBIOS JURÍDICOS NECESARIOS</b>	<b>181</b>
1.- ÁMBITO INTERNACIONAL	181
2.- ÁMBITO EUROPEO	181
3.- ÁMBITO NACIONAL	182
3.1.- REFORMA CONSTITUCIONAL	182
3.2.- UNA NUEVA LEY SOBRE AUTONOMÍA PERSONAL	183
3.3.- UNA LEY DE SERVICIOS SOCIALES	186
3.4.- LEY INTEGRAL DE DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES	186
4.- ÁMBITO AUTONÓMICO	186
5.- ÁMBITO LOCAL	189
CONCLUSIONES	190
RECOMENDACIONES	191
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194

## PRESENTACIÓN

El presente informe forma parte del Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios (en lo que sigue EDI), financiado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 dentro del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia. La finalidad de este estudio es presentar un diagnóstico fiel de la realidad y la situación de la que partimos y ofrecer un asesoramiento eficaz sobre el modo más adecuado de abordar con garantías el cambio de paradigma en el modelo de cuidados y apoyos en el ámbito de las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas en situación de sinhogarismo y en la infancia y juventud en situación de exclusión social.

El objetivo concreto de este informe es proyectar el análisis desarrollado en el estudio EDI en el ámbito específico de la atención, cuidados y apoyos que demandan las personas mayores.

El presente informe, al igual que el resto de los informes que componen el conjunto del estudio se divide fundamentalmente en cuatro partes:

Una parte introductoria donde se presenta el marco conceptual y referencial que orienta el estudio, es decir, las bases teóricas a través de las cuales se analiza la realidad y problemática sobre las necesidades de apoyos y cuidados de las personas mayores en nuestras sociedades. Este marco conceptual y referencial será también el que nos posibilite detectar alternativas y construir procesos de desinstitucionalización coherentes con las necesidades previamente detectadas.

La primera parte en la que se presenta la situación actual de institucionalización. Así, en los cinco capítulos que lo componen se van aportando datos acerca del tipo de cuidados y atención prestados en nuestro país así como del tamaño y tipo de instituciones en las que estos se prestan; se localizan y agrupan los principales factores de riesgo y desencadenantes de la institucionalización; se analiza y catalogan las restricciones; se atiende a la realidad de las personas encargadas de los cuidados desde una perspectiva tanto legal como social y; en último lugar, se presenta el marco jurídico actual (internacional, europeo y nacional) sobre el que se sustenta la institucionalización.

Una segunda parte en la que se presentan y analizan recomendaciones sobre los procesos de desinstitucionalización, así como alternativas de vida útiles para la realidad española.

En la tercera parte, se presenta el marco necesario para el desarrollo de procesos de desinstitucionalización en España, para ello se desarrolla un marco ético-cultural sobre el que asentar el cambio de paradigma que suponen los procesos de desinstitucionalización, se perfilan los principales cambios jurídicos necesarios y se esboza la configuración de toda una red de apoyos y servicios de base comunitaria y familiar.

Este informe ha sido elaborado por parte del grupo de trabajo sobre personas mayores. Cada grupo de trabajo de los cuatro totales que componen el equipo de trabajo completo del EDI ha trabajado de forma autónoma pero coordinada con los otros tres equipos, a través de reuniones periódicas, intercambio de documentación o envíos de productos intermedios. El presente informe ha sido confeccionado a partir de amplios estudios realizados por las investigadoras e investigadores del equipo de personas mayores y pueden consultarse íntegramente en los estudios de ámbito temáticos que

acompañan a este informe, en ellos pueden encontrarse un desarrollo más exhaustivo de los diferentes puntos a los que se refiere el presente informe que ayude a quién lea este informe a profundizar en alguna cuestión concreta.

Para la elaboración del estudio y todos los productos que de él derivan se han aplicado técnicas metodológicas diversas desde todas las perspectivas necesarias. Así se realizaron las siguientes tareas:

Recogida y análisis de datos secundarios, esto es, estudio de la literatura más importante referida a los cuatro grupos mencionados y datos estadísticos disponibles como forma de enmarcar la realidad de los distintos sectores

Realización de entrevistas semi-estructuradas. La realización de entrevistas constituyó el centro del análisis sociológico como forma de acercamiento a los discursos de las personas participantes en los procesos de cuidados. Para seleccionar posiciones discursivas se tuvieron en cuenta diversas variables, ya que solo así se puede acceder a las distintas posiciones sociales que conforman la construcción social de los cuidados.

También, se llevaron a cabo grupos de discusión,

Y, por último, realización de encuestas a personas involucradas en servicios residenciales tanto a personas institucionalizadas como a diferentes perfiles de trabajadores lo que implicó la aplicación de una técnica cuantitativa (de medición) complementaria de las técnicas cualitativas (de discurso) que se han explicado previamente. En este caso la idea de aplicación de esta metodología fue conocer la calidad de vida y satisfacción con la misma de las personas usuarias de residencias principalmente, pero también de otros recursos.



## INTRODUCCIÓN. MARCO DE REFERENCIA

### 1.- Significado y alcance del enfoque de derechos en la lucha contra el edadismo

El enfoque basado en derechos (en adelante EBD) es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en estándares internacionales de derechos humanos y está operacionalmente dirigido a promover y proteger los derechos humanos. Aunque en su origen se centraba en los problemas de desarrollo, hoy también se aplica a otros ámbitos, como el que trata este estudio. En nuestro caso, su objetivo es analizar las desigualdades que se encuentran en el corazón de las políticas (sentido amplio) del cuidado y corregir las prácticas discriminatorias que impiden la vida de las personas con dignidad y derechos efectivos<sup>1</sup>. Para esta parte del EDI y como ya se dijo, el objeto concreto es el cuidado, atención y apoyos de las personas mayores.

La consideración del EBD exige para nuestro grupo poblacional concreto:

- Que los derechos sean el punto de referencia constante en la realización de los cuidados, atención y apoyos.
- Que las personas adultas mayores sean consideradas como sujetos activos de derechos, antes que como sujeto y objeto de necesidades.
- El abandono del enfoque asistencial condicionado por el desarrollo de políticas públicas voluntaristas.
- La responsabilidad de los poderes públicos de adoptar e implementar normas y políticas públicas que detengan la pendiente negativa hacia la irrelevancia social de las personas en situación de vulnerabilidad.
- Rechazar la segregación y promover la inclusión que, más allá de la integración, supone cambiar el contexto antes que cambiar a la persona y promover la participación de todas las personas.

Aplicar el EBD sobre el proceso de desinstitucionalización de las personas mayores tiene (como para los otros grupos estudiados) al menos dos vertientes, la que toma como referencia la finalidad del proceso de desinstitucionalización y la que tiene que ver con el proceso en sí. La primera supone que el producto final del proceso debe estructurarse sobre y teniendo como objetivo la dignidad de las personas mayores y la protección de sus derechos. Se manifestará en normas que establecerán mandatos concretos dirigidos a proteger la dignidad y la autonomía de los mayores; en políticas públicas que implementarán estas normas más generales disponiendo qué hacer; y en la gestión de servicios que determinarán el cómo llevar dichas políticas a término. La vertiente relativa al proceso en sí requiere la aplicación de una metodología específica en la construcción de esas normas, esas políticas y esos servicios. En ella, uno de los elementos clave es el análisis de situación<sup>2</sup>. Este análisis se basa en:

<sup>1</sup> Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, Enfoque para la programación basada en derechos disponible en <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach> (última consulta 5 de mayo de 2023)

<sup>2</sup> Para el Enfoque Basado en Derechos Humanos véase también DE LUIS ROMERO, Elena, *Una aproximación teórica al enfoque basado en derechos humanos en la Acción Humanitaria: del enfoque de Necesidades al de derechos humanos*, <https://vimeo.com/144554040>



- Observar las causas (inmediatas, subyacentes y estructurales), de la vulneración de los derechos humanos.
- Examinar las corresponsabilidades de todos los actores y sus roles (titulares de derechos y titulares de obligaciones). Reforzar la obligación de los titulares de obligaciones, como elemento clave del EBD. Primero analizar qué actores están implicados en el proceso de desinstitucionalización, para luego ver qué debe hacer cada uno (actores y sus roles, esto es, qué establece el marco normativo que tienen que hacer: obligaciones/responsabilidades).
- Analizar de brechas de capacidad (esto es, identificar qué capacidades deben reforzarse en todos los actores, esto es, titulares de derechos y obligaciones). Es precisamente la identificación de estas brechas, o vacíos de capacidades a fortalecer, lo que está en la base del EBD, para luego trabajar en el fortalecimiento de dichas capacidades (a todos los niveles, jurídicas, normativas, en las políticas públicas, en la recogida de datos e información desglosada, etc.).

En este enfoque metodológico adquiere asimismo relevancia:

1. La importancia de los datos. En el ámbito del envejecimiento, parece que los poderes públicos van asumiendo poco a poco que la falta de información es un condicionamiento que impide tomar decisiones adecuadas. En el “Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad - Los derechos humanos de las personas de edad: la falta de datos” se habla de la necesidad de que los datos sobre las personas mayores cumplan los rasgos de *disponibilidad, accesibilidad, calidad y representación*<sup>3</sup>. El Informe vincula la falta de datos con la desprotección de los derechos.
2. El modo de obtener la información. Es importante incorporar a los sujetos de las normas y las políticas como agentes de su propio desarrollo, en lugar de situarlos como meros receptores pasivos de normas, productos y servicios; logrando con ello, además, integrar el EBD a lo largo de todo el ciclo vital de la persona, necesario si se pretende aplicar una mirada desinstitucionalizada, centrada en el ser humano. La obtención participativa de la información consigue evitar imágenes estereotipadas y simplificadas de la vejez y de las personas de edad y, con ello, impedir su exclusión y discriminación.
3. El modo en que se aplica la información que se obtiene. Los datos deben estar en la base de la elaboración, la implementación y el seguimiento, tanto de las normas jurídicas (sean estas de rango legal o presenten la forma de resoluciones administrativas) como de las políticas públicas que abordan cuestiones relacionadas con la vejez. Estas han de dirigirse a mejorar el funcionamiento y a reforzar las capacidades de quienes tienen que garantizar los derechos de las personas de edad, es decir, de las instituciones, de las organizaciones de la sociedad civil, de las empresas, de los centros de investigación interesados; y también del entorno de los mayores, de las familias, las personas que los acompañan y cuidan.

---

<sup>3</sup> Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Los derechos humanos de las personas de edad: la falta de datos. Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, 45º período de sesiones, 14 de septiembre a 2 de octubre de 2020, A/HRC/45/14, disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/176/56/PDF/G2017656.pdf?OpenElement> (última consulta 14 de noviembre de 2023)

En conclusión, “el valor del enfoque de derechos radica principalmente en la capacidad de guiar con estándares y principios la actuación de los Estados democráticos en situaciones concretas, pero además contribuye a la consecución de políticas y prácticas equitativas”<sup>4</sup>.

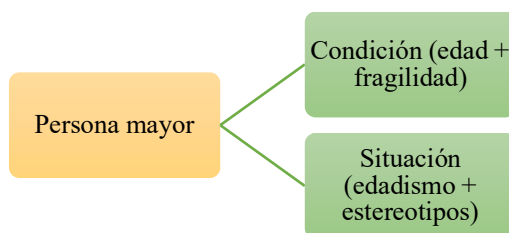
## 2.- Las personas mayores como grupo y la discriminación por razón de edad

No existe una definición consolidada de persona mayor. Normalmente, se tiende a utilizar el referente de la edad al que se asocian cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales. Pero tampoco hay acuerdo sobre cuál es la edad a partir de la cual *se es mayor*.

Las personas mayores se asocian a fragilidad. De una forma simple, podría definirse la fragilidad como un concepto gerontológico que indica una mezcla de problemas en una fase inicial en el ámbito físico, cognitivo y psicosocial.

No obstante, desde una visión crítica, se plantea que el modelo teórico dominante sobre la fragilidad de las personas mayores sigue dependiendo en exceso de consideraciones orgánicas, centradas en la enfermedad, sin aproximarse a una concepción más holística de la salud como bienestar biopsicosocial. Por ello, se apunta la necesidad de un enfoque teórico alternativo que incorpore los siguientes conceptos clave: (i) que el grado de fragilidad depende del contexto y, por lo tanto, se ve afectado en gran medida por las percepciones subjetivas de los individuos; (ii) que la fragilidad es multidimensional y es el resultado de una compleja interacción de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en el grado de la misma; (iii) que la fragilidad no está necesariamente relacionada con la edad y, por lo tanto, no debe servir para reforzar una visión negativa y estereotipada del envejecimiento; (iv) que esa fragilidad puede derivarse tanto en el individuo como de las condiciones del entorno.

Figura 1 Referentes de la definición de persona mayor



Las personas mayores viven en un contexto social discriminatorio que Robert Butler identificó en 1969 con el nombre de edadismo (*ageism*)<sup>5</sup>. Este concepto hace

<sup>4</sup> PAUTASSI, Laura C., “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”, *CEPAL - Serie Mujer y desarrollo* n°87,2007.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816_es.pdf)

<sup>5</sup> BUTLER, Robert, “Ageism: another form of bigotry”, *The Gerontologist*, vol. 9, n°4, 1969, pp.243 a 246. La Experta Independiente define el edadismo como el «conjunto de estereotipos, prejuicios y acciones o prácticas discriminatorias contra las personas mayores que están basados en la edad cronológica o en la percepción de que son “viejas” (o “ancianas”)».

Véase Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler,

referencia a la discriminación que sufren las personas en la sociedad, determinada por un proceso de asignación de estereotipos y prejuicios por motivo de su edad, del mismo modo que el racismo y el sexismo lo hacen por motivo del color de la piel o el género<sup>6</sup>. Un estereotipo es una imagen o idea social aceptada como inmutable. Un prejuicio es una opinión previa y tenaz acerca de algo que se conoce mal. Un estigma es una marca que mancha y reviste de connotaciones negativas al portador. La discriminación es el resultado de la interacción acumulada de estos tres elementos<sup>7</sup>. Determinar las causas de este proceso de retroalimentación requiere adentrarse en el análisis de pautas culturales arraigadas y de complejas relaciones sociales, pues es precisamente en el plano sociocultural, antes que, en el jurídico, donde la situación de invisibilidad y la estereotipación de las personas mayores recibe su primera legitimación<sup>8</sup>. Para Butler, el edadismo se entiende mejor si lo vemos como un espejo invertido de la glorificación de la juventud por parte de la sociedad. Sirviendo en este sentido al objetivo de proteger a los individuos más jóvenes, normalmente los de mediana edad, reacios a enfrentarse al discurso natural del envejecimiento, relacionado con el deterioro, la dependencia, la enfermedad y la muerte.

Hasta los años 70, la tradición teórica en el campo de la gerontología social había atribuido la causa de problemas en la vejez a la dificultad en el ajuste individual frente al envejecimiento, la jubilación o la decadencia física mientras que asumía, hasta cierto grado, como inevitables los desarrollos del Estado y de la economía que generaban desigualdad en la vejez. A partir de esa fecha se comienza a estudiar la construcción social de la dependencia en la vejez, poniéndose el foco de atención en el análisis del mercado de trabajo y de la jubilación, así como su relación con el empobrecimiento de las personas mayores.

La existencia de estereotipos rígidos sobre el proceso de envejecimiento, que incluye la homogeneización de sus realidades y la consideración de la ‘escasa utilidad’ de este grupo poblacional para la sociedad se está modificando en los últimos años gracias al trabajo de numerosas asociaciones y especialistas. Incluso la tradicional frontera de los 65 años como base del comienzo de la etapa de vejez se encuentra en cuestión, ya que se considera que es la pérdida de autonomía la que establece los límites a la participación social y no la edad biológica *per se*. Las condiciones de salud, las expectativas de vida y los años por vivir presentan una enorme variedad entre personas de un mismo grupo de

---

48º período de sesiones, 13 de septiembre a 1 de octubre de 2021, A/HRC/48/53, 2021, párr.23., disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/215/66/PDF/G2121566.pdf?OpenElement> (última consulta 14 de noviembre de 2023)

<sup>6</sup> Las notas de este epígrafe pertenecen al libro de FLORES GIMÉNEZ, Flores, *Derecho, derechos y persona mayores*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2023 (en prensa).

<sup>7</sup> Estos términos se corresponderían con los factores ‘cognitivos’ (estereotipos, estigmas), afectivo (prejuicio, sentimiento) y operativo (conductas discriminatorias) descritos por Kite y Wagner en KITE, Mary E. & WAGNER, Lisa S., “Attitudes toward older adults”. T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 2002, pp.129–161.

Encontramos un planteamiento también interesante en MANTOVANI, Eugenio, QUINN, Paul and DE HERT, Paul, “Stereotyping and other ‘forms of discrimination’ in the Chicago Declaration on the Rights of Older Persons and in the case law of the European Court of Human Rights”, *Ageing, Ageism and the Law. European Perspectives on the Rights of Older Persons*. Israel Doron y Nena Georgantzi (ed.), Elgar, 2018.

<sup>8</sup> Véase también BERNARDINI, María Giulia, “¿No tengo (aún o ya) la edad? (In)visibilidad, vulnerabilidad y violencia de las personas menores y ancianas”, *Derechos y Libertades*, nº46, enero 2022, p.276. Como se vio en el apartado dedicado al ‘contexto normativo’ (Véase Capítulo II: 4. La realidad normativa de la vejez. 4.2. Limitaciones, deficiencias y lagunas normativas).

edad, careciendo de sentido desarrollar una visión homogeneizadora de todo este colectivo poblacional. Esta transformación en la visión de la persona mayor ayudaría a reconocer sus aportaciones como agente de cambio y desarrollo económico y social y así a modificar también su percepción como una amenaza para los sistemas de protección social.

Aunque hay circunstancias concretas que pueden determinar cuándo llega ‘el momento’ (por ejemplo, la jubilación), la edad social no es una estación sino un recorrido en el que, paulatinamente, la persona va quedando sometida a una posición de marginación y exclusión social que la sitúa en una esfera de fragilidad, una posición que termina lesionando sus derechos fundamentales<sup>9</sup>. Así, es la dinámica social la que torna vulnerable a las personas, en tanto las estereotipa y las constriñe en su ámbito de actuación con sus percepciones negativas y falsas en torno a la vejez<sup>10</sup>. Luego, son las normas jurídicas las que, bien por su ausencia allí donde son necesarias, bien por concurrencia inapropiada imponiendo discriminaciones ilícitas, cierran el círculo discriminatorio al no ofrecerles un marco de empoderamiento y protección adecuado<sup>11</sup>. De lo anterior se deduce que el edadismo puede ser social (interpersonal) e institucional. Mientras que el primero surge de las interacciones —o la ausencia de ellas— en el marco de la convivencia entre las personas, el institucional se refiere a las leyes, reglas, normas sociales, políticas y prácticas de las instituciones que restringen injustamente las oportunidades y perjudican sistemáticamente a las personas por su edad. No pocas veces surge de ellos otro tipo de edadismo, el ‘autodirigido’, es decir, el interiorizado (y reforzado desde la infancia) por las mismas personas mayores, al asumir su situación como algo justo e irremediable<sup>12</sup>.

Además, el edadismo es endémico en todas las relaciones sociales, y está firmemente arraigado en los sistemas que componen la realidad social: el sistema jurídico, el médico, el educativo, el político entre otros, condicionando en cada caso los sentimientos y la conducta de las personas y las instituciones<sup>13</sup>. En la moda y el diseño, en las estrategias de marketing, en la vida cívica y política (a través de las barreras de edad para el derecho al voto, por ejemplo), en el acceso a los tratamientos médicos, en cuestiones de seguridad, en el empleo y la ocupación, en la vida económica, en el lenguaje y en los medios de comunicación...<sup>14</sup>; se plantean a uno u otro nivel, en un ámbito u otro, ideas edadistas arraigadas y sistémicas.

---

<sup>9</sup> GIMÉNEZ GLUCK, David, “Igualdad y no discriminación de las personas mayores”. *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, (33), 2022, pp.64–89.

<sup>10</sup> BUTLER, Robert, “Ageism: another form of bigotry”, Op. cit., p.243.

<sup>11</sup> DABOVE, Isolina, “El derecho de la vejez y la Constitución española”, en ROMERO CASABONA, Carlos María (coord.): *Tratado de Derecho y Envejecimiento. La adaptación del Derecho a la nueva longevidad*, Fundación Mutualidad Abogacía - Wolters Kluwer, 2021, p.41.

<sup>12</sup> World Health Organization, *Global Report of Ageism*, 2021, p.21 y ss.

<sup>13</sup> Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, 48º período de sesiones, 13 de septiembre a 1 de octubre de 2021, A/HRC/48/53, Op. cit., párr.25.

<sup>14</sup> MANTOVANI, Eugenio, QUINN, Paul and DE HERT, Paul, “Stereotyping and other ‘forms of discrimination’ in the Chicago Declaration on the Rights of Older Persons and in the case law of the European Court of Human Rights”, Op. cit., p.122. Un repaso superficial a las publicaciones, teóricas y empíricas, de los distintos campos del conocimiento revela cómo los estereotipos contra los adultos mayores —a veces positivos, en la mayoría de los casos negativos— aparecen en todos los ámbitos de la vida. Por eso la gerontología, la psicología, la economía, la comunicación, la sociología, el derecho, son ramas del saber que, con mayor o menor interés (el mundo jurídico va con retraso) se vienen ocupando de

El contexto de esta realidad suele inhibir la objetividad de las personas y sus decisiones, tanto a nivel *micro* (individuo/familia), *meso* (organización/comunidad) o *macro* (gobierno/sociedad) de la interacción humana, la legislación y el desarrollo de políticas; y ello de forma tan integrada y aceptable como invisible, sin que la gente lo advierta<sup>15</sup>. Por lo demás, la discriminación por razón de edad suele venir acompañada e interrelacionada, sin mayor problema, con otras formas de prejuicios y discriminaciones, como son el capacitismo, el sexismo y el racismo, aunque su percepción social no esté tan arraigada como estos casos. Como puede comprenderse, la suma de diferentes formas de prejuicios da lugar a situaciones de discriminación múltiple e interseccional, desembocando en formas de discriminación cualitativa y cuantitativamente distintas y en definitiva agravando las desventajas y los efectos de la discriminación por razón de edad.

Se ha comprobado que el edadismo tiene relación directa con el empeoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, con la soledad y el aumento de su aislamiento social (ambos asociados a graves problemas de salud), con limitaciones en la capacidad de expresar su sexualidad y con el riesgo de sufrir violencia y abuso. Además, los prejuicios vinculados al edadismo pueden conducir a una ‘profecía autocumplida de decadencia’. Interiorizada a lo largo de la vida, dicha decadencia acaba convirtiéndose — con motivo o sin él— en una creencia sobre el propio proceso de envejecimiento. Con consecuencias psicológicas (malas expectativas, sentimientos negativos hacia uno mismo), conductuales (tendencia a la soledad, comportamientos dependientes, poca motivación para llevar a cabo comportamientos de salud preventiva, falta de deseo de vivir, depresión, incluso se ha relacionado con el Alzheimer<sup>16</sup>; fisiológicas (mayor deterioro del realmente esperado)<sup>17</sup>.

Si la mirada se dirige a ámbitos concretos, se aprecia tanto la presencia del edadismo como las discriminaciones, directas e indirectas<sup>18</sup>, que produce. Por ejemplo,

---

ellos. Se trata de interés en crecimiento, pues con el proceso de envejecimiento demográfico en progresión acelerada, las investigaciones dirigidas a entenderlo están aumentando considerablemente. Un interés que debe tener muy presente el enfoque basado en derechos y entender que ni los estereotipos ni la ‘edad institucionalizada’ (en parte su consecuencia) los fortalece. También puede consultarse Observatorio de las Personas Mayores: “Edadismo en Estados Unidos”, *Boletín sobre Envejecimiento, perfiles y tendencias*, nº40, agosto 2009, pp.6 y ss.

<sup>15</sup> Law Commission of Ontario, *Ageism and the Law: Emerging Concepts and Practices in Housing and Health*, August 2009, <https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2014/01/older-adults-commissioned-paper-spencer.pdf>

<sup>16</sup> Una visión sobre este tema, la EDITORIAL: *International Psychogeriatrics*, nº29, 1, p.1, 2017. y los autores allí citados. La propia academia habría contribuido —afirma Ares— a alimentar estos estereotipos con teorías como la funcionalista de la “desvinculación”, según la cual, la tercera edad consiste inevitablemente en un proceso de desconexión del individuo del resto de la sociedad, ARES CASTRO-CONDE, Cristina, “Envejecimiento y política: un debate politológico”, *Revista de estudios políticos*, nº179, 2018, pp. 171-198, p.175 y 176.

<sup>17</sup> La Experta Independiente de Naciones Unidas ha señalado los efectos discriminatorios que el edadismo provoca en la vida de las personas mayores, en su salud, en los cuidados de larga duración, en la violencia y el maltrato, en el empleo y la jubilación, en las actividades financieras, en el discurso de odio... y que, además, «agrava otras formas de desigualdad por motivos de género, discapacidad y estado de salud, identidad indígena y condición de inmigrante, identidad de género y orientación sexual, situación socioeconómica y otros motivos», Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, 48º período de sesiones, 13 de septiembre a 1 de octubre de 2021, A/HRC/48/53, Op. cit., párr.51.

<sup>18</sup> La discriminación directa o de trato sucede cuando una persona es tratada de forma diferente a causa de su edad (por ejemplo, no poder formar parte de las mesas electorales una vez cumplidos los 70 años; art.26.2



en el ámbito laboral —uno de los de mayor sensibilidad para quienes envejecen—, un estereotipo muy generalizado consiste en que los trabajadores de mayor edad se cansan antes y tienen menos energía que sus compañeros más jóvenes, lo que reduce su rendimiento y productividad frente a éstos<sup>19</sup>. Algo que acaba relacionándose no solo con el declive de su fortaleza y energía, sino también con la presunción de una salud deficiente. Ello no es necesariamente así, sobre todo a la vista de las constantes mejoras en la salud y bienestar colectivos, pero se sigue asumiendo más allá de las certezas empíricas. Otra idea preconcebida se refiere a una mayor resistencia al cambio, una menor inclinación a interesarse en su formación y progreso profesional y una más reducida ambición hacia el aprendizaje de nuevos conocimientos, en contraste con los trabajadores jóvenes. Se concluye, en términos generales, que están menos motivados y que son menos adaptables y flexibles. Más allá de lo cual, su capacidad de aprender no alcanza la de otros grupos de edad y, por lo tanto, carecen del mismo potencial de desarrollo profesional.

Las páginas siguientes van a tratar de describir someramente este entorno desfavorable a la igualdad y la garantía de aquellos derechos, a través de la invisibilidad y la estereotipación y, como resultante de ellas, la situación de vulnerabilidad de las personas mayores.

#### Invisibilidad, discriminación, exclusión.

El 1 de octubre de 2020, Día Internacional de las Personas de Edad, la experta independiente de la ONU sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, declaraba que, a pesar de la pandemia, las personas mayores permanecen crónicamente invisibles. En la mayoría de los países —afirmaba— “la información sobre las realidades vividas por las personas mayores está, en el mejor de los casos, fragmentada, en el peor, inexistente, y muchos países carecen de una legislación adecuada a nivel nacional para proteger los derechos de las personas mayores y prevenir la discriminación por edad, la discriminación y la exclusión, marginación, violencia y abuso”<sup>20</sup>.

La invisibilidad de las personas mayores es sin duda la más perfecta muestra de edadismo de las sociedades contemporáneas. Provocada en buena medida por la salida del mundo activo económicamente<sup>21</sup>, se manifiesta en la magnitud del silencio, la

---

de la Ley Orgánica del Régimen Electoral General). La discriminación indirecta se produce cuando una disposición, criterio o práctica aparentemente neutrales produce una específica desventaja a las personas mayores (por ejemplo, la exigencia generalizada de cita previa informática para realizar un trámite administrativo).

<sup>19</sup> Un análisis sobre la discriminación edadista de las personas mayores en el ámbito laboral puede verse en CABEZA, Jaime: “Estereotipos vinculados a la edad”, en CABEZA, Jaime: “Estereotipos vinculados a la edad”, en Cabeza Pereiro, Jaime, Cardona Rubert, María Belén y Flores Giménez, Fernando. (coord.): *Edad, discriminación y derechos*, Aranzadi, 2019, pp.105 y ss (de interés el volumen entero para las discriminaciones en el ámbito laboral). También el Informe de FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *La discriminación de las personas mayores en el ámbito laboral*, Madrid, 2022 especialmente los capítulos de MERINO, Amparo, “Las discriminaciones más comunes de las personas e el trabajo”, pp.93 y ss., y de LÓPEZ GANDÍA, Juan, “Edad, carrera asegurativa y precariedad en el mercado de trabajo y en la protección social. Especial referencia a la jubilación”, pp.111 y ss.

<sup>20</sup> Organización de Naciones Unidas, “Las personas mayores permanecen crónicamente invisibles a pesar de la pandemia, dice experta de la ONU”, Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 30 de septiembre de 2020, <http://www.oacnudh.org/las-personas-mayores-permanecen-cronicamente-invisibles-a-pesar-de-la-pandemia-dice-experta-de-la-onu/>

<sup>21</sup> PAUTASSI, Laura, “Inaugurando un nuevo escenario: el derecho al cuidado de las personas adultas mayores”, *Argumentos*, nº17, 2015, p.261.

inconsciencia y el olvido que en el mundo del trabajo, la cultura, la política, los cuidados o la participación social, experimentan las personas cuando se adentran en la edad avanzada. Una invisibilidad que, no obstante, y como en el caso de otros ámbitos olvidados, se torna sobreexposición (mediática) cuando comparece algún suceso violento o situación de emergencia<sup>22</sup>.

La exclusión de las personas de edad de las encuestas y los censos nacionales es un hecho —que deriva en parte y como ya vimos de la ausencia de EBD a la hora de acercarse al fenómeno del envejecimiento, la consideración y el cuidado de las personas mayores—, y no es inocuo. Así, la Experta establece una relación directa entre la ausencia de datos, el edadismo y la discriminación por edad; la violencia, el abuso y el maltrato; el nivel de vida adecuado; la protección social y el derecho a trabajar; y los cuidados<sup>23</sup>. Por no hablar de la ausencia de estimaciones sobre el impacto social y económico que la discriminación por razón de edad supone a la sociedad<sup>24</sup>.

Este ‘silencio informativo’ sobre las personas mayores se extiende, advertida o inadvertidamente, a muchos otros ámbitos. Por ejemplo, al hablar de un asunto tan relevante y grave como la soledad no deseada y la elaboración de una estrategia contra la misma, los expertos reclaman que se debe partir de un mejor conocimiento de la realidad, que es compleja. Y es que, “no basta con saber que casi cinco millones de hogares están compuestos por una sola persona. Han de introducirse en los estudios, encuestas y sondeos en otros campos de observación sobre la soledad, empezando por identificar los grupos humanos que están más expuestos a la soledad no deseada”<sup>25</sup>.

También el ámbito sanitario adolece de falta de información sobre las personas mayores. Por ejemplo, en atención primaria y promoción de la salud, donde llama la atención la pobre representación de las personas mayores en estudios de intervención sobre factores de riesgo bien conocidos, o la mínima representación en ensayos clínicos con fármacos orientados de forma específica hacia la población de más edad<sup>26</sup>. En el

---

<sup>22</sup> Por ejemplo, en el caso de la muerte en residencias de miles de personas mayores durante la crisis sanitaria de 2020, o cuando acontece algún suceso especialmente morboso. BERNARDINI, María Giulia, “¿No tengo (aún o ya) la edad? (In)visibilidad, vulnerabilidad y violencia de las personas menores y ancianas”, Op. cit., p.277.

<sup>23</sup> Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Los derechos humanos de las personas de edad: la falta de datos. Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Op. cit., pár.56 y ss.

<sup>24</sup> World Health Organization, *Global Report of Ageism*, 2021, disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1> (última consulta 13 de noviembre de 2023)

<sup>25</sup> Boletín Oficial de las Cortes Generales Senado, Informe de la Ponencia Estudio sobre el envejecimiento en España, 2021, disponible en [https://www.senado.es/legis14/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG\\_D\\_14\\_259\\_2466.PDF](https://www.senado.es/legis14/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_14_259_2466.PDF)

<sup>26</sup> RIBERA CASADO, José Manuel, “Discriminación por edad: una lacra muy oculta”, *Anuario de la Real Academia Nacional de Medicina*, 2016, pp.847-76, “Los ancianos han sido excluidos de los ensayos clínicos en la mayoría de los casos, incluso en aquellos diseñados para enfermedades que les afectan de manera directa y mayoritaria (43-45). Un ejemplo es la insuficiencia cardiaca (IC). Los beneficios de los fármacos betabloqueantes se basan en estudios con pacientes de una edad media en torno a los 60 años, siendo así que más del 90% de los episodios de IC tienen lugar en pacientes que rebasan los 65 (46). Consideraciones similares en este mismo síndrome cabe hacer sobre los llamados IECAs o ARA-2. Los ejemplos pueden encontrarse en todas las especialidades (47), lo que ha llevado a diversas revistas oficiales de las sociedades científicas a denunciar esta incongruencia en busca de un cambio radical de las políticas al respecto. Son hechos especialmente sangrantes si tenemos en cuenta que las personas mayores son quienes más fármacos consumen. El tema costos y la mayor dificultad (selección más difícil de pacientes,



ámbito de los cuidados, y más concretamente en el de los centros residenciales de personas mayores, se comprende que es mucho lo que queda por trabajar para obtener una cultura de la información y la visibilización del mundo de la vejez. Mientras se escriben estas páginas el periodista Manuel Rico publica (tras meses de investigación, requerimientos a la Administración, a los organismos de transparencia y a los órganos judiciales) los datos oficiales de catorce comunidades autónomas que “prueban que la catástrofe de las residencias se concentró en los grandes grupos privados”, un argumento contra la invisibilidad y la ausencia (u ocultación) de datos fiables, ya consignado en los informes que varias organizaciones han publicado en relación con el modelo de cuidados a las personas mayores, en cualquier momento y especialmente en momentos de crisis<sup>27</sup>.

Lo cierto es que una observación atenta a los diferentes espacios vitales (culturales, económicos, participativos, educativos...) en los que nos desenvolvemos las personas, muestra que, con carácter general, la información que atañe a los intereses de las personas mayores es incompleta o poco rigurosa, cuando no inexistente. La invisibilidad de las personas mayores es la más perfecta muestra de edadismo de las sociedades contemporáneas, decíamos al comenzar este epígrafe. El complemento perfecto para cerrar ese círculo discriminatorio aparece cuando la visibilidad da lugar a imágenes distorsionadas de lo que se está observando.

#### Paradigma asistencialista y paradigma paternalista.

Bajo el supuesto de que el retiro funcional (jubilación) conlleva también una desvinculación social la sociedad obliga a abandonar a las personas mayores la vida social. La creencia errónea de que existe una relación inherente entre la actividad y la dependencia justifica formas de exclusión de la población mayor y oculta formas de trato asistencialista-paternalista. Las personas mayores suelen ser consideradas una carga social y las políticas con frecuencia se centran en el mantenimiento de las capacidades funcionales de las personas mayores, mediante la promoción de ‘estilos de vida saludables’ o formas de envejecimiento ‘activo’. Entre las muchas críticas que pueden derivarse de estos enfoques<sup>28</sup> podemos centrarnos en que la recepción pasiva de servicios y el desarrollo de un *activismo* sin sentido, centrado en la vida saludable, el entretenimiento y ocio, descuida el rol protagonista de la propia persona destinataria de los servicios y políticas<sup>29</sup>. Este paternalismo implica, normalmente por las personas cuidadoras, una actitud autoritaria y/o sobreprotectora basada en la creencia de que, conocen las necesidades, los deseos y los miedos de las personas a las que acompañan o cuidan y que son capaces de decidir por ellas mejor que ellas mismas.

---

obstáculos para un consentimiento informado, seguimiento más complejo, menor grado de colaboración, etc.) puede explicar, pero nunca justificar este hecho”.

<sup>27</sup> RICO, Manuel, “Los datos oficiales de 14 comunidades prueban que la catástrofe de las residencias se concentró en los grandes grupos privados”, *infoLibre*, 29 de agosto de 2022. Del mismo autor debe consultarse Vergüenza... Y citar informes ...

<sup>28</sup> URBANO, Claudio Ariel y YUNI, José Alberto, “Envejecimiento Activo y Dispositivos Socio-Culturales, ¿Una Nueva Forma De Normativizar Los Modos De Envejecer?”, *Letras e Artes*, Ponta Grossa, v.21 n°2, 2013, pp. 259-270, disponible en

[https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/28849/CONICET\\_Digital\\_Nro.317436b3-95bd-4247-97aa-c5b00354c0e4\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/28849/CONICET_Digital_Nro.317436b3-95bd-4247-97aa-c5b00354c0e4_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y) (última consulta 29 de julio de 2023)

<sup>29</sup> SANHUEZA CHAMORRO, Javiera, “Asistencialismo y salud en el marco de las políticas sociales dirigidas a personas mayores en Chile”, *Agathos*, Año 12, n°4, 2012, pp.4-11.

Frente a ello, además de establecer el reconocimiento de las personas mayores como un recurso valioso para la sociedad, así como reivindicar su protagonismo en ella<sup>30</sup>, es importante volcar aquí algo extraíble del EBD ya sugerido, a saber, que el modelo de atención y cuidados debe pivotar en los principios de autonomía y respeto riguroso a los derechos fundamentales. En este sentido puede decirse que en los últimos años se está produciendo una primera apertura hacia la consideración de las personas mayores como sujetos de derechos, donde el respeto y atención a su voluntad, deseos y preferencias empiezan a tomar forma.

#### Malos tratos, abusos y negligencias

Con independencia de que en el epígrafe posterior se desarrolle de forma mucho más pormenorizada el sistema actual de cuidados, nos parece pertinente señalar aquí ya algunas de las prácticas violentas del cuidado en lógicas edadistas:

- *Cosificar* a las personas mayores, como si fueran objetos inanimados;
- Infantilizarlas o tratarlas de modo paternalista, como si fueran niños pequeños;
- Ignorarlas o comportarse (en diálogo o en acción) en su presencia como si no estuvieran; o hablar de ellas sin involucrarlas en la conversación;
- Intimidarlas o amenazarlas, de forma verbal o física;
- Proporcionar los cuidados a un ritmo más rápido de lo que la persona precisa;
- Impedir a la persona desarrollar o mostrar sus capacidades<sup>31</sup>.

Cuidar mal incorpora los estereotipos negativos hacia la persona mayor, evita los espacios en que pueden ejercer su intimidad, establece horarios rígidos, propone actividades uniformes, institucionaliza, y presta poca atención a la formación de los profesionales del cuidado.

En nuestra sociedad son frecuentes las agresiones hacia las personas mayores que se manifiestan de múltiples formas, a nivel físico, psicológico, económico, y tecnológico. Mientras que, a favor de otros grupos de personas como las mujeres y los niños, niñas y adolescentes se ha desarrollado normativa y toma de conciencia, que hace que hoy la sociedad adopte una actitud combativa de denuncia y apoyo a las víctimas, con respecto a las personas mayores aún está lejos esa primera sensibilización social.

Como en el caso de otros grupos en situación de vulnerabilidad, el abuso y maltrato se sostiene en la discriminación que produce la percepción y consideración social de las personas mayores como un grupo frágil, dependiente, necesitado, caro y homogéneo, entre otros adjetivos.

Como ha señalado la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (en adelante, SEGG), son varios los ámbitos en los que se observan estas situaciones de maltrato, así como son variadas también las causas que lo producen. Habitualmente se establecen en una relación de confianza, y se relacionan con factores individuales como la salud física y mental, la dependencia económica, la soledad, la ausencia de apoyo familiar y comunitario. Es importante recordar los factores de riesgo para el maltrato, tanto los que afectan a la persona mayor (dependencia física, presencia de demencia, incontinencia, aislamiento, convivencia con el agresor, por ejemplo) como los que afectan a las personas

<sup>30</sup> MIRALLES, Ivana, “Vejez productiva. El reconocimiento de las personas mayores como recurso indispensable en la sociedad”, *Kairós. Revista de Ciencias Sociales*, año 14, nº26, noviembre 2010.

<sup>31</sup> FUNDACIÓN PILARES, *Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana*, Colección Estudios de la Fundación, nº6, 2019, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/que-hacemos/publicaciones/estudios-de-la-fundacion/> (última consulta 21 de julio de 2023)

cuidadoras (agotamiento, falta de apoyo social o institucional, falta de condiciones de la vivienda, dependencia económica de la persona cuidada, por nombrar algunas).

Los principales datos sobre incidencia y prevalencia de maltrato en personas mayores provienen de estudios anglosajones. Como en otros ámbitos relacionados con ellos, en España existen pocos datos y cifras, aunque en los últimos años se han empezado a realizar estudios. La prevalencia general de maltrato a mayores de 65 años se sitúa alrededor del 4%, con cifras que oscilan entre el 3 y el 10%. Estos datos generales infravaloran el total de maltratados, ya que se calcula que se detecta 1 de cada 14 casos de maltrato. Las posibles causas de esta detección tan baja son: 1. Dificultad por parte de la víctima para denunciar: miedo a represalias o abandono, falta de conciencia de la gravedad de la situación, miedo a perder hijos, incapacidad por demencia; 2. Ocultación por parte del maltratador; 3. No detección por profesionales: falta de información, dudas de actuación. Alrededor del 80% de las situaciones de maltrato detectadas se producen en mujeres, y en más del 50% de los casos los malos tratos son infligidos por los hijos. El maltrato más prevalente es la negligencia física, seguida de maltrato psicológico, el abuso económico y el abuso físico. La existencia de un tipo de maltrato no excluye la presencia de otro, ya que con frecuencia se da más de un tipo de maltrato en la misma persona. Según algunos estudios, el 70% de las víctimas sufre más de un tipo de maltrato<sup>32</sup>.

### 3.- Instituciones y cultura institucional

Es interesante para este estudio tratar de dejar sentada algunas definiciones. Se habla de institución para hacer referencia a cualquier tipo de recurso o relación de apoyo en la que: a) las personas están aisladas de la comunidad en general y/o obligadas a convivir juntas; b) las personas no tienen suficiente control sobre sus vidas y sobre las decisiones que las afectan; c) los requisitos de la propia organización tienden a tener prioridad sobre las necesidades individualizadas de las y los residentes. En este ámbito, nos referimos al proceso de institucionalización haciendo referencia al proceso de pérdida de control y poder sobre la propia vida o de estandarización del trato y apoyos recibidos que se produce en base a relaciones de cuidado y apoyo que no tienen en cuenta a la persona, sus preferencias y estilos de vida y que tienden a sustituir a ésta en las tomas de decisiones o, en el caso de la infancia, condicionar un desarrollo adecuado de las capacidades que les permitirían tener autonomía propia a futuro.

Ahora bien, la utilización de un concepto de institución como el que acabamos de ilustrar puede presentar problemas de comprensión y comunicación, ya que no es posible afirmar que toda institución, incluso en el campo de los cuidados, se identifica con esos rasgos. La familia, por ejemplo, es una institución y, necesariamente no comparte esas características (aunque en ocasiones pueda ser que sí); y algo parecido ocurre con la vivienda.

En este sentido, desde una perspectiva general, es posible referirse a instituciones admisibles e inadmisibles, siendo el criterio que permite diferenciarlas la asunción o no de lo que denominamos cultura institucional, su base comunitaria o, en definitiva, la adopción o no de un enfoque de derechos humanos. En lo relativo a las personas mayores, al hablar de institucionalización, nos referimos preferentemente a los centros residenciales, aunque, pueden quedar incluidos en este concepto el uso de otros recursos

<sup>32</sup> ARELLANO PÉREZ, Marta, GARRETA BURRIEL, María, CERVERA ALEMANY, Antón María, “Negligencia, abuso y maltrato”, *Tratado de Geriatria para residentes*, SEGG, 2006.

y dispositivos como el SAD (Sistema de Atención a la Dependencia), Centros de Día y, en general, mecanismos de apoyo y asistencia (como puede ser la familia) que comparten las características de la cultura institucional que quedarán fijados a continuación.

En España todavía está pendiente del ansiado cambio cultural que se adapte a las necesidades y también a las preferencias y deseos de las nuevas generaciones que acceden a la vejez: con mejor nivel socioeducativo, mayor capacidad económica, y sobre todo personas que valoran mucho más su autonomía e independencia.

Dentro de la cultura institucional, el modelo de cuidados que predomina es el modelo residencial, de carácter hospitalario y hotelero, donde la vida cotidiana se acerca a un modelo cuartelario y las posibilidades de preservar la intimidad, y la dignidad de las personas son escasas.<sup>33</sup> Y, por lo tanto, el reconocimiento y el disfrute pleno de los derechos humanos de esos mismos residentes presenta grandes retos y obstáculos.

Rodríguez Rodríguez señala que en muchas residencias aún persiste un modelo médico-rehabilitador<sup>34</sup>. El modelo rehabilitador se enfoca en la atención a las personas con discapacidad, trastornos y enfermedades, y se basa en la idea de que estas condiciones son defectos inherentes a las personas que las sufren. El objetivo es la rehabilitación y la recuperación de la capacidad funcional de la persona para que esta se reintegre a la sociedad de manera activa.

Si bien este enfoque supuso un avance en la calidad de la atención de las personas, existen inconvenientes notables en su nivel de vida, incluida la influencia dominante de el/la profesional que rige los procedimientos de atención y degrada a la persona a una posición pasiva de cliente o paciente<sup>35</sup>.

Reducir el objetivo de este estudio, así como la cultura institucional a ese enclave dejaría fuera a un gran número de personas que, viviendo en sus hogares o en los de familiares, no disfrutan de sus derechos. De ningún modo, por tanto, se debe confundir institución con cultura institucional. Para facilitar esta desambiguación a continuación se identifican algunos elementos o características de cada concepto.

---

<sup>33</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia Internacional”, *Revista Internacional de los Estudios Vascos*, nº65 (1-2), 2020, pp.180-224, p.186.

<sup>34</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, BERMEJO GARCÍA, Lourdes, ETXEBARRÍA MAULEÓN, Xavier, GARCÍA NAVARRO, José A., LACASTA REOYO, Juanjo, LINDSTRÖM KARLSON, Astrid, LÓPEZ FRAGUAS, Ángeles, MARTÍNEZ ORTEGA, Jorge, MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, OLIVERA PUEYO, Jorge, PINAZO-HERNANDIS, Sacramento, RAMOS-FEIJÓO, Clarisa, *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación nº8*, 2022, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/que-hacemos/publicaciones/papeles-de-la-fundacion/> (última consulta 21 de febrero de 2023)

<sup>35</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación nº8*, Op. cit.

Figura 2 Características de institución y cultura institucional

Institución	Cultura Institucional
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basado en el concepto de instituciones totales de Erving Goffman.</li> <li>• Recurso o relación de apoyo en la que las personas están aisladas de la comunidad en general y/u obligadas a convivir juntas, no tienen suficiente control sobre sus vidas y sobre las decisiones que les afectan y en los que los requisitos de la propia organización tienden a tener prioridad sobre las necesidades individualizadas de los residentes.</li> <li>• Modelo cuartelario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo médico-rehabilitador.</li> <li>• Aislamiento de las personas.</li> <li>• Acceso genérico y no individualizado a los servicios.</li> <li>• Falta de toma de decisiones de la persona sobre su propia vida.</li> <li>• Relaciones jerárquicas entre persona cuidadora y persona cuidada.</li> <li>• Intereses de la organización por encima de las necesidades de las personas.</li> <li>• Uso y presencia de restricciones no proporcionales ni necesarias.</li> </ul>

## 4.- El actual sistema de cuidados

Hablar del cuidado, es un asunto complejo. El cuidado es un término polisémico que abarca una gran diversidad de relaciones, emociones, actividades materiales, y es además el producto de la articulación concreta de prácticas sexistas, racistas, edadistas y capacitistas entre otras. El cuidado se concibe como algo más que una acción o conjunto de acciones, se manifiesta como un proceso articulado en distintas dimensiones y por agentes diversos, que genera dinámicas diferentes, que es público y privado, que incorpora valor monetario, intercambio de recursos y gasto público, pero también sentimientos y emociones. Por eso se afirma que su materialización depende de la interacción de elementos situados en diferentes planos de la realidad. Así, la experiencia de cuidar y ser cuidada está condicionada tanto por factores individuales —la edad, el género, el estatus socioeconómico o el estado de salud—, como por otros estructurales —las normas y valores culturales que guían las relaciones familiares, o el tipo de organización del sistema del bienestar—.

Entender el actual sistema de cuidados nos ayuda a situarnos. Sin duda como se conciben y desarrollan los cuidados en nuestra sociedad es parte esencial del marco conceptual y referencial de este estudio. Así, nos parece interesante, antes de detectar los problemas de nuestro sistema y de buscar alternativas sobre las que construir procesos de desinstitucionalización exponer algunas de las principales características del sistema de cuidados actual.

Si nos preguntamos sobre quiénes recaen las tareas de cuidado es importante determinar primero la estructura de los cuidados. Tenemos por un lado los llamados cuidados profesionales y por otro los no profesionales o naturales, que puede ser tanto trabajo remunerado como no remunerado.

Sabemos que tanto en los cuidados profesionales como en los naturales las mujeres son las principales acreedoras. La carga injusta que sufren las mujeres a través de la imposición de las tareas de cuidado a causa de unas características especiales que les son supuestas nos permiten hablar de *huella de cuidados*. Entendemos *por huella de cuidados* la diferencia entre todo el tiempo, afecto, y energía humana que las personas necesitan para atender sus necesidades reales y la cantidad de esto que cada ser humano aportará a lo largo de su vida. Las mujeres aparecen como las proveedoras principales



tras este cálculo. No se trata de cuantificar económicamente esta huella, aunque quizás sea útil, sino de utilizarla como herramienta que visibilice la situación de explotación que sufren las mujeres y de entender cómo no responsabilizarse pública y políticamente de las tareas de cuidados constituye una forma de explotación. Se estima que la contribución de las mujeres en trabajo de cuidados no remunerado añade 11 000 000 000 000 USD<sup>36</sup> a la economía mundial cada año, lo que equivale al 9 % del PIB mundial<sup>37</sup>. Si bien es cierto los últimos años se observa cómo a partir de los 65 años la proporción de hombres que realizan actividades de cuidado ha aumentado (en función de un cambio cultural y de una mayor frecuencia de la vida en pareja en edades avanzadas) y en la actualidad sus cifras son similares a las que presentan las mujeres: 13,6% de los primeros frente a un 14% de las segundas<sup>3839</sup>.

Cuando hablamos de cuidados profesionales o naturales debemos tener presente que con demasiada frecuencia las obligaciones de cuidado tienen un impacto desigual en las mujeres, las mujeres son quienes se enfrentan al desafío de conciliar su vida familiar y profesional; ven limitadas sus oportunidades de realizar un trabajo remunerado o de mantenerlo; sufren las consecuencias de la infravaloración de las tareas de cuidado incluso dentro del mercado laboral. Es posible que las mujeres tengan que tomarse una licencia familiar prolongada, reducir sus horas de trabajo o abandonar el mercado laboral antes de tiempo, lo que se traduce en menos perspectivas profesionales y salarios y pensiones más bajos en comparación con sus homólogos masculinos.

La feminización de los cuidados puede darse también desde otra perspectiva, y es que además de lo que se acaba de exponer, las mujeres son más longevas que los hombres, por lo que también serán las principales demandantes de cuidados al menos en los estadios etarios superiores. Las mujeres llegan a constituirse como personas cuidadas con peor salud física y mental, requiriendo cuidados más prolongados e intensos, con menores capacidades materiales y económicas. Como resultado de toda una vida de discriminación, que afecta negativamente a la igualdad de oportunidades y de trato para las mujeres en los mercados laborales, las mujeres mayores se encuentran en peor situación en lo que se refiere a la seguridad de sus ingresos y el acceso a bienes y servicios tales como la vivienda o los cuidados. Y es precisamente el hecho de que las mujeres sean a la vez las principales proveedoras lo que las coloca en esta posición al envejecer.

El modelo de cuidados actual y en concreto su gestión evidencia aún un fuerte *familismo* que, acompañado de la profunda feminización de los cuidados de la que acabamos de hablar, supone que el 69,8% de las personas en situación de dependencia

<sup>36</sup> International Labour Organization, Care at work Investing in care leave and services for a more gender equal world of work, 2022, disponible en [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_838653.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf).

<sup>37</sup> ONU Mujeres, COVID-19 y la economía de los cuidados: acciones inmediatas y transformación estructural para una recuperación con perspectiva de género, 2020 disponible en <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Policy-brief-COVID-19-and-the-care-economy-es.pdf>.

<sup>38</sup> No ocurre lo mismo en los cuidados de otras franjas etarias.

<sup>39</sup> PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNANDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos, Informes Envejecimiento en red, n°29*, Madrid, 2022, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf> (última consulta 20 de junio de 2023)

sean atendidas única y exclusivamente por la familia, sin participación de ningún otro recurso del entorno y, en concreto, que las mujeres de entre 50 y 66 años representen un 73,5% de quienes cuidan<sup>40</sup>. De lo anterior, se infiere que, aun hoy, supuestamente superado el modelo asistencial, el cuidado familiar y feminismo sigue constituyendo la columna vertebral de los cuidados de larga duración.

Pero fuera de la familia las mujeres constituyen el 90% del personal sanitario y trabajan en empleos generalmente precarios y mal remunerados. El trabajo de cuidados suele estar infravalorado, y quienes cuidan suelen tener oportunidades limitadas de progreso profesional, además de que la formación disponible no es adecuada para satisfacer sus necesidades de desarrollo profesional. La alta prevalencia del trabajo a tiempo parcial en el sector de los cuidados implica que los ingresos obtenidos por este trabajo sean bajos. Para ciertos grupos de cuidadoras vulnerables, como las cuidadoras a domicilio y trabajadoras domésticas, las condiciones laborales pueden ser abusivas<sup>41</sup>.

El 80 % del total de los cuidados de larga duración en Europa es llevado a cabo por cuidadoras sin condiciones de trabajo justas y casi siempre no remunerado o sin un apoyo social adecuado<sup>42</sup>, lo que hace que la prestación de cuidados no profesionales este asociada a la falta de derechos como las bajas por enfermedad, vacaciones anuales, permisos de maternidad y paternidad; al aumento de las tasas de pobreza y exclusión social; a una mala salud mental y mayores sentimientos de aislamiento social y soledad y; al deterioro de la salud física y mental, bienestar e inclusión social.

Carmen Gregorio afirma que hablar de cuidados implica necesariamente hablar de migraciones transnacionales, de mujeres -ciudadanas- olvidadas históricamente y trabajo precarizado<sup>43</sup>. Dentro de las conclusiones y recomendaciones que realiza la Comisión Europea con relación a la Estrategia Europea de Cuidados, subraya que debe considerarse la movilidad de los equipos profesionales de atención sanitaria y la migración laboral desde países no pertenecientes a la UE, junto con herramientas para adecuar la oferta y la demanda, así como el reconocimiento de las cualificaciones, y señala que la Estrategia no tiene suficientemente en cuenta a las numerosas personas trabajadoras indocumentadas que ya prestan cuidados en Europa<sup>44</sup>.

En lo que respecta a España, la correlación entre la estructura social del cuidado y la inmigración puede considerarse un caso distinto en comparación con otros países del

<sup>40</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio, MARBÁN GALLEGO, Vicente, AGUILAR HENDRICKSON, Manuel, HUETE GARCÍA, Agustín, JIMÉNEZ LARA, Antonio, MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel, MONTSERRAT CODORNIU, Julia, RAMOS HERRERA, M<sup>a</sup>. Carmen, SOSVILLA RIVERO, Simón, VILÁ MANCEBO, Antoni y ZALAKAIN, Joseba, *Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD). Resumen Ejecutivo*, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/resumen-ejecutivo-estudio-evaluacion-saad.pdf> (última consulta 22 de mayo de 2023)

<sup>41</sup> COMISIÓN EUROPEA, Estrategia Europea de Cuidados, 2022, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

<sup>42</sup> EUROPEAN COMMISSION, DIRECTORATE-GENERAL FOR EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION, *Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality* (Los cuidados no profesionales en Europa: formalización, disponibilidad y calidad), 2018, disponible en <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>

<sup>43</sup> GREGORIO, Carmen, “¿Por qué hablar de cuidados cuando hablamos de migraciones transnacionales?”, *Quaderns-e*, 22 (2), 2017, pp.49-64, p.51-55

<sup>44</sup> 1.10 Conclusión recomendación de COMISIÓN EUROPEA, Estrategia Europea de Cuidados, 2022, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>



contexto europeo. Ante la necesidad de producir soluciones para las nuevas demandas de cuidados, el modelo de migración se construyó para cubrir con estas necesidades, promoviendo la regularización (la obtención de permisos de trabajo y residencia) de las personas involucradas en estas actividades, así como de las nacionalidades que ocupan la mayoría de ese entorno laboral, predominantemente latinoamericano. Las mujeres con nacionalidad extranjera podrían incluirse dentro de los grupos más expuestos a una situación de vulnerabilidad, por tener menor capacidad de negociación, menores redes de apoyo y menores conocimientos específicos del contexto sociolaboral en el que se insertan<sup>45</sup>.

El empleo doméstico, que se utiliza para organizar los cuidados, y dentro de esta estructura, las funciones se delegan, pero permanecen en el hogar y en manos de las mujeres, con lo que se reproduce la feminización de los cuidados. Son tareas que las poblaciones nativas ya no están dispuestas a emprender debido a la naturaleza extenuante del trabajo y a la naturaleza informal de las relaciones laborales. El interés principal se centra casi exclusivamente en la contratación de personas cuidadoras migrantes en el campo del cuidado de personas mayores en domicilios privados<sup>46</sup>.

Dentro del grupo de personas cuidadoras profesionales, la situación tampoco es favorable. Distintas voces alertan de las adversas condiciones laborales en las que se encuentran estas/os trabajadoras (grupo que también es mayoritariamente femenino) se destacan: bajas retribuciones económicas, ratios profesionales escasas, insuficiente formación, contrataciones no estables y jornadas parciales o un escaso prestigio social, entre otras demandas. Resulta urgente ampliar y cambiar la mirada, brindar claves que permitan entender la relación entre calidad de la atención residencial, las condiciones laborales de las personas profesionales y los entornos organizacionales<sup>47</sup>.

En conclusión, mayoritariamente, quien cuida en España son mujeres migrantes, expuestas a una situación de vulnerabilidad e inmersas en una situación económica precaria, constituyen esta nueva clase social: **el cuidatorio**<sup>48</sup>. El sector asistencial debe garantizar buenas condiciones laborales para promover la resiliencia sectorial, hacer atractivo el sector y propiciar la igualdad de género.

La estructura familiar que sostenía convencionalmente los cuidados en España ha sufrido transformaciones importantes (bajas tasas de fecundidad, nuevos roles de la mujer en la sociedad, entre otros.) lo que ha modificado el lugar de la familia en las tareas de cuidado. El enfoque *familista* de los cuidados está dejando de existir o se está

---

<sup>45</sup> DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel, “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España”, *Panorama Social*, 2018, pp.105-118, p.115

<sup>46</sup> DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel, “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España”, Op. cit., p.110

<sup>47</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, 2020, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/revisión-internacional-de-modelos-de-atención-residencial-para-personas-mayores-parte> (última consulta 16 de julio 2023)

<sup>48</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Madrid, 2021, disponible en [https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe-El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores\\_HelpAge-Espana-2021.pdf](https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe-El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores_HelpAge-Espana-2021.pdf) (última consulta 28 de julio de 2023)

transformando. Este fenómeno, también forma parte de la llamada crisis de cuidados<sup>49</sup>, que en este caso se refiere a la disminución de la disponibilidad de las familias para prestar cuidados y a la consiguiente necesidad de estrategias alternativas.

El actual modelo de cuidados en España se enfrenta a varios desafíos, como la escasez de profesionales y el carácter precario de sus condiciones de trabajo, lo que puede afectar negativamente a la calidad de la atención que se ofrece a las personas mayores. Además, el modelo actual no garantiza los derechos de las personas mayores.

A pesar del aumento de la participación de las mujeres en la fuerza laboral, la participación de los hombres en las tareas de cuidado no ha seguido el ritmo<sup>50</sup>.

## 5.- Resultado de la institucionalización en las personas

En lo que respecta al impacto concreto de la institucionalización en las personas, por el momento se carece de datos o estudios que lo analicen. No existen indicadores que evalúen la calidad de los servicios y, por ende, la satisfacción de su implementación. Así Zunzunegui<sup>51</sup> señala la necesidad de generar un sistema de información que facilite la vigilancia de la salud con indicadores de resultados relacionados con la calidad de los cuidados (caídas, ataduras, contención química), incluyendo también datos sobre incidencia de infecciones y estado de salud de las personas residentes. Solo así se podrán constatar los resultados de la institucionalización en las diferentes esferas de la vida cotidiana de las personas que residen en instituciones y compensar la escasez de información sobre aspectos cualitativos de la atención prestada<sup>52</sup>. Se aprecia, en términos generales, un creciente interés de la gestión pública y la investigación por determinar y cuantificar las variables que inciden en el estado de ánimo y satisfacción de las personas residentes en centros<sup>53</sup>.

En términos generales, la literatura científica demuestra que las personas que viven en instituciones presentan una menor calidad de vida que quienes no lo hacen y que esto se refleja en un peor nivel de salud física y mental, unos mayores índices de depresión y ansiedad y una menor intensidad de las relaciones sociales<sup>54</sup>. El ingreso en un centro suele significar el abandono del hogar de varios años y la consecuente pérdida de los hábitos de vida y las redes sociales que eso había generado. En este sentido, diversas entrevistas han señalado la necesidad de potenciar las relaciones con el entorno en aras de que los centros residenciales no se conviertan en 'no lugares' aislados de las dinámicas

<sup>49</sup> DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y ELIZALDE SAN MIGUEL, Begoña, “Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: Análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid”, *Zerbitzuan*, nº60, 2015, pp.131-141, p.132

<sup>50</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - INE: (2009-2010), “Encuesta de Empleo del Tiempo”, disponible en <https://www.ine.es/daco/daco42/empleo/dacoet.htm>

<sup>51</sup> ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria, RICO, Manuel, BÉLAND, François, GARCÍA-LÓPEZ, Fernando J., “The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, *Epidemiologia*, nº3, 2022, pp.323–336

<sup>52</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL ESPAÑA (CES), *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>, (última consulta 29 de agosto de 2023)

<sup>53</sup> En este sentido, el proyecto EDI se encuentra explotando en la actualidad la mencionada Encuesta EDI, sobre la que se mencionan algunos datos en este informe.

<sup>54</sup> FUNDACIÓN “LA CAIXA”, *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración*, 2021, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>

de vida cotidiana y alejados de las relaciones sociales propias de las ciudades o pueblos donde se inserta el centro. Este proceso lleva a la desvinculación con la comunidad con la consecuente pérdida de puntos de referencia que esto puede provocar.

Por otra parte, este aislamiento también apunta a la pérdida de autonomía que genera la forma actual de residencia como un alojamiento colectivo aislado, así como la disminución de la privacidad y de la capacidad para ocuparse de los propios asuntos. El ingreso en una residencia significa la imposibilidad de realizar las tareas cotidianas con la implicación que conlleva para el mantenimiento de las capacidades físicas y mentales. Además, históricamente se ha considerado que la autonomía de las personas sólo puede respetarse en los casos de inexistencia de cualquier tipo de enfermedad, fundamentalmente mental. Las líneas de investigación recientes, sin embargo, han demostrado que toda persona que reciba apoyos capacitadores e inclusivos, independientemente de su situación cognitiva, es susceptible de recibir un trato individualizado y centrado en la persona<sup>55</sup>.

Por otro lado, y en contraposición a los elementos previamente mencionados, la institucionalización provoca en muchas personas un sentimiento de seguridad que no le ofrece su entorno domiciliario, por lo menos bajo las condiciones en que se encuentra en la actualidad. Las residencias también pueden aportar una red de relaciones sociales difíciles de conseguir en un entorno de vivienda unipersonal y con dificultades de acceso a actividades culturales o de entretenimiento.

*Es decir, jo, que una residencia aporta mucho y cuando la persona necesita atención las 24 horas y a lo mejor ya...pues es una situación crónica, pues en una residencia está con otras personas con las que te puedes relacionar, que te pueden ayudar a mejorar, que puedes encontrar personas con tus mismas aficiones, con tus mismos gustos, que puedes hacer un grupo (...) que es algo muy bueno el que les pongas un sitio y un círculo de personas con las que te puedes relacionar y puedes hacer tu grupo. (EPM3-24.02-TercerSector)*

*...yendo a una institución tienen como, no tiene por qué ser así también, pero tienen como una creencia de que van a estar más seguros porque hay personal profesional que están cerca de ellos para cubrir sus necesidades en caso de que les ocurra algo... (EPM13-15.03TercerSector).*

## 6.- Conclusiones

La cultura institucional abarca un campo más amplio que al que nos referimos cuando hablamos de instituciones, y es que con cultura institucional estamos haciendo referencia a un modelo de atención propio de las instituciones residenciales, pero también posible en instituciones familiares, por ejemplo. El actual sistema de cuidados feminizado y con fuerte protagonismo familiar alberga formas de cuidado opresoras que junto con la cultura institucional posibilitan formas de atención a las personas mayores edadistas contra las que el EBD es una herramienta indispensable.

El EBD supone que la construcción de políticas y normas relativas tanto a los procesos de desinstitucionalización como al resultado último de dichos procesos se haga tomando los derechos como estándares y principios de actuación que garanticen que las

<sup>55</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación n°8*, Op. cit.

necesidades de apoyos y cuidados por parte de las personas mayores no se traduzcan en una disminución de derechos y libertades.

Los estereotipos, prejuicios y estigmas de los que se nutre el edadismo producen tanto formas de invisibilidad y exclusión de las personas mayores como representaciones sesgadas y homogeneizadoras, además con frecuencia justifican el desarrollo de políticas asistencialistas y paternalistas que no permiten la participación en clave protagonista de las personas mayores y en muchas otras justifican formas de cuidado donde los malos tratos, abusos y negligencias son una constante.

El EBD nos permite analizar desigualdades que impiden la vida de las personas con dignidad y derechos efectivos. Así, el EBD nos exige que tomemos los derechos como punto de referencia constante en la realización de los cuidados, atención y apoyos, considerando a las personas adultas mayores sujetos activos titulares de derechos.

Las personas mayores viven en contextos sociales discriminatorios a los que hacemos referencia bajo el termino edadismo.

El actual sistema de cuidados es insuficiente para atender a la demandas crecientes y variables. La población mayor, cada vez más heterogénea precisa de formas de acompañamiento, apoyos y cuidados diversos y capaces de atender a sus realidades.

El modelo de cuidados *familista* y feminizado produce formas de opresión en ambos lados de la relación de cuidados, además las instituciones y otras formas de cuidados que se inscriben dentro de la llamada cultura institucional tampoco resultan soluciones compatibles con los derechos humanos de todas las partes implicadas.

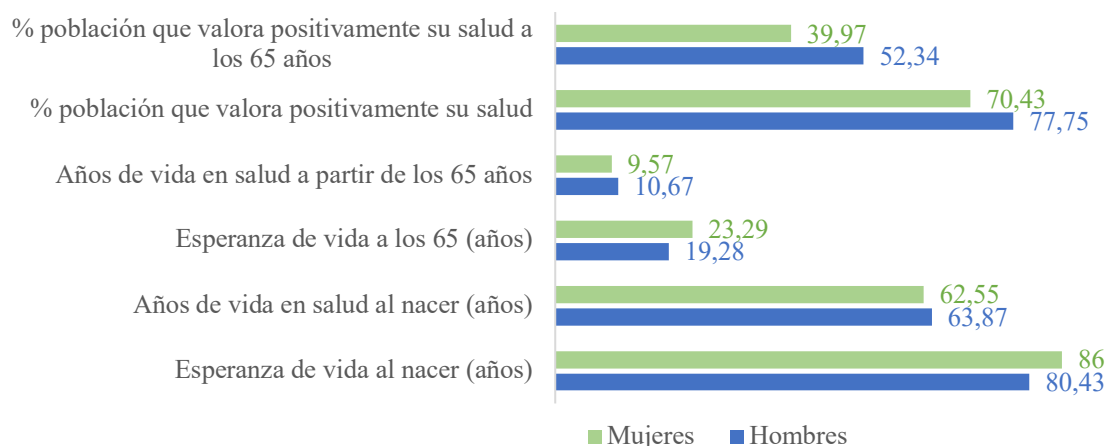
## PARTE PRIMERA. SITUACIÓN ACTUAL

### Capítulo Primero: Algunos datos

La atención a las necesidades de las personas mayores constituye uno de los principales retos de la sociedad española actual. La importante proporción de la población mayor en relación con el total de la población española, que se explica, entre otras cosas, en función de la alta esperanza de vida (82,33 años para ambos sexos en 2020), supone una obligación de reestructurar nuestros sistemas de cuidados y atención entre otros.

A pesar de la mejora general de la calidad de vida y de la salud con la que llegamos a alcanzar mayor edad, se debe tener presente que el aumento de la edad implica también un aumento de las tasas de discapacidad y dependencia debido a la relación inversamente proporcional que presentan ambos fenómenos. La esperanza de vida en buena salud o el envejecimiento saludable, por tanto, se ha constituido en los últimos años en un indicador esencial para comprender el proceso de envejecimiento y las potenciales demandas de servicios de atención y cuidados. La Figura 1 refleja estos valores esenciales, demostrando que las mujeres viven más años que los hombres pero que lo hacen en peores condiciones de salud. La Encuesta EDI<sup>56</sup> señala resultados en esta misma línea ya que las mujeres expresan una peor percepción de su salud que los hombres, lo que hace, entre otros factores, que se sientan menos satisfechas con sus vidas. El 28,6% de las mujeres encuestadas aseguran que se encuentren en mal o muy mal estado de salud frente al 11,2% de los hombres. Además, el 28,6% de las mujeres que han respondido a la encuesta no se sienten bien con la vida que llevan frente al 7,4% de los hombres.

Figura 3 Años de vida y vida en buena salud, 2017<sup>57</sup>



Debemos tener presente que estos datos reflejan la situación de España en su conjunto pero que existen tanto diferencias regionales, por comunidades autónomas y/o provincias, como territoriales, fundamentalmente establecidas por el binomio rural-

<sup>56</sup> La Encuesta EDI consiste en una encuesta sobre la satisfacción de la vida cotidiana y la calidad de vida de los distintos colectivos foco de análisis de este proyecto, entre los que se incluyen tanto las personas mayores usuarias de centros residenciales como aquellas con otros perfiles habitacionales.

<sup>57</sup> Fuente: elaboración propia a partir de datos del CES, 2022.

urbano. En España, la mayor parte de personas mayores vive en entornos urbanos pero su peso entre la población rural es mucho más elevado (llegando al 28,4% en municipios de menos de 2000 habitantes según el CES<sup>58</sup>).

Todos estos cambios demográficos se han producido dentro de un proceso de transformaciones en los valores sociales, tanto respecto a la consideración de la vejez y los derechos de las personas mayores como de la posición social de los cuidados en su conjunto.

## 1.- Tipos de cuidado o atención prestados

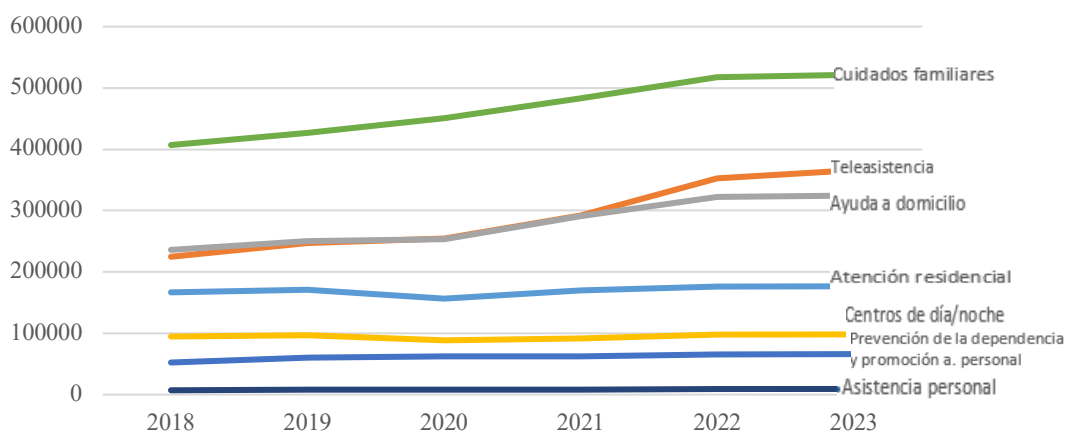
El sistema atención a las personas mayores incluye diversas herramientas ligadas a los cuidados directos que pueden diferenciarse, a grandes rasgos, en: servicios de atención residencial y otros servicios.

Los primeros, tal como los define el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) son “equipamientos sociales que ofrecen alojamiento y atención especializada a aquellas personas mayores que por su situación familiar, económica y social, así como por sus limitaciones de autonomía personal, no pueden atenderse en sus domicilios”, implicando una atención 24 horas en un alojamiento que potencialmente cubre todas las complejas necesidades de las distintas personas<sup>59</sup>.

Los segundos, por su parte, consisten en recursos que ofrecen las administraciones públicas con el objetivo de proporcionar atención a las personas mayores e instrumentos de vida que combinados permitan una vida fuera de los alojamientos colectivos.

El siguiente gráfico resume los distintos tipos de servicios ofertados, así como la intensidad de su uso.

Figura 4 Evolución de servicios para personas mayores<sup>60</sup>



<sup>58</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL ESPAÑA (CES), *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Op. cit.

<sup>59</sup> No se va a entrar en este momento en la cobertura real o deficiente de estas necesidades por no ser el foco de este informe. El planteamiento discursivo de la atención residencial consiste en esta cobertura completa, independientemente de la aplicación que se produzca.

<sup>60</sup> Fuente: elaboración propia a partir de datos del IMSERSO (Estadística mensual)



La primera cuestión que se percibe es la importancia de los cuidados familiares y cómo éstos, a pesar de las transformaciones que ha sufrido la estructura familiar, continúan constituyéndose en el pilar clave de los cuidados de larga duración<sup>61</sup>, situación que tiene numerosas consecuencias para el propio bienestar de las familias y/o las cuidadoras dentro de ellas<sup>62</sup> como ya vimos en el apartado introductorio.

En segundo lugar, en cuanto a los servicios propiamente dichos el gráfico 2 refleja la distinta presencia y evolución de cada uno de ellos. Así la atención residencial ha permanecido constante en los últimos cinco años y los servicios de teleasistencia y atención a domicilio han aumentado su presencia. Para comprender esta situación el análisis debe incorporar no solo la consideración de la oferta en términos absolutos sino también la distinta intensidad de cada uno de ellos.

La teleasistencia, por ejemplo, ha aumentado enormemente su presencia, probablemente por ser un servicio que no implica excesiva inversión en recursos humanos ni intensidad en la prestación (ya que en el momento actual está diseñado, fundamentalmente, como un recurso de emergencia que asiste en situaciones puntuales sin prestar una atención intensa ni continuada).

La ayuda a domicilio implica la presencia constante de personal cualificado, sin embargo, dicho aumento en los servicios totales no implica necesariamente una mejora en la intensidad de la prestación, ya que las horas de atención ofrecidas ha disminuido a lo largo de los años en varias comunidades autónomas. Así un mayor número de personas se encuentran cubiertas por este servicio, pero su intensidad no permite ofrecerles un apoyo completo para la construcción de una vida autónoma de calidad.

## 2.- Tamaño y el tipo de instituciones en España

Antes de comenzar con algunos datos referidos a la institucionalización se debe aclarar que la realidad de estos recursos es muy diversa en el territorio nacional, ya que las comunidades autónomas, e incluso las provincias o municipios, aplican políticas sociales con enfoques muy diversos. En este apartado se ofrecerán datos a nivel nacional en su conjunto aludiendo únicamente al nivel regional para situaciones puntuales.

La Tabla 1 ofrece un resumen de la situación de estos centros a nivel de España en el año 2020, incluyendo tipologías de alojamiento para personas mayores bajo una amplia diversidad de modalidades (conjuntos residenciales, mini residencias, viviendas colectivas, etc.) y, por ende, con un perfil de atención e interacción con el entorno bastante diverso.

<sup>61</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio et al., *Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD). Resumen Ejecutivo*, Op. cit.

<sup>62</sup> LLÁCER, Alicia, ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria, GUTIERREZ-CUADRA, Pilar, BÉLAND, François y ZARIT, Steven H., “Correlates of wellbeing of spousal and children carers of disabled people over 65 in Spain”, *European Journal of Public health*, n°12, 2002, pp.3-9, disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11968518/> (última consulta 22 de mayo de 2023)



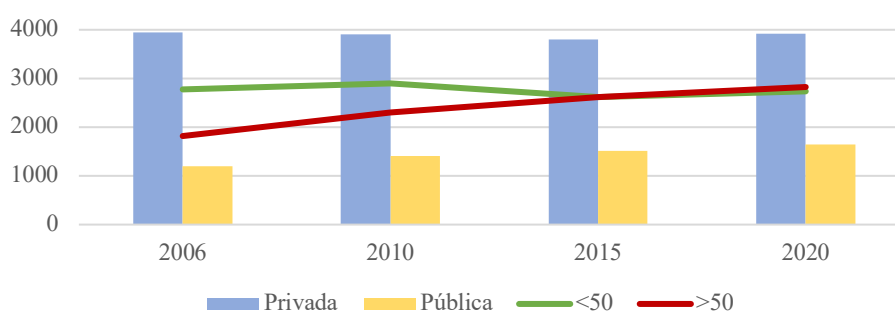
Tabla 1 Centros Residenciales por titularidad y tamaño<sup>63</sup>

	Titularidad		Tamaño	
	privada	pública	< 50	>50
2006*	3952	1199	2781	1818
2010	3909	1412	2899	2305
2015	3803	1510	2618	2612
2020	3925	1642	2736	2825

\*Se elige este año (y no 2005) por encontrarse los datos más completos.

El siguiente gráfico complementa la información anterior reflejando la evolución de la presencia de los centros residenciales y su tamaño en los últimos 20 años<sup>64</sup>.

Figura 5 Centros residenciales por titularidad y tamaño<sup>65</sup>



La primera cuestión que se puede señalar es el volumen constante de centros residenciales desde el año 2006, detectándose un leve aumento en aquellos de titularidad pública. A pesar de esto, los datos indican que la titularidad privada de los centros es claramente mayoritaria llegando a representar más del 70% de la oferta de alojamientos en 2020. El esfuerzo que se aprecia desde el año 2006 por parte de los recursos públicos no repercute de manera significativa en la distribución de estos (los centros privados descienden solo 6 puntos porcentuales).

Un análisis más pormenorizado de esta cuestión debería indagar en la titularidad de los recursos privados, ya que en los últimos años se ha generalizado en España la presencia de grandes corporaciones internacionales que encuentran en los cuidados de larga duración un beneficioso nicho de negocio. Estas estructuras no se parecen a las tradicionales residencias de pequeños propietarios o entidades, y se han mostrado mucho más inclinadas hacia la obtención de beneficios que hacia la calidad de los servicios prestados (entrevista EPM12-17.03-Autonómico; entrevista EPM4-06.03-Científica).

Por otra parte, en algunas regiones de España, como Madrid, también se ha extendido la fórmula de partenariado público-privado, donde la propiedad de la residencia es pública pero la gestión cotidiana del personal y de los servicios lo realiza una empresa

<sup>63</sup> Fuente: elaboración propia en función de los datos de Envejecimiento en red.

<sup>64</sup> Los primeros datos han sido obtenidos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y los segundos del IMSERSO, por lo que no coinciden de manera absoluta pero sí se encuentran muy cercanos y reflejan una misma situación. El IMSERSO con sus distintas bases de datos y el CSIC con su equipo de Envejecimiento Enred son los referentes en la producción de información respecto a la población mayor.

<sup>65</sup> Fuente: elaboración propia en función de los datos estadísticos del IMSERSO

privada<sup>66</sup>. Los datos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)<sup>67</sup> también demuestran una importante variación en la titularidad a nivel del estado, siendo que Cataluña, Castilla-León y Madrid presentan las mayores proporciones de residencias con titularidad privada. Esto, sin embargo, debe diferenciarse de la financiación de las plazas ya que una residencia privada puede financiarse con recursos público, como es el caso de Cataluña donde más de la mitad de las plazas en centros privados se financian con recursos públicos.

En cuanto a la clasificación de las residencias en función de su tamaño, se puede observar que en el año 2020 la distribución entre los centros pequeño-medianos (menos de 50 plazas) y aquellos mediano-grandes (más de 50 plazas) se encuentra equilibradamente distribuida, aunque se puede apreciar un considerable crecimiento de estas últimas desde el año 2006. En el año 2020 únicamente el 19,7% de plazas residenciales se encontraban en alojamientos de menos de 50 personas, por el contrario, el 79,3% restante residía en grandes centros residenciales<sup>68</sup>.

Tal como se indicó anteriormente, existe una enorme variedad de situaciones en función de las distintas regiones y provincias que componen el territorio nacional. Así, podemos señalar casos donde las residencias de más de 50 personas constituyen el 90% de las residencias totales. Esto ocurre, por ejemplo, en Madrid, La Rioja y Alicante<sup>69</sup>. Álava, por el contrario, presenta la situación opuesta, con más del 50% de plazas residenciales en alojamientos de menos de 50 personas<sup>70</sup>.

A falta de estudios respecto al funcionamiento de las instituciones en función del tipo de titularidad y de datos concretos que nos permitan señalar que la gestión privada conlleva inversiones a la baja y como esto podría estar repercutiendo en la calidad de los servicios<sup>71</sup>, sí nos atrevemos a afirmar, siguiendo estudios internacionales, que las residencias de titularidad privada tienen ratios más bajas de profesionales-usuarios, ofrecen peores salarios y contratan personas con menores cualificaciones y presentan un índice de rotación laboral mayor<sup>72</sup>.

En esta misma línea, las investigaciones realizadas en relación con el impacto de la mortalidad de los y las usuarios/as de residencias durante la pandemia COVID-19 refleja, a nivel internacional (en países como Australia y Reino Unido) y a nivel español, una mayor incidencia de esta en las residencias de titularidad privada<sup>73</sup>. Por otra parte, y

<sup>66</sup> PÉREZ DÍAZ, Julio et al., *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos, Informes Envejecimiento en red, n°29*, Op. cit.

<sup>67</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, María del Pilar, RAMIRO FARIÑAS, Diego y CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Informes Envejecimiento en red n°27*, Madrid, 2021, <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>

<sup>68</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio et al., *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Informes Envejecimiento en red n°27*, Op. cit.

<sup>69</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio et al., *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Informes Envejecimiento en red n°27*, Op. cit.

<sup>70</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio et al., *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Informes Envejecimiento en red n°27*, Op. cit.

<sup>71</sup> RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio et al., *Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD). Resumen Ejecutivo*, Op. cit.

<sup>72</sup> ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria et al., “The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, Op. cit.

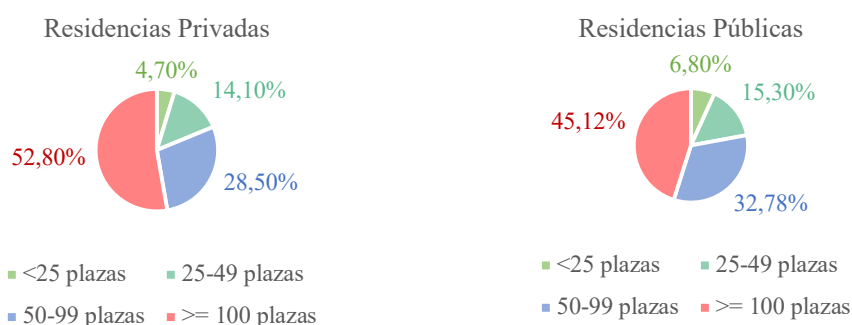
<sup>73</sup> ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria et al., “The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, Op. cit.

probablemente en función de esta misma variable, se pueden percibir diferencias entre comunidades autónomas, siendo para el caso español que Castilla-La Mancha y Madrid presentaron los datos más altos de exceso de mortalidad<sup>74</sup> en personas mayores de 65 años (de marzo a junio de 2020)<sup>75</sup>. Si se tiene en cuenta la relación entre los dos elementos previamente mencionados, titularidad y tamaño, se obtienen los datos que reflejan la tabla 2 y el gráfico 4.

Tabla 2. Centros residenciales por tipo y tamaño, 2020<sup>76</sup>

	< 50	> 50
Privado	1840	2076
Público	896	744
Total	2736	2820

Figura 6 Distribución por titularidad y tamaño, 2020<sup>77</sup>



Se puede apreciar que en el sector privado se da una mayor presencia de las residencias de tamaño medio-grande, y es que el 53,01% de ellas tienen capacidad para más de 50 personas. En el caso del sector público, la situación es la contraria ya que el 45,12% de las residencias presentan este tamaño, mientras que más de la mitad tienen una estructura de tamaño menor.

Pasando por último al número de plazas ofrecidas y al índice de cobertura<sup>78</sup>, hay que señalar que las primeras reflejan un aumento considerable desde el año 2001 a 2010 estancándose, e incluso descendiendo levemente, a partir de esa fecha. El índice de cobertura también se mantiene relativamente constante tras el pico alcanzado en el año 2011.

<sup>74</sup> El exceso de mortalidad se define como el incremento de los fallecimientos sobre los fallecimientos esperados (y establecidos en función de modelos que tienen en cuenta medias históricas observadas)

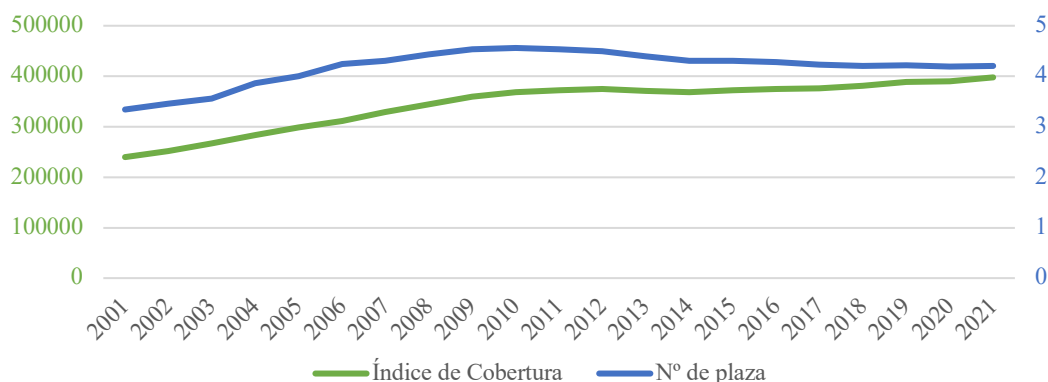
<sup>75</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL ESPAÑA (CES), *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Op. cit.

<sup>76</sup> Fuente: elaboración propia en base a los datos de Envejecimiento en red, 2021

<sup>77</sup> Fuente: elaboración propia en base a los datos de Envejecimiento en red, 2021

<sup>78</sup> Se denomina índice de cobertura a las plazas existentes con relación a la población mayor de 65 años.

Figura 7 Evolución de número de plazas e índice de cobertura<sup>79</sup>



En el año 2020 había un total de 384.251 plazas para personas mayores<sup>80</sup>. No se puede señalar el nivel de ocupación de las residencias por la inexistencia de esta información, pero el CSIC lo calcula en torno a un 77%<sup>81</sup>. En cuanto a las viviendas compartidas, únicamente el 0,11% de la población mayor de 65 años hace uso de una plaza de este tipo (estas soluciones se concentran principalmente en el País Vasco y Navarra)<sup>82</sup>.

### 3.- Características de las personas mayores que viven actualmente en instituciones

Como ya sabemos, en los últimos años se ha producido un proceso de envejecimiento de la población en residencias. Así lo manifiesta una aproximación al perfil demográfico de las personas mayores en residencias, que aun aplicando el patrón de *residencialidad* de 2011<sup>83</sup>, muestra como el peso de los grupos de más edad era en 2019 mayor que en ese año de referencia. De esta forma, en el periodo de análisis, “ha habido un desplazamiento del peso porcentual hacia los grupos de edad más avanzada. La población de 80 y más años supone el 79% de toda la población que vive en residencias, cuya edad media en conjunto ha pasado de 85 a 86 años entre esas dos fechas”<sup>84</sup>.

<sup>79</sup> Fuente: elaboración propia en base a datos de las Estadísticas del IMSERSO.

<sup>80</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar y GONZALO GIMÉNEZ, Elena, “COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España”, *Gac Sanit*, vol.36 nº3, Barcelona, 2022, pp.270-273

<sup>81</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio et al., *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Informes Envejecimiento en red nº27*, Op. cit.

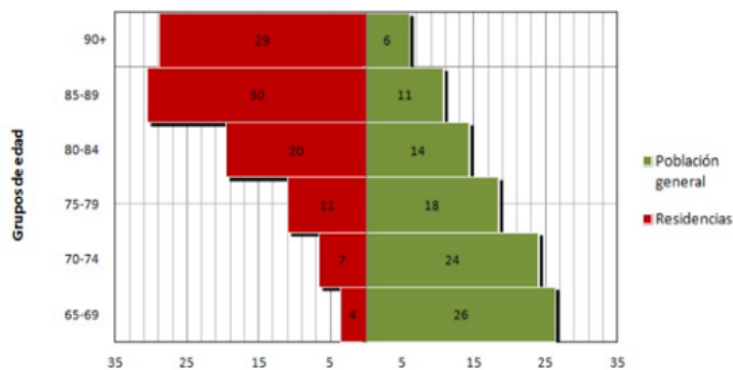
<sup>82</sup> CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL ESPAÑA (CES), *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Op. cit.

<sup>83</sup> Es importante entender la metodología empleada para realizar este cálculo. Según explican sus autores, “tomamos la estructura por edades de la población mayor (65+ años) viviendo en residencias en 2011, y calculamos para cada grupo de edad quinquenal su proporción respecto a la población total de personas en ese grupo de edad en España, obtenemos un patrón de *residencialidad* de 2011. Aplicamos ese patrón a la población de 2019, de este modo obtenemos una estimación de población mayor viviendo en residencias en 2019, suponiendo que se mantiene la tendencia a vivir en residencias de 2011”.

<sup>84</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, Pilar, FERNÁNDEZ MORALES, Isabel, RAMIRO FARIÑAS, Diego, PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio, *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*, 2020, disponible en <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>

La estructura por edad de la población en residencias en relación con la de la población general (Figura 8)<sup>85</sup> se muestra casi simétricamente inversa a la de la población mayor que vive en viviendas familiares.

Figura 8 Población (%) y población general por edad que vive en residencia en España<sup>86</sup>



En la misma línea, otros servicios como los SAD (Servicios de Atención a Domicilio)<sup>87</sup> muestran una estructura sociodemográfica de las personas usuarias similar a los centros residenciales e igualmente caracterizada por la feminización y el mayor envejecimiento de las personas que requieren cuidados. En 2021, las personas mayores de 65 años que disfrutaban de servicios de atención a domicilio eran mujeres en un 71,9% y hombres en un 28,1 %. Si nos fijamos en la franja específica de las personas mayores de 80 años, que suponen un 68,5% del total, estas eran también mayoritariamente mujeres, 72,6% frente a un 27,4% de hombres<sup>8889</sup>.

En España, las personas mayores cuyo domicilio es un centro residencial son menos del 4% de las personas mayores de 65 años y menos del 1% de la población general<sup>90</sup>. No existen datos que especifiquen las características sociodemográficas de las personas residentes, aunque sí se pueden señalar una de esas variables: la distribución por sexo.

Rodríguez Rodríguez y Gonzalo Giménez<sup>91</sup> señalan que el 71% de las residentes de estos alojamientos son mujeres (cifra que se eleva al 80% en las personas mayores de 80 años) y los datos del IMSERSO<sup>92</sup> de febrero 2023 apuntan que el 62,79% de las

<sup>85</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio et al., *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*, Op. cit.

<sup>86</sup> Fuente: INE, cifras de población 2019, (población general). Envejecimiento en Red. Estimación de personas en residencias. Cada lado de la pirámide suma 100.

<sup>87</sup> “Constituido por el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas mayores con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas acreditadas para esta función”.

<sup>88</sup> Hay que indicar que no se disponen de datos de Bizkaia desde 2018.

<sup>89</sup> MINISTERIO DE SERVICIOS SOCIALES Y AGENDA 2030, IMSERSO, *Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España. Informe 31/12/2021, 2022*, disponible en [https://imserso.es/documents/20123/2794117/inf\\_sspmmesp2021.pdf/8f175b2f-016d-17e2-bbb1-ea46141ea095](https://imserso.es/documents/20123/2794117/inf_sspmmesp2021.pdf/8f175b2f-016d-17e2-bbb1-ea46141ea095) (última consulta 29 de junio de 2023)

<sup>90</sup> ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria, “COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes”, *Gac Sanit*, vol.36 nº1, Barcelona, 2022, pp.3-5

<sup>91</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar y GONZALO GIMÉNEZ, Elena, “COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España”, Op. cit.

<sup>92</sup> IMSERSO, datos de estadísticas mensuales de febrero 2023, disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>

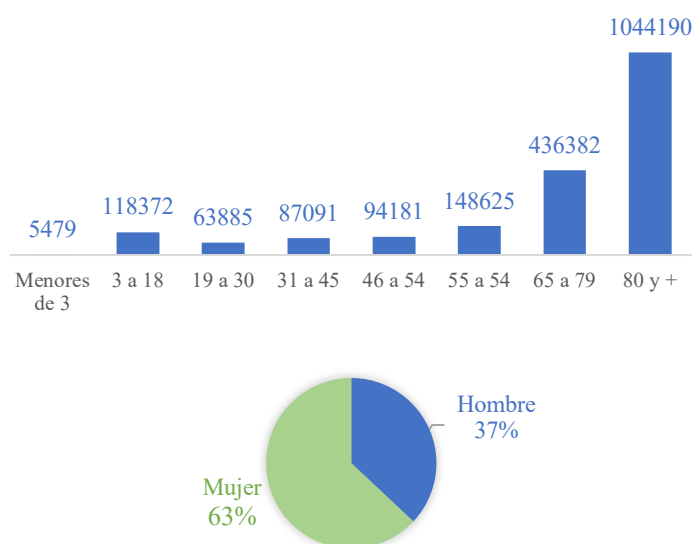
solicitudes registradas en el SAAD (Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia) son también de mujeres. Se puede afirmar, por tanto, que el sistema de protección social en la vejez se encuentra claramente atravesado por la dimensión de género.

Por otra parte, utilizando también indicadores aproximativos, se podría establecer la edad como una característica del uso de las residencias, ya que existe una relación inversamente proporcional entre edad y autonomía. Las estadísticas señalan que en febrero 2023 el 36,45% de las personas mayores de 80 años han presentado una solicitud al SAAD, mientras que solo lo han hecho 6,60% de las personas entre 65 y 79 años.

Obviamente no todos los solicitantes presentan demandas para residencias, pero teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento se puede inferir que un importante número lo harán. Además, a estas cifras se deberían añadir aquellas personas que se encuentran en residencias sin haber pasado por el sistema de evaluación estatal (por estar en residencias privadas u otro tipo de situaciones).

Teniendo en cuenta la cuestión de la edad, se podría presumir también como características de quienes residen en centros residenciales una alta prevalencia de enfermedades crónicas y de situaciones de dependencia.

Figura 9 Solicitantes por tramo de edad y sexo, febrero 2023<sup>93</sup>



A falta de otros indicadores sociodemográficos podemos señalar el discurso de algunos entrevistados para esta investigación (entrevista EPM1-23.02-Experto) donde se apunta que el uso de las residencias se encuentra también atravesado por la variable clase social, ya que aquellas personas que pueden evitar su ingreso con la compra de recursos individualizados en el mercado, o como complemento de los servicios, evitarán ingresar en un alojamiento de 24 horas. Esta es una cuestión que no se puede afirmar pero que es interesante señalar para futuras investigaciones.

<sup>93</sup> Fuente: IMSERSO, Informe mensual SAAD



## Capítulo Segundo: Factores de riesgo de los procesos de institucionalización

Entendemos por factores desencadenantes y de riesgo de la institucionalización, todos aquellos atributos y/o características y circunstancias – ya sean personales o contextuales – que llevan a la toma de decisión de un itinerario de institucionalización en el caso de los factores desencadenantes, o incrementan la probabilidad de que las personas se vean expuestas a ese itinerario en el supuesto de los factores de riesgo. A continuación, se analizarán y agruparán tanto los factores de riesgo como los desencadenantes de los procesos de institucionalización de modo que puedan ser comprendidos a la hora de establecer medidas de prevención.

### 1.- Factores de riesgo personales que llevan a la toma de decisión de un itinerario de institucionalización

#### 1.1.- Factores sociodemográficos: género y edad

El género y la edad constituyen una primera dimensión de factores de riesgo y desencadenantes de institucionalización que podemos denominar como demográficos<sup>94</sup>, se trata de características personales que asociadas con otras, como la pérdida de un buen estado de salud y las consecuentes necesidades de apoyo y cuidado.

En concreto, y de forma general, serían factores de riesgo sociodemográficos para la institucionalización: la edad avanzada (más de 80 años) y el ser mujer.

Lamentablemente, la información resulta dispersa, incompleta y fragmentaria por lo que sólo son posibles aproximaciones al perfil de las personas mayores institucionalizadas. Esta situación se puso especialmente de manifiesto a raíz de la pandemia de COVID-19 que “ha destapado la escasa y dispersa información y el desconocimiento general sobre la vida en residencias, muy cercano a un descuido general, social, político y sanitario”<sup>95</sup>.

Si tomamos como aproximación el perfil de todas las personas beneficiarias de prestación de dependencia en España, observamos que, a fecha de 31 de diciembre de 2022, casi dos tercios son mujeres (63,8%) y un tercio son hombres (36,2%). No todas ellas son personas mayores, pero sí una gran parte: el 72,7% de las personas en situación de dependencia reconocidas tiene más de 65 años y las mayores de 80 suponen el 53,4% del total<sup>96</sup>. Estas características sociodemográficas de las personas residentes también son

<sup>94</sup> En el estudio de ámbito temático 2 puede verse la orientación sexual y la identidad de género, no tanto como factores de riesgo de la institucionalización sino, como factores diferenciales personales sobre lo que se construyen barreras de acceso a servicios de apoyo y cuidados y en este mismo sentido podemos considerarlo un factor diferencial de los itinerarios de desinstitucionalización.

<sup>95</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio et al., *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*, Op. cit.

<sup>96</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel, REVILLA CASTRO, Álvaro, FUENTES JIMÉNEZ, Manuel, SANZ YAGÜEZ, Daniel y CAVERO CANO, Gonzalo, *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, 2023, disponible en <https://directoressociales.com/dependencia/> (última consulta 15 de octubre de 2023)



apuntadas por algunas de las profesionales informantes en la investigación cualitativa realizada:

*(...) sí que hay un denominador común y es que vemos mucho que las personas van a las residencias en sus etapas finales de vida y también pasa mucho que van muchas mujeres porque cuidan, pero luego ellas... pero sobre todo eso personas muy mayores (EPM31-24.05-Privado).*

Analizando la poca información disponible acerca del perfil de las personas residentes en alojamientos para personas mayores, el 71% son mujeres teniendo el 80% más de 80 años<sup>97</sup>. Aquí se pone en evidencia cómo la mayor esperanza de vida de las mujeres<sup>98</sup> constituye un factor de riesgo de institucionalización para las mismas. Con todo, en determinadas situaciones, el hecho de ser hombre puede resultar igualmente un factor de riesgo para el inicio de un itinerario de institucionalización, especialmente cuando se asocia a la soledad y a la viudez. Por ejemplo, un estudio finlandés de 2008 descubrió que aquellos hombres mayores que vivían solos y aquellos que vivían con otras personas tenían un 70% y un 56% mayor de riesgo de institucionalizarse que los que viven con sus esposas<sup>99</sup>. La literatura sugiere como explicación que, en primer lugar, las esposas suelen proveer directamente cuidado personal a sus maridos y ayudan en la búsqueda y solicitud de servicios de base comunitaria que pueden retrasar la institucionalización<sup>100</sup>. En segundo lugar, que mantener una pareja tiene efectos beneficiosos en la salud mental y psicológica al proveer apoyo social<sup>101</sup> y ayuda a mantener y reforzar hábitos de vida saludable lo que afecta indirectamente a la necesidad de institucionalización en las edades avanzadas<sup>102</sup>. En tercer lugar, que vivir con una pareja puede estar asociado a mejores condiciones económicas y habitacionales<sup>103</sup>.

Este factor de riesgo estaría relacionado, por lo tanto, no solo con la viudez sino también con el estado de salud y el bienestar material. Pero, en cualquier caso, la institucionalización de estas y, en consecuencia, el mayor porcentaje de personas mayores en centros residenciales y también aquellas que requieren otros servicios de apoyo para personas mayores, como analizaremos con más detalle a continuación, son mujeres. Porque viven más y porque la edad avanzada, como estamos viendo, es ese otro factor de riesgo relevante de institucionalización. No obstante, algunas de las informaciones

<sup>97</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar y GONZALO GIMÉNEZ, Elena, “COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España”, Op. cit.

<sup>98</sup> En 2022 la esperanza de vida en España más allá de los 65 años se situaba en 18,35 años adicionales para hombres y 22,31 años para las mujeres, siendo uno de los mayores tanto Europa como en el mundo. Fuente: *Human Mortality Database (HMD). Tabla de esperanza de vida (1908-1974); Instituto Nacional de Estadística (INE). Tablas de mortalidad (1975-2020). Consulta en febrero de 2022.*

PÉREZ DÍAZ, Julio et al., *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos, Informes Envejecimiento en red, n°29*, Op. cit.

<sup>99</sup> NIHTILA, Elina, MARTIKAINEN, Pekka, “Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: The role of socioeconomic factors and health characteristics”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008, n°36, pp.35–43, p.40.

<sup>100</sup> FREEDMAN, Vicki A., “Family structure and the risk of nursing home admission”, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1996, 51:S, pp.61.69.

<sup>101</sup> ROSS, Catherine E., “Reconceptualizing marital status as a continuum of social attachment”, *J Marriage Fam*, 1995, n°57, pp.129–40.

<sup>102</sup> JOUNG, Inez M., STRONKS, Karien, VAN DE MHEEN, H. Dike, MACKENBACH, Johan P., “Health behaviours explain part of the differences in self-reported health associated with partner/marital status”, *The Netherlands Journal of Epidemiology Community Health*, 1995 n°49, pp.482–488.

<sup>103</sup> NIHTILA, Elina, MARTIKAINEN, Pekka, “Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: The role of socioeconomic factors and health characteristics”, Op. cit., p.41.

recogidas de profesionales del sector parecen reforzar esta diferencia entre hombres y mujeres a la hora del inicio de procesos de institucionalización:

*Normalmente continúa prevaleciendo el hecho de que cuando es el marido o el hombre el que es dependiente, pues continúa prevaleciendo el hecho de que la cuidadora sea la mujer y que además hasta una fase mucho más avanzada no pide ayuda o no se le reconoce esa necesidad de ayuda o de sobrecarga. Eso continúa prevaleciendo. Quiero decir, que cuando atendemos a un hombre normalmente ya está en una fase avanzada o media. Cuando atendemos a una mujer, normalmente, es una fase más inicial de la enfermedad y de la dependencia. Y eso es, bueno, por desgracia yo creo que cuesta, que va cambiando, pero prevalece hoy en día en la tipología de los servicios (EPM33-14.06-Privada).*

El género, en este caso ser mujer, también actúa como factor de riesgo de la institucionalización cuando entendemos que las mujeres como consecuencia de las desventajas acumuladas durante toda su vida, cuando alcanzan la edad mayor tienen niveles menores de bienes y oportunidades por lo que sus posibilidades de optar a formas de apoyos o cuidados más compatibles con sus derechos es bastante escasa<sup>104</sup>.

## 1.2.- El estado de salud y las grandes necesidades de apoyo

El Estado de salud constituye un relevante predictor de institucionalización. Las personas mayores institucionalizadas suelen ser personas con un mal estado de salud. Tanto la dependencia para la realización de actividades de la vida diaria, como la presencia de deterioro cognitivo incrementan significativamente el riesgo de ingreso<sup>105</sup>.

Podemos encontrarnos ante dos grandes perfiles bien diferenciados: por un lado, el de las personas mayores necesitadas de apoyo por un deterioro grande de salud asociado en muchas ocasiones a enfermedades crónicas para las que la institucionalización se llega a contemplar como la única salida viable; por otro lado, aquellas personas mayores que pueden seguir en casa y en las que se debe incidir en la prevención para prolongar esa situación o en servicios de apoyo flexibles que no impliquen la salida del domicilio, en la línea de la filosofía de envejecer en casa.

En un estudio relativamente reciente en España<sup>106</sup> en el que se analizaban mediante 16 indicadores el estado de salud de personas residentes en 111 centros residenciales de personas mayores en 15 Comunidades autónomas, se concluía que el 76% de las personas que ingresan por primera vez en los centros residenciales analizados tiene tres o más diagnósticos médicos activos. Presentan, por lo tanto, pluripatología. El 54,5% padece malnutrición o está en riesgo de padecerla al ingreso. Un 18% de las

<sup>104</sup> VICENTE ECHEVARRÍA, Irene, *¿Dónde y cómo vivir?: Vivir en casa, vivir en comunidad y otras alternativas residenciales*, Cuaderno nº3, Colección Construyendo una sociedad inclusiva y amigable con las personas mayores desde los derechos, 2021, disponible en <https://www.helpage.es/donde-y-como-vivir-vivir-en-casa-vivir-en-comunidad-y-otras-alternativas-residenciales/> (última consulta 15 de mayo de 2023)

<sup>105</sup> DOSIL DÍAZ, Carlos, IGLESIAS SOUTO, Patricia María, TABOADA ARES, Eva M<sup>a</sup>., DOSIL MACEIRA, Agustín, REAL DEUS, José Eulogio, “Perfil de las personas mayores usuarias de las residencias de asistidos”, *Revista de Psicología*, Vol. 5 nº1, 2014, pp.291-298, p.292

<sup>106</sup> FUNDACIÓN EDAD y VIDA INSTITUTO PARA LA MEJORA, PROMOCIÓN E INNOVACIÓN DE LA ALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES, *Informe Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales*, 2015, Madrid, disponible en <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/sociosanitario/perfil-sanitario-de-personas-ingresadas-en-centros-residenciales-edad-y-vida.pdf> (última consulta 10 de mayo de 2023)

personas ingresan con úlceras por presión (más de la mitad procedentes de centros hospitalarios) y hasta un 58% está en riesgo de padecerlas al ingreso. El 27% de los nuevos ingresos obtiene una puntuación en la *escala de Barthel* (valoración de la capacidad individual para realizar las actividades de la vida diaria) inferior a 20 puntos, por lo que se trata de personas en total situación de dependencia. Este porcentaje asciende al 45% si incluimos a las personas en situación de dependencia grave en esta escala. En relación con la *escala Minimal* (valoración del estado cognitivo), el 63% de las personas que ingresan tienen sus funciones cognitivas alteradas, con una puntuación igual o inferior 23 puntos.

Los diagnósticos principales son los relacionados con el Alzheimer, los trastornos mentales y otras demencias, así como las enfermedades hipertensivas y relacionadas con el aparato cardiocirculatorio. De hecho, varios de los informantes refieren procesos concretos de institucionalización que se relacionan directamente con enfermedades como el Alzheimer u otras formas de demencia.

Las alteraciones del estado de salud, que implican un empeoramiento de esta, estando asociadas a determinados procesos de envejecimiento, sobre todo las relacionadas con las demencias, serían, por lo tanto, un relevante predictor de los procesos de institucionalización en las personas mayores, especialmente del ingreso en centros residenciales. Varias de las personas profesionales entrevistadas plantean que, en esos casos, la decisión del ingreso en un centro residencial se encuentra muy mediada por la sobrecarga familiar en el cuidado:

*Las personas que tienen algún proceso de deterioro cognitivo, en este caso lo que les empuja es la sobrecarga familiar, es decir, la sobrecarga de cuidar una persona con demencia durante 24 horas 365 días normalmente focalizado en una sola persona, es insoportable (EPM12-17.03-Autonómico).*

Además, alguna de las personas entrevistadas apunta que, en los últimos años, el deterioro de la salud como factor de riesgo del ingreso en centros residenciales se ha hecho más evidente, quedando los centros residenciales para las personas mayores con grandes necesidades de cuidado:

*Pues mira, yo he notado diferencia... antes personas como más autónomas e independientes decidían ir a las residencias y ahora el perfil que va a las residencias son personas con mayor grado de dependencia y mayor grado de necesidad o mayor grado de vulnerabilidad, que precisan más atención (EPM3\_24.02\_Tercer Sector).*

## 2.- Factores de riesgo contextuales que llevan a la toma de decisión de un itinerario de institucionalización

### 2.1.- Factores sociocomunitarios: la participación

El envejecimiento es un proceso vital y dinámico en el que se va ganando edad con implicaciones multidimensionales, especialmente biológicas, sociológicas y culturales<sup>107</sup>. La funcionalidad de las personas mayores se ve afectada por factores intrínsecos como la prevalencia de algunas enfermedades crónicas y factores extrínsecos,

<sup>107</sup> DUQUE, Juan Manuel, MATEO ECHANOGORRIA, Adela, (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, IMSERSO, 2008, <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/abay-participacion-01.pdf> (última consulta 9 de julio de 2023)

entre ellos la participación social<sup>108</sup>. De hecho, a inicios del presente siglo la OMS estableció una relación estrecha entre las funciones físicas con el nivel de autonomía y de participación social en comunidad<sup>109</sup>. De allí que varios estudios hayan identificado la participación social de las personas mayores como un factor protector frente a los problemas de salud y discapacidad en la vejez y, por el contrario, la ausencia de esta como un factor de riesgo para la dependencia<sup>110</sup>. Teniendo en cuenta lo anterior, y habiendo identificado hasta este punto que la institucionalización está estrechamente relacionada con el deterioro en la salud y el desarrollo de dependencia, la falta de participación social supone un factor de riesgo para el inicio de un itinerario de institucionalización en personas mayores.

Los estudios de gerontología han centrado sus análisis en el aspecto más economicista y demográfico de la vejez, relegando a un segundo plano la temática participativa. Sin embargo, desde las últimas décadas del siglo pasado se empezaron a desarrollar estudios motivados por la idea de que el bienestar en las personas mayores es promovido por niveles más altos de participación en actividades sociales y de ocio, respondiendo a un cambio de enfoque de los estudios sobre personas mayores desde los que se empezó a hablar en países como Estados Unidos, sobre envejecimiento productivo o envejecimiento exitoso, centrando la atención en las necesidades surgidas de las personas en la última etapa vital<sup>111</sup>. Por ejemplo, a finales de la década de los ochenta Rowe y Kahn incorporan el concepto de envejecimiento exitoso en contraposición del envejecimiento usual y patológico<sup>112</sup>. De acuerdo con estos autores, el envejecimiento exitoso se podía entender como: a) una baja probabilidad de padecer enfermedades o invalidez, b) alta capacidad de funcionamiento físico y cognitivo y c) un alto compromiso con la vida, tanto en términos de relaciones interpersonales como en participar en

<sup>108</sup> SEPULVEDA-LOYOLA, Walter, DOS SANTOS LOPES, Rosielma, TRICANICO MACIEL, Renata Pires y SUZIANE PROBST, Vanessa, Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol.37, n°2, 2020, pp.341-349, p.342.

<sup>109</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001, disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1> (última consulta 8 de julio de 2023).

<sup>110</sup> SEPULVEDA-LOYOLA, Walter, CAMILLO, Carlos Augusto, VALENZUELA TORRES, Carlos and PROBST, Vanessa Suziane, “Effects of an exercise model based on functional circuits in an older population with different levels of social participation”, *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 2, n°18, 2018, pp.216-223

DOUGLAS, Heather, GEORGIU, Andrew, WESTBROOK, Johanna, “Social participation as an indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health”, *Australian Health Review*, vol. 4, n°41, 2017, pp.455–62

CHIAO, Chi, WENG, Li-Jen, BOTTICELLO, Amanda L., “Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan”, *BMC Public Health*, 2011, disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103460/> (última consulta 9 de julio de 2023)

HOLT-LUNSTAD, Julianne, SMITH, Timothy B., LAYTON, J. Bradley, “Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review”, *PLoS Medicine*, vol.7, n°7, 2010, disponible en <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316> (última consulta 9 de julio de 2023)

<sup>111</sup> DUQUE, Juan Manuel, MATEO ECHANOGORRIA, Adela, (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, Op. cit.

<sup>112</sup> ROWE, John W., KAHN, Robert L., “Human aging: usual and successful”, *Science*, vol. 237, 1987, pp.143-149.



actividades productivas<sup>113</sup>. Desde esta perspectiva, el envejecimiento debía entenderse como un fenómeno multidimensional, trascendiendo el aspecto sanitario, en tanto entrañaba también factores biológicos, psicológicos y sociales.

En el contexto europeo tuvo mayor recepción el concepto de envejecimiento activo promovido por la OMS como respuesta política al envejecimiento demográfico. De acuerdo con el modelo de la OMS, el envejecimiento activo se entiende como “el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”<sup>114</sup>. Desde este modelo se promovía la autonomía como habilidad para controlar, adaptarse y tomar decisiones de la propia vida basado en las propias reglas y preferencias; la independencia como la habilidad de realizar las actividades de la vida diaria de manera autónoma y la capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad; la calidad de vida, como la percepción individual de la propia posición en la vida en el propio contexto cultural y de acuerdo a los propios objetivos, expectativas y preocupaciones.

Junto con estos dos modelos presentes en la literatura gerontológica, se siguieron elaborando otros marcos interpretativos como el envejecimiento saludable, positivo y con éxito; el envejecimiento armonioso y nuevos enfoques más críticos con los modelos tradicionales<sup>115</sup>. Sea como fuere, la relevancia de estos marcos conceptuales reside en la promoción de un enfoque basado en los derechos de las personas mayores, más que en sus necesidades de cuidado, y desde el cual se les reconoce la igualdad de oportunidades y de trato, así como su responsabilidad para ejercer su participación tanto política como en otros aspectos de la vida comunitaria. La relevancia de este enfoque consistió en un cambio de paradigma que desafiaba los estereotipos y prejuicios sociales asociados a la vejez, brindando una imagen de las personas mayores desde su autonomía y participación en oposición a la visión más tradicional de la vejez desde su pasividad y dependencia<sup>116</sup>.

A la luz de este nuevo paradigma, no se pretende negar que las personas mayores suelen enfrentar retos en la etapa de la vejez que vienen dados por diferentes razones de distinta índole como, por ejemplo, aquellos que vienen aparejados con el acontecimiento de la cesación de las actividades productivas ya sea por motivo de jubilación o por impedimentos en la salud, implicando para ellos un cambio sustantivo a nivel material, en ciertos casos salarial, y simbólico, entre otras cosas por la pérdida de los espacios de sociabilidad que el trabajo provee. Por el contrario, se coloca el foco en las nuevas oportunidades que se presentan para ellas, sobre todo cuando existen los espacios y recursos para que sigan desarrollando su proyecto de vida.

Una de las maneras de afrontar estos nuevos cambios en la trayectoria vital de las personas ha sido el asociacionismo, que se presenta como una herramienta clave de participación que “se beneficia de un proceso de retroalimentación marcado, de una parte, por la oportunidad de participación que ofrecen las distintas asociaciones a las personas

<sup>113</sup> ROWE, John W., KAHN, Robert L., “Successful aging”, *Gerontologist*, vol. 4, n° 37, 1997, pp.433-440.

<sup>114</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid, 2002, disponible en <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002> (última consulta 8 de julio de 2023)

<sup>115</sup> RITA PETRETTO, Donatella, PILI, Roberto, GAVIANO, Luca, MATOS LÓPEZ, Cristina, ZUDDAS, Carlo, “Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales”, *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 51, n° 4, pp.229-241.

<sup>116</sup> DEL BARRIO TRUCHADO, Elena, PINZÓN PULIDO, Sandra, SANCHO CASTIELLO, Mayte, GARRIDO PEÑA, Francisco, “Ciudadanía activa y personas mayores: viejos conceptos, nuevos abordajes. Una revisión sistemática y metasíntesis cualitativa”, *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol. 5, n°55, 2020, pp.289-299, p.296.



mayores, y de otra, por la creación de asociaciones concretas de las mismas”<sup>117</sup>. Como lo expresaba el presidente de FOAM, Martín Durán, el movimiento asociativo ha ido evolucionando en España y si bien tradicionalmente las asociaciones se orientaron a actividades de ocio y tiempo libre, asistencia y acompañamiento de personas mayores, ahora estas demandan la creación de espacios políticos y de carácter reivindicatorio, en las que puedan tomar decisiones que les afectan<sup>118</sup>.

Además del asociacionismo, la participación de personas mayores puede llevarse a cabo a través del voluntariado, permitiendo el intercambio generacional de experiencias y saberes y el reconocimiento de la importancia de estas para las funciones de la sociedad. Aunado a lo anterior, las personas mayores podrían gozar de los beneficios que genera el voluntariado, entre los que se encuentran: “aumento de la cantidad y calidad de relaciones sociales, mejora del bienestar y mejora de la percepción subjetiva de la salud y el desarrollo de la percepción de *propósito* o de *sentido* de la vida”<sup>119</sup>. Por otro lado, la actividad política, no sólo de manera transitoria como la participación en huelgas o la asistencia a manifestaciones, sino también a través de la afiliación a partidos políticos o sindicatos, aprovechando el peso demográfico para ganar representatividad y una plataforma para sus propias reivindicaciones. Algunos ejemplos de ellos en España están el Consejo Estatal de Personas Mayores y los Consejos Regionales y Municipales.

Finalmente, el aprendizaje continuo, a través de cursos y talleres de alfabetización y programas universitarios, pero también de programas tendientes a fortalecer el estado de salud como aquellos para el mantenimiento y/o recuperación de la memoria, entre otros<sup>120</sup>; y el aprovechamiento del ocio y el tiempo libre, entre los que se ubican, entre muchas opciones, el turismo y la religión. De hecho, un estudio realizado en diez países europeos, entre los que se encontraban España, que buscaba determinar la relación entre participación social y cambios en síntomas de depresión en personas mayores concluyó que “la participación en actividades religiosas era la única forma de participación social asociada con una disminución de síntomas depresivos”<sup>121</sup>.

El desplazamiento de la participación social de personas mayores hacia el centro de la literatura especializada en gerontología y geriatría ha motivado investigaciones sobre la temática que establecen la relación directa entre participación social y procesos de empoderamiento de las personas mayores, así como con “el aumento de posibilidades de resolver los problemas que los involucran, de tomar decisiones y de mejorar sus condiciones de vida”<sup>122</sup>. Esta relación se encuentra respaldada por evidencia empírica que demuestra los beneficios que la participación social genera en la salud física y mental de las personas mayores, entre las que podemos destacar: la preservación de la capacidad

<sup>117</sup> DUQUE, Juan Manuel, MATEO ECHANOGORRIA, Adela, (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, Op. cit.

<sup>118</sup> IMSERSO, “La participación de las personas mayores es uno de los pilares del envejecimiento activo”, MAYORES UDP, 2018, disponible en <https://mayoresudp.org/la-participacion-de-las-personas-mayores-es-uno-de-los-pilares-del-envejecimiento-activo/> (última consulta 9 de julio de 2023)

<sup>119</sup> IMSERSO, “La participación de las personas mayores es uno de los pilares del envejecimiento activo”, MAYORES UDP, Op. cit.

<sup>120</sup> DUQUE, Juan Manuel, MATEO ECHANOGORRIA, Adela, (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, Op. cit.

<sup>121</sup> CROEZEN, Simone, AVENDANO, Mauricio, BURDORF, Alex, VAN LENTHE, Frank J., “Social participation and depression in old age: a fixed-effects analysis in 10 European countries”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 182, nº2, 2015, pp.168–176, p.173.

<sup>122</sup> ARIAS, Claudia Josefina, “El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad”, *Revista Kairós Gerontología*, vol. 16, nº4, 2013, pp.313-329, p.318.

cognitiva<sup>123</sup>, dado que la persona mayor al participar en reuniones, por ejemplo, se mantiene conectado al tiempo y al espacio lo cual estimula los sistemas sensoriales, la autoestima, la afectividad, el apoyo emocional y psicológico<sup>124</sup>; la disminución de síntomas depresivos<sup>125</sup>, así como el deseo de suicidio<sup>126</sup>; el aumento de las actividades de la vida diaria<sup>127</sup>, las que a su vez traen consigo aumento en la capacidad funcional y sistémica<sup>128</sup>.

Por lo anterior se ha concluido que las personas mayores que son socialmente activos presentan mayor funcionalidad, más hábitos saludables, menor número de comorbilidades y bajo riesgo de mortalidad que aquellas que no participan de organizaciones comunitarias<sup>129</sup>. En ese sentido, en principio, es plausible inferir que las personas que tienen mayor participación social y comunitaria tienen menos riesgos de desarrollar enfermedades, deterioros en la salud y dependencia, posiblemente reduciendo a la vez los riesgos de iniciar un itinerario de institucionalización al menos por motivos de salud.

Ahora bien, la participación social de las personas mayores en organizaciones sociales y/o grupos comunitarios propicia a su vez la construcción de redes de apoyo de las que se proveen apoyos sociales a estas personas, entendidos estos como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación, que generan en las personas mayor bienestar, reduciendo los sentimientos de aislamiento y el aumento de conductas saludables<sup>130</sup>. En esa misma línea, la OMS reconoció el apoyo social como uno de los principales determinantes del envejecimiento activo y como uno de los factores cardinales que mejoran la salud, la participación y la seguridad. Asimismo, resaltó cómo el apoyo social inadecuado se asocia con el aumento de la morbilidad, la mortalidad y el deterioro de la salud<sup>131</sup>. Posteriormente, cuando introdujo el concepto de envejecimiento

<sup>123</sup> SAKAMOTO, Ai, UKAWA, Shigekazu, OKADA, Emiko, SASAKI, Sachiko, ZHAO, Wenjing, KISHI, Tomoko, KONDO, Katsunori, TAMAKOSHI, Akiko, “The association between social participation and cognitive function in community- dwelling older populations: Japan Gerontological Evaluation Study at Taisetsu community Hokkaido”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 32, nº10, 2017, pp.1131-1140.

<sup>124</sup> SEPULVEDA-LOYOLA, Walter et al., Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa, Op. cit., p.344.

<sup>125</sup> BOURASSA, Kyle J., MEMEL, Molly, WOOLVERTON, Cindy, SBARRA, David A., “Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: comparisons with physical health, depression, and physical activity”, *Aging and Mental Health*, vol. 17, nº2, 2017, pp.133-146.

<sup>126</sup> BERNIER, Sylvie, LAPIERRE, Sylvie, DESJARDINS, Sophie, “Social Interactions among Older Adults Who Wish for Death”, *Clinical Gerontologist*, vol. 43, nº1, 2020, pp.4-16.

<sup>127</sup> TOMIOKA, Kimiko, KURUMATANI, Norio, HOSOI, Hiroshi, “Association Between Social Participation and 3-Year Change in Instrumental Activities of Daily Living in Community-Dwelling Elderly Adults”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 65, nº1, 2017, pp.107-113.

<sup>128</sup> DA SILVA, EM., SEPULVEDA-LOYOLA, Walter, MARTINS DA SILVA, J., CASTILHO DOS SANTOS, Géssika, PEREIRA, Camila, “Comparación entre simple y doble tarea, capacidad cognitiva y equilibrio postural en adultos mayores que participan de tres modalidades de ejercicio físico”, *Revista Fisioterapia*, vol. 42, nº1, 2020, pp.33- 38.

<sup>129</sup> SEPULVEDA-LOYOLA, Walter et al., Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa, Op. cit., p.345.

<sup>130</sup> CASTELLANO FUENTES, Carmen Luisa, “La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 14, nº 3, 2014, pp.365-377, p.365.

<sup>131</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud

saludable reforzó la importancia del entorno y de las relaciones sociales como factores intervinientes en este<sup>132</sup>. Los apoyos sociales tienen dos tipos de fuentes: formal e informal, destacándose primordialmente en esta última la familia – sobre todo en cabeza de la descendencia y cónyuges – así como de las amistades y relaciones vecinales y, en términos generales, personas de la comunidad que proveen ayudas y cuidados no estructurados complementarios a aquellos que brindan los gobiernos; mientras que las fuentes formales son todos aquellos subsidios y programas de prestación de servicios sociales tanto públicos como privados. Sin embargo, estas redes no son estables a lo largo de la vida, por lo que el apoyo que estas brindan también fluctúa con ellas. En la etapa de la vejez se experimentan muchos cambios que pueden producir disrupciones en la red de apoyo social, reducir su tamaño y su funcionalidad. Las razones fundamentales que se destacan son: la pérdida de relaciones en la vejez por la muerte de sus propios familiares y amistades, la jubilación, el ingreso a una residencia y las escasas oportunidades de incluir nuevos vínculos a su red<sup>133</sup>. Así lo reconoce una de las personas entrevistadas de la presente investigación:

*Yo lo digo mucho cuando hacemos formaciones “no es lo mismo 65 años que 65 años”, y todo el mundo lo entiende. Eso quiere decir, que puede haber algo diferencial en torno al envejecimiento, pero no es tan diferencial como el resto de la población. Lo diferencial si puede tener que ver con que se vayan perdiendo relaciones sociales, en la medida en que me voy haciendo mayor, por un lado, los hijos/as, personas dependientes menores vuelan de casa, por otro lado, las personas mayores a quienes están cuidando mueren, por otro lado, me jubilo y pierdo también esa área de relaciones, y por otro lado mis amigos y amigas puede ser que fallezcan también y pierdo esa área de relaciones (EPM14-24.03-Tercer Sector).*

Esto no quiere decir que las redes de apoyo en la vejez sean inexorablemente escasas e insuficientes, sino que en estos escenarios disponer de apoyo social es fundamental, tanto por su asociación con el bienestar integral como por la necesidad de contar con apoyo para las actividades básicas de la vida diaria<sup>134</sup>. Contrario de la creencia generalizada de que el deterioro de la salud y la consecuente dependencia es el factor determinante de la institucionalización, la decisión de internamiento resulta de la combinación del deterioro cognitivo junto con la falta de voluntad de las personas con quienes se convive de prestar los cuidados a las personas mayores y la falta de servicios comunitarios<sup>135</sup>. Hay otros autores que han aseverado que no es el deterioro de salud el factor determinante de la institucionalización, sino la falta de apoyo social<sup>136</sup>.

En algunos casos son las propias personas mayores quienes se inclinan por ingresar a residencias motivados por la pérdida o contracción de sus redes de apoyo informal. En un estudio sociológico sobre la institucionalización de personas mayores en

---

Envejecimiento y Ciclo Vital, “Envejecimiento activo: un marco político”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol.37, nº2, 2002, pp.74-105.

<sup>132</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Década del envejecimiento saludable*, 2019, disponible en [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4) (última consulta 5 de julio de 2023).

<sup>133</sup> ARIAS, Claudia, “La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación”, *Revista de Psicología da IMED*, vol.1, nº1, 2009, pp.147-158, p.151.

<sup>134</sup> XIFRA, M.<sup>a</sup> Julia, “Perfil sociodemográfico y apoyo social percibido de personas mayores en condiciones de vulnerabilidad”, *Revista Ocupación Humana*, vol. 20, nº2, pp.10-24, p.14.

<sup>135</sup> GRANDALL, Richard G., *Gerontology: A behavioral Science Approach*, Newbery Award Records, New York, 1976, pp.308-340, p.312.

<sup>136</sup> GRANDALL, Richard G., *Gerontology: A behavioral Science Approach*, Op. cit.

el País Vasco explicaba que en la muestra estudiada el factor desencadenante de la mayoría de los casos había sido la muerte de la persona con quien convivían. Para algunos se trató de su cónyuge, en otros casos la muerte de sus acompañantes de vivienda-no familiares<sup>137</sup>. Muchas veces ocurre porque se genera una desarticulación con su entorno, lo que deviene en una pérdida del sentido de pertenencia a una comunidad, creando o reforzando sentimientos de soledad y empujando a la propia persona a decidir institucionalizarse. Así lo confirma otra de las personas profesionales entrevistada de la investigación:

*Luego también un poco pues a nivel comunitario el hecho de que no exista o que se esté perdiendo un poco, que es verdad que aquí lo vemos menos porque estamos hablando de municipios pequeños que todavía en ese sentimiento de comunidad están presente, pero que poco a poco se vaya perdiendo también hace que tú no te sientas parte de, y que se pierdan esos apoyos que puedes encontrar fuera: quizá no tengo familia pero tengo a mi vecina, o sé que la persona que tengo en la tienda de en frente está más o menos atenta a que me pueda ocurrir algo. Esa desvinculación que hay a nivel comunitario también favorece a que las personas puedan llegar a marchar de sus domicilios (EPM7-14.03-Tercer Sector).*

Reconociendo lo anterior, la literatura destaca preferentemente las ventajas de contar con una red variada de apoyos informales en el bienestar integral de las personas mayores al proveer los recursos para la satisfacción de necesidades, el sentido del valor social y la potenciación de la autoestima, así como el aumento en los niveles de calidad de vida en la vejez.

Por todo lo antes expuesto, es plausible identificar una relación entre participación social e institucionalización, asumiendo que la falta de aquella puede presentarse como un factor de riesgo para el inicio de un itinerario de institucionalización, toda vez que la baja participación social y comunitaria genera impactos negativos en la salud, en algunas ocasiones acelerando el deterioro cognitivo y la dependencia en la etapa de la vejez, pero también porque la vejez ocurre en contextos de escasos apoyos formales e informales, propiciando las condiciones necesarias para decidir ingresar a la residencia, ya sea por parte de los familiares a cargo de la persona mayor o por la propia persona mayor.

## **2.2.- Factores sociofamiliares y/o relacionados con Redes: la falta de apoyos**

A partir de la identificación de un *familismo* en la gestión de los cuidados y de un patrón de cuidado feminizado de personas mayores en situación de dependencia es plausible proponer como un posible factor de riesgo de institucionalización la falta de redes de apoyos familiares, así como la desproporción de la carga de cuidados en los hombros de las familias y, sobre todo, de las mujeres. Por el contrario, un mayor apoyo familiar y comunitario podría, en principio, evitar el ingreso de estas personas en instituciones residenciales. La literatura especializada sostiene que la mayor cantidad de personas que requieren cuidados son atendidas en mayor medida por el sistema natural de cuidados, esto es, el conjunto de personas que provee cuidados de manera no remunerada y que en su mayoría está compuesto por las familias o personas del entorno

---

<sup>137</sup> BAZO, María Teresa, “Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico”, *Revista Española de Investigaciones sociológicas*, nº53, 1991, pp.149-164, p.151.



cercano de la persona cuidada<sup>138</sup>. En ese sentido, el mayor o menor grado de apoyo familiar a personas mayores – en situación de dependencia o no – las formas y la intensidad con que se prestan responde a varios elementos a los que se debe atender a la hora de proveer un panorama de posibles riesgos de institucionalización en razón a la red de apoyo familiar.

Analizar la red de apoyo familiar como factor de prevención de institucionalización implica considerar quiénes proveen los cuidados y las condiciones en que lo hacen, en tanto existen estudios que han demostrado el impacto de la carga de los cuidados en la vida de las personas cuidadoras no profesionales – en su mayoría familiares y en su mayoría mujeres – en términos de salud, tiempo de ocio y consecuencias de tipo económico, sobre todo laboral o profesional<sup>139</sup>. En concreto, aquellos que se han enfocado en la afectación de la salud, han analizado como variables la depresión, la ansiedad, el estrés y la carga en general de la persona cuidadora<sup>140</sup>. La relevancia de poner el foco en las condiciones en que se proveen los cuidados es porque ese impacto en la salud física y emocional de estas personas cuidadoras afecta de manera progresiva en la adecuada provisión de los cuidados y en una consecuente claudicación que trae aparejada la posibilidad de iniciar un itinerario de institucionalización, sobre todo, en los casos de las personas mayores, cuyo grado de dependencia y necesidad de ciertos cuidados es un factor relevante.

En una encuesta reciente sobre la situación de las personas cuidadoras no profesionales (en su mayoría personas cuidadoras de familiares) en España, sobre una muestra de 506 personas cuidadoras entre 18 y 75 años que cuidan personas de más de 50 años con movilidad reducida por la edad y que requieren de media 27 horas semanales de cuidado, arrojó como resultado que una de las afectaciones más importantes es el descanso, de manera que 76% de las personas encuestadas tiene problemas para dormir, el 32% reconoce tener episodios de ansiedad y si bien hay un mayor porcentaje de cuidadores hombres (40%) que dicen sentirse deprimidos frente a un 21% de mujeres cuidadoras que reconocen estos sentimientos, lo cierto es que la encuesta explica que las mujeres que cuidan de sus familiares encuentran dificultades para pedir ayuda para abordar su propia salud<sup>141</sup>.

Asimismo, el régimen vivencial bajo el cual se encuentran las personas mayores reviste importancia a la hora de determinar el grado de riesgo de una posible institucionalización, lo cual va aparejado al grado de dependencia de estos y de la cantidad de cuidados que estos requieren. Por ejemplo, no tienen el mismo riesgo de ser institucionalizadas las personas mayores que viven en su casa y que lo hacen porque son en su mayoría sujetos independientes, de aquellos que habitan la vivienda de algún familiar, dada la alta frecuencia con la que requieren los cuidados. Asimismo, también

<sup>138</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, DÍAZ MARTIN, Rosa, CASTEJÓN VILLAREJO, Penelope y DEL BARRIO TRUCHADO, Elena, “Las personas mayores y las situaciones de dependencia”, *Revista Del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, nº70, 2007, pp.13-43.

<sup>139</sup> ZEPEDA-ÁLVAREZ, Paulina, MUÑOZ-MENDOZA, Carmen, “Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud”, *GEROKOMOS*, vol. 1, nº30, 2019, pp.2-5.

<sup>140</sup> BUSTILLO, M<sup>a</sup>. Luisa, GÓMEZ-GUTIÉRREZ, Mar, y GUILLÉN, Ana Isabel, “Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años”, *Clínica y Salud*, nº29, 2018, pp.89-100.

<sup>141</sup> CENSUSWIDE, *Encuesta sobre la situación de los cuidadores no profesionales en la sociedad española, 2019*, disponible en <https://www.merckgroup.com/es-es/informes/encuesta-esp%C3%B1ola-sobre-la-situaci%C3%B3n-de-los-cuidadores-no-profesionales-.pdf> (última consulta 6 de junio de 2023).



impacta en el riesgo de institucionalización las maneras en cómo las familias se organizan para proveer los cuidados, pues si bien es cierto que en su mayoría el peso de los cuidados recae sobre ciertos miembros como ocurre en los casos de las hijas que cuidan a sus padres de edad, lo cierto es que también el cuidado de personas mayores suele ser una responsabilidad compartida que en la práctica es llevada a cabo en forma de red de apoyo en la que intervienen diferentes actores<sup>142</sup>.

En el marco del descenso de la mortalidad y de la longevidad de las personas mayores, el envejecimiento y la situación de dependencia ponen de manifiesto el potencial familiar de cuidados, esto es, puede presentarse bien como la posibilidad de fortalecer las redes de apoyo de las personas mayores – sobre todo en situación de dependencia – por la supervivencia de más miembros de la familia o, por el contrario, como una carga por el mayor tiempo en situación de dependencia. En este contexto, una persona adulta puede vivir más tiempo como hija/o de un padre o una madre de avanzada edad que como padre/madre de su propia hija/o en situación de dependencia, en razón a su minoría de edad<sup>143</sup>. Como resultado de esto, se presenta lo que se ha denominado un proceso de verticalización de la familia, de manera que las personas terminan desempeñando tareas de cuidado de abajo hacia arriba, es decir de hijos/as a madres/padres en la etapa de la vejez, es decir, sustentadas en el apoyo intergeneracional<sup>144</sup>. Para cumplir con estas tareas, muchas/os hijas/os deciden recurrir a la reagrupación familiar, sea por razones de compañía o por la necesidad de ayuda de sus madres/padres, conformando hogares multigeneracionales, una forma de convivencia que sirve como indicador de situaciones previsibles de la carga de los cuidados asumida por los hogares<sup>145</sup>.

Un estudio cualitativo sobre las redes familiares cuidadoras de personas mayores en situación de dependencia explica la dinámica de la repartición de las labores de cuidados entre sus descendencias, en las que identifican el impacto del estatus laboral y el estado civil como elementos importantes a la hora de asignarse y repartirse dichas labores. Como resultado se obtiene que los y las hijas/os suelen recurrir a estrategias para paliar la sobrecarga del cuidado, compaginar sus deberes de cuidados parentales con sus otros deberes y, en últimas, evitar el inicio de un itinerario de institucionalización. Entre estas estrategias se pueden reconocer: apoyo externo a la familia, ya sea por el recurso a los servicios sociales en demanda de la ayuda a domicilio, o bien contratando ayuda profesional en el mercado. Estas estrategias han permitido que muchas/os hijas/os puedan compaginar cuidados y empleo, de manera que no tengan que recurrir ni a

<sup>142</sup> LÓPEZ DOBLAS, Juan, FAUS BERTOMEU, Aina, y GÓMEZ REDONDO, Rosa, “Redes familiares cuidando a personas mayores dependientes: influencia del empleo y del estado civil de los hijos y las hijas”, *Revista Internacional de Sociología*, vol. 1, n°79, 2021, pp.1-14.

<sup>143</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ESPARZA CATALÁN, Cecilia, *Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores*, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n°99, 2009, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-solidaridad-familiar.pdf>

<sup>144</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ESPARZA CATALÁN, Cecilia, *Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores*, Op. cit.

<sup>145</sup> ABELLÁN GARCÍA, Antonio, CASTEJÓN VILLAREJO, Penelope, ESPARZA CATALÁN, Cecilia, “La dependencia en las personas mayores”, *Sociedad y Utopía Revista de Ciencias Sociales*, N.º 30, 2007, pp.133-145.

abandonarlo por completo ni a reducir la jornada laboral, como ocurre en muchos casos<sup>146</sup>.

Otra estrategia a la que recurren los descendientes de personas mayores es el de la itinerancia de sus padres/madres. El fenómeno habitualmente conocido como personas mayores itinerantes consiste en que ante las dificultades de hacerse cargo de un familiar mayor se produce un desesperado reparto de la persona mayor por meses entre su descendencia. La persona mayor sola o con su pareja debe resignarse a esta nueva situación: la de una migración continuada dentro de varias familias. Vemos en esta situación a una persona mayor fuera de su casa, de su pueblo, abandonando sus actividades sociales, atendida por diferentes sanitarios, convertida en viajera involuntaria que se adapta con dificultad a las costumbres de los hogares de su descendencia. Por esto, esta práctica ha sido reconocida por profesionales e incluso por las propias personas mayores como una circunstancia que limita su bienestar afectando al cuidado de estas<sup>147</sup>.

En este sentido, los resultados de un pequeño estudio cualitativo llevado a cabo en España<sup>148</sup> sobre este fenómeno ponen de manifiesto la dificultad en el ajuste psicosocial caracterizado fundamentalmente por una falta de apoyo social proveniente de las amistades, ausencia de participación social en la vida comunitaria, ruptura con las relaciones sociales, de amistad y de vecindario, niveles bajos de satisfacción con la vida, altos niveles de sintomatología depresiva, y niveles bajos de salud. Sin embargo, también hay que partir de una cierta comprensión de las circunstancias personales y familiares de cada caso. Está claro que esta itinerancia residencial de las personas mayores no es una situación óptima para ellas, pero en muchas circunstancias es una situación sin demasiadas alternativas reales.

De acuerdo con la literatura especializada, en este escenario de sobrecarga de los cuidados en las familias y sobre todo de la persona cuidadora principal que, como se ha demostrado, es tendencialmente la hija de madres/padres mayores, las estrategias que estos adaptan para hacerse cargo de los cuidados de sus parientes en la vejez y las consecuencias que estas estrategias traen consigo para la vida de las personas mayores cuidadas, puede derivar en la corrupción y posterior claudicación de los cuidados. Con respecto a la corrupción de los cuidados, Sánchez Del Corral explica que uno de los principales factores del maltrato hacia las personas mayores<sup>149</sup> en el ámbito familiar

<sup>146</sup> LÓPEZ DOBLAS, Juan, FAUS BERTOMEU, Aina, y GÓMEZ REDONDO, Rosa, “Redes familiares cuidando a personas mayores dependientes: influencia del empleo y del estado civil de los hijos y las hijas”, Op. cit.

<sup>147</sup> SANCHEZ DEL CORRAL USUOLA, Francisco, RUIPÉREZ CANTERA, Isidoro, “Violencia en el anciano”, *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, nº21, 2004, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf>

CAMPILLOS PÁEZ, María T., PARDO MORENO, G., AGUDO POLO, S., PRIETO ARROYO, G., AGUADO REGUILÓN, D., LORENZO LORENZO, María J., “El anciano golondrina en la consulta de Atención Primaria”, *Medicina General*, nº 49, 2002, pp.877 – 879.

<sup>148</sup> PINAZO-HERNANDIS, Sacramento, “Las abuelas y los abuelos en la familia el caso de las abuelas/los abuelos itinerantes”, *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, vol.3, nº15, pp.178 –187.

<sup>149</sup> Se toma como referencia la definición de Maltrato en Persona Mayor (MPM) dada por el Centro Nacional Americano de Maltrato al Anciano (1995): "cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro su integridad física o psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente". Para una aclaración sobre el concepto de maltrato familiar hacia las personas mayores Cfr. GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, “El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas”, *Oñati socio-legal series*, Vol. 1, 8, 2011, disponible

reside en la sobrecarga de la persona cuidadora principal, “la cual se acentúa con la escasez en la provisión de recursos sociales para paliar la carga de los cuidados”<sup>150</sup>.

Algunas posibles explicaciones de la naturaleza y dinámica del maltrato hacia las personas mayores desarrolladas desde la gerontología social y desde los estudios sobre la violencia familiar, se destacan los siguientes: el estado psicológico de la persona responsable del maltrato; el estrés externo causado por enfermedades, accidentes, problemas económicos o de otra índole; las relaciones de situación de dependencia, en la que al aumentar la situación de dependencia se desequilibra el intercambio de refuerzos positivos en la relación con las personas cuidadoras que pueden percibir que el esfuerzo que realizan es excesivo para el beneficio que reciben, hasta llegar a la ira y la violencia; aislamiento social, pues se ha probado que el apoyo social disminuye el estrés familiar; y la transmisión intergeneracional del comportamiento violento<sup>151</sup>. En todo caso, lo que subyace a todas estas teorías es la importancia que tiene el grado de situación de dependencia de la persona mayor y la falta de apoyo y recursos de todo tipo: económicos, de tiempo, afectivos, entre otros<sup>152</sup>.

En un reciente metaanálisis sobre estudios de prevalencia españoles de maltrato hacia las personas mayores se constató la gran heterogeneidad de los resultados<sup>153</sup>. A pesar de esa aparente diversidad en las cifras de prevalencia, las derivadas de los estudios dirigidos a la detección de la presencia efectiva del maltrato son considerablemente inferiores – hallándose un 4,7% de maltrato a personas mayores en el caso de Bazo<sup>154</sup> y un 0,8% en el de Iborra<sup>155</sup> – a las de los estudios que determinan apenas la frecuencia de la sospecha de maltrato – oscilando entre el 11,9% del estudio de Ruiz et al.<sup>156</sup> y el 55,9% del de Touza et al.<sup>157</sup>. No obstante, las cifras recogidas en los estudios probablemente subestimen la realidad del maltrato a personas mayores ya que el silencio asociado

---

en [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1972183](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1972183) (última consulta 13 de julio de 2023), pp.1-26.

<sup>150</sup> SANCHEZ DEL CORRAL USUOLA, Francisco, RUIPÉREZ CANTERA, Isidoro, “Violencia en el anciano”, Op. cit., p.4.

<sup>151</sup> Para un análisis ecológico de los factores del maltrato familiar a personas mayores en contextos de cuidados Cfr. GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, CARVALHO Ana Sofia, “Os maus-tratos a idosos em contextos de cuidados familiares em Portugal: Proposta para uma abordagem ecológico-crítica” en DA SILVA PEREIRA, Tania, DE OLIVEIRA, Guilherme, COLTRO, António Carlos M., (organizadores) *Cuidado e Afetividade. Projeto Brasil-Portugal 2016-2017*, 2017, São Paulo, pp.45-76.

<sup>152</sup> SANCHEZ DEL CORRAL USUOLA, Francisco, RUIPÉREZ CANTERA, Isidoro, “Violencia en el anciano”, Op. cit., pp.8-9.

<sup>153</sup> ZAPATER, Ana, SOBERÓN, Carmen, GÓMEZ-GUTIÉRREZ, Mar, “Prevalencia y factores de riesgo del maltrato a personas mayores en el ámbito familiar en España: Una revisión”, *Revista española de Victimología*, nº12, 2021, pp.91-110.

<sup>154</sup> BAZO, María Teresa, “Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España”, *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, vol.1, nº36, 2001, pp.8-14.

<sup>155</sup> IBORRA MARMOLEJO, Isabel, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia - Centro Reina Sofia, 2008, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/iborra-maltrato-01.pdf> (última consulta 13 de julio de 2023), pp.1-182.

<sup>156</sup> RUIZ, A., ALTET, J., PORTA, N., DUASO, P., COMA, M., REQUESENS, N., “Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos”, *Atención Primaria*, 27(5), 2001, disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701793766?via%3Dihub> (última consulta 13 de julio de 2023), pp.331-334.

<sup>157</sup> TOUZA, Carmen, PRADO, Carmen, SEGURA, María Paz, “Construcción y validación de las Escalas de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA)”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 2011, pp.91-106.

tradicionalmente a la violencia intrafamiliar puede verse incentivado en este caso atendiendo a factores asociados a la propia situación de cuidado como puede ser la situación de dependencia.

La literatura sobre factores predictores de institucionalización<sup>158</sup> sugiere que el estrés percibido por la persona cuidadora, pero, sobre todo, la sensación de estar atrapada en las responsabilidades y demandas del cuidado son fuertes predictores de institucionalización<sup>159</sup>. Pues las personas cuidadoras veían en el internamiento en un centro de cuidados de larga duración como una fuente de alivio a sus problemas<sup>160</sup>. Esta explicación también emerge en los resultados de la investigación propia cualitativa. Por ejemplo, una de las profesionales entrevistadas indicaba:

*(...) otro de los factores que también influyen muchísimo en el tema de ingresos residenciales es la claudicación, la claudicación de los cuidadores que al final durante un tiempo en esas situaciones son soportables en casa porque bueno pues, las personas dedican o su tiempo su esfuerzo y 24 horas de atención muchas veces pero llega un momento en que los cuidadores principales se agotan, se agotan emocionalmente físicamente entonces bueno si no hay apoyos de otra manera y dependen de los cuidadores sobre los motivos también pues que claudican y hay un ingreso residencial (EPM13-15.03- Tercer Sector).*

Junto a los estudios sobre factores de riesgo de institucionalización, algunos otros trabajos colocan el foco en si las redes de apoyo y la asistencia familiar a personas cuidadoras principales de personas mayores y en situación de dependencia posibilitan el mantenimiento de estas en su entorno familiar y comunitario por el mayor tiempo posible. En ese sentido, el estudio cuantitativo de Gaugler et al. sobre los tipos y la cantidad de ayuda o asistencia que prestaban los familiares a las personas cuidadoras principales de personas mayores con deterioro cognitivo en Ohio (Estados Unidos) para medir cuál de estas tenía un mayor impacto en ralentizar el proceso de institucionalización<sup>161</sup> se constató que la ayuda prestada por familiares a las principales personas cuidadoras no tenía un mayor impacto, mientras que la asistencia en tareas específicas que requieren mayor esfuerzo demostró una contribución efectiva en retrasar la institucionalización de las personas mayores con deterioro cognitivo. Así, la asistencia familiar para atender a personas mayores en situación de dependencia para realizar actividades de la vida diaria

<sup>158</sup> COLERICK, Elizabeth J., GEORGE, Linda K., “Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer’s disease”, *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 34, 1986, pp.493–498  
 PRUCHNO, Rachel A., MICHAELS, J. Eileen, POTASHNIK, Sheryl L., “Predictors of institutionalization among Alzheimer’s disease victims with caregiving spouses”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, n° 45, 1990, pp.259–266

COHEN, Carol A., GOLD, Dolores P., SHULMAN, Kenneth I., WORTLEY, Jacinth Tracey, MCDONALD, Glenda, WARGON, Marcia, “Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: A prospective study”, *The Gerontologist*, n°33, 1993, pp.714–720.

MONTGOMERY, Rhonda J. V., y KOSLOSKI, Karl, “A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses vs. adult children”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, n°49, 1994, pp.62–74.

<sup>159</sup> ANESHENSEL, Carol S., PEARLIN, Leonard I., MULLAN, Joseph T., ZARIT, Steven H. y WHITLATCH, Carol J., *Profiles in caregiving: The unexpected career*, Academic Press, San Diego, 1995.

<sup>160</sup> COLERICK, Elizabeth J., GEORGE, Linda K., “Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer’s disease”, Op. cit., pp.493–498.

<sup>161</sup> GAUGLER, Joseph E., EDWARDS, Anne B., FEMIA, Elia E., ZARIT, Steven H., PARRIS STEPHENS, Mary-Ann, TOWNSEND, Aileen, GREENE, Rick, “Predictors of Institutionalization of Cognitively Impaired Elders: Family Help and the Timing of Placement”, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, vol. 55B, n° 4, 2000, pp.247-255.



o aquellas tareas nocturnas arrojaron una fuerte asociación con el retraso en la institucionalización. La conclusión más relevante es que las redes de apoyo familiar en el cuidado de personas mayores no es *per se* un factor que evite la institucionalización y que promueva la vida en el entorno familiar, sino que son más relevantes como factores el tipo, la intensidad y los recursos con que se presta el apoyo familiar, así como las condiciones que lo posibilitan.

Finalmente, también en algunas ocasiones las personas mayores en ausencia o falencias de sus redes de apoyos familiares o sociales deciden ir a las residencias motivados por percibirse a sí mismos como una carga para sus familiares al ver cómo estos modifican sus proyectos de vida para poder cumplir con el deber – moral y social – de cuidar a sus parientes necesitados de cuidados y al percibir la frustración de los mismos<sup>38</sup>. Así, lo ha manifestado un usuario participante en la investigación, que expresa las dificultades para hacerse cargo de su mujer alto grado de situación de dependencia, por lo que requiere de muchos cuidados durante todo el día. Al respecto, explica el entrevistado que terminan ingresando a la residencia puesto que le era difícil atender las altas demandas de cuidado de su mujer, y que no recurría a la ayuda de sus descendientes para no cargarlos con esa obligación pues considera que al hacerlo estos estarían perdiendo su vida.

*Y con las cincuenta y cinco y las diecisiete pues también quedaban agujeros por cubrir. Entonces, mira, vamos a hacer esto. Más tarde o más temprano teníamos que hacer. Mis hijos tienen sus trabajos. Mis hijos tienen su vida. Mis hijos se merecen vivir su vida (EPM24-09.05-Usuario Institución).*

### 2.3.- Factores sociopolíticos: el sistema de cuidados

Como hemos visto, el deterioro de la salud y la necesidad de apoyos constituyen un factor de institucionalización. Sin embargo, el hecho de tener quebrantos en la salud y necesitar ayuda para desarrollar ciertas actividades en la vida diaria es un factor de riesgo de institucionalización cuando los apoyos requeridos no pueden ser provistos. En estos contextos, será de vital importancia el acceso a la prestación de servicios de apoyo y cuidado con el fin de eliminar las barreras contextuales que limitan las posibilidades de las personas mayores en situación de dependencia para tener una vida lo más independiente posible, o, por el contrario, la falta de dicho acceso actúa como acicate de esta situación, deviniendo en un factor de riesgo de institucionalización con una alta probabilidad de perder su autonomía personal.

La pandemia COVID-19 hizo más patente en España - al igual que en muchas otras latitudes - la ya mencionada “crisis de los cuidados”, generada por “un evidente desfase entre las necesidades y preferencias de cuidados de la población y la capacidad de la sociedad y los servicios públicos para proveerlos, así como de la escasez de personas trabajadoras cualificadas”<sup>162</sup>. Por ello, la tendencia internacional desde hace tiempo viene apuntando a la transición de modelos de cuidados y apoyos basados en derechos, centrados en la persona cuidada y desde un enfoque comunitario con el fin de promocionar la autonomía personal de las personas que requieren cuidado y, en consecuencia, facilitar la vida independiente. Asimismo, las personas en su mayoría

---

<sup>162</sup> Ministerio de Igualdad, *Documento de Bases por los Cuidados*, Madrid, 2023, disponible <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/IgualdadEmpresas/docs/DocumentoBasesCuidados.pdf> (última consulta 29 de junio de 2023)



prefieren vivir en su propio hogar el mayor tiempo posible o toda su vida, aun cuando necesiten cuidados y apoyos, por lo que estos modelos deben priorizar aquellos servicios que posibiliten la atención domiciliaria.

Podemos concluir que la deficiencia de la prestación de estos recursos afecta la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia. Tanto la intensidad horaria y otros parámetros cualitativos son determinantes en la esencia de la prestación de este recurso. Así, el problema no siempre radica en la ausencia total de la prestación del servicio, sino que la baja intensidad con la que se presta pues, al no estar compensada con otros servicios y/o prestaciones económicas, resulta insuficiente para cumplir su objetivo, que se centra en atender las necesidades derivadas de la situación de dependencia, pero, de forma indirecta, velar por mantener a la persona en situación de dependencia en su entorno familiar, evitando un itinerario de institucionalización. Esta situación ha sido confirmada por una de las personas profesionales entrevistadas de la presente investigación. Partiendo de un caso concreto, explica cómo la insuficiente intensidad horaria en la prestación de esta ayuda a domicilio termina favoreciendo el ingreso a la residencia:

*(...) El problema principalmente que tenemos aquí es que cuando la gente entra a lo mejor con un grado de dependencia uno o dos, pues son edades ya un poco avanzadas. Tienen cualquier problema de salud, ingresan en el hospital, el hospital que tenemos a 80 km ingresa en el hospital y si ha sido un ictus o una cosa así un poco más grave. Una operación de cadera o un sabes una demencia que ya está un poco peor, la mayoría ingresan en residencia, porque nosotros desde nuestro servicio no podemos darle la permanencia en su casa, porque no podemos darle un servicio 24 horas. Entonces la mayoría acaban ingresando en residencias (EPM15-27.03-Tercer Sector).*

Las mismas deficiencias se registraron para el caso de las prestaciones económicas, tanto aquellas vinculadas a los servicios como a las prestaciones económicas para el fomento de los cuidados en el entorno familiar y para la asistencia personal. En el caso de las personas mayores, encontramos que, a mayo de 2023, la cuantía de las prestaciones económicas era mayor para aquellas vinculadas al servicio y para la asistencia personal, encontrando el porcentaje más alto (20% y 25,4% respectivamente) en promedio para los tres grados de dependencia en el rango de 300 a 399 euros, mientras que para el caso de las prestaciones económicas asignadas a los cuidados familiares el porcentaje más alto (38,1%) como media de los tres grados de dependencia se ubica en el rango de 100 a 199 euros<sup>163</sup>. Incluso por debajo de la media nacional establecida por el Observatorio de la dependencia según el cual para el 2021 fue de 236,49 euros<sup>164</sup>.

La relevancia de tomar en cuenta la situación de la oferta de prestaciones y servicios en apoyo y atención a la dependencia radica en que la diversidad de ayudas y/o recursos mitiga la implicación familiar. Sin embargo, muchas veces la cuantía de las prestaciones o la calidad con la que se prestan los servicios no es suficiente para reducir su intensidad. Por ejemplo, en España el 46,1% de las personas cuidadoras convivientes

<sup>163</sup> Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, IMSERSO, *Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 30 de septiembre de 2023*, 2023, disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual> (última consulta 28 de octubre de 2023)

<sup>164</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel et al., *XXVIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Op. cit.

proveen asistencia durante más de diez horas al día, mientras que el 44,0% de las personas cuidadoras contratadas tiene una presencia de menos de dos horas diarias<sup>165</sup>.

El familismo y la feminización de los cuidados sobre el que aún hoy en día se vertebra el sistema de cuidados de larga duración en España genera un gran impacto en la vida de las personas cuidadoras no profesionales que suelen ser los familiares de las personas mayores en situación de dependencia, toda vez que al faltar o fallar la prestación de servicios y prestaciones económicas para la adquisición de estos servicios, se ven en la situación de tener que asumir por completo la carga de los cuidados, incluso en detrimento de la propia salud de las personas cuidadoras familiares.

Esta situación termina generando a su vez la claudicación de la familia en los cuidados e inclinándose por un escenario de institucionalización de su familiar en situación de dependencia. Como refiere otra persona entrevistada para la investigación, una de las razones más comunes por las cuales las personas en situación de dependencia terminan institucionalizadas es por la combinación de una deficiencia en la prestación de los servicios que a su vez genera una carga mayor para sus personas cuidadoras familiares, por lo que estos/as terminan por buscar la alternativa que más les libere de la sobrecarga de los cuidados, que es la institucionalización.

Esta situación impacta el grado de apoyo que las familias pueden brindar a sus familiares que requieren cuidados. Muchas veces suelen combinar distintos recursos y ayudas para hacer posible el mantenimiento de la persona en situación de dependencia en el entorno familiar, por lo que, aunado a lo anterior, se presenta un proceso de mercantilización de los servicios en el que las personas en situación de dependencia reciben asistencia de diversos agentes de provisión, siendo el servicio doméstico la vía principal de privatización.

## 2.4.- Factores habitacionales: el problema de la vivienda

La falta de recursos suficientes para envejecer en casa supone un factor de riesgo de institucionalización debido a la imposibilidad o dificultad de adquirir servicios y apoyos en el mercado y la insuficiencia de la provisión de recursos públicos en atención a las necesidades de las personas mayores. En estos escenarios, cobra relevancia examinar los recursos con que cuentan las personas mayores para poder identificar las condiciones materiales en que se encuentran y su relación con un mayor o menor riesgo de institucionalización. Como punto de partida se asume que existe una relación directamente proporcional entre la escasez de recursos y la institucionalización, de manera que, entre más pobreza, mayor riesgo de institucionalización y, por el contrario, a mayor bienestar material, menor riesgo de institucionalización. Como veremos a continuación, la literatura confirma esta premisa, pero, además es congruente con el imaginario colectivo, reflejado en ciertas afirmaciones de algunas personas entrevistadas en la investigación cualitativa:

*La institucionalización es un fenómeno de pobres. Eso es así de claro. Si tienes dinero, no te institucionalizas nunca y eso es así. Es decir, si tienes dinero para poder tener dos cuidadores en tu domicilio, 2 enfermeras que tener en tu casa nunca estarás institucionalizado. Cuando estamos luchando contra la institucionalización de las personas mayores con dependencia, estamos luchando también contra la pobreza de*

<sup>165</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel et al., *XXVIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Op. cit.

*alguna o al menos contra las consecuencias de la pobreza, eso de entrada (EPMI-23.02-Científico).*

En el caso de las personas mayores existen factores socioeconómicos concretos que juegan un papel determinante de cara a un riesgo de institucionalización, entre los cuales podemos identificar: a) la insuficiencia de recursos en atención a sus necesidades, tanto por la falta o insuficiencia de ingresos propios como por la deficiencia en la prestación de servicios sociales y sanitarios aportados por el Estado, así como por su situación habitacional. En concreto, la suficiencia o deficiencia de los recursos económicos, que pueden representarse en pensión (sea por vejez, jubilación, incapacidad, etc.) y cualesquiera otras fuentes de ingresos; b) las deficientes prestaciones económicas como las subvenciones de los distintos programas estatales de apoyo a las personas mayores y para la atención a la situación de dependencia; c) la falta de vivienda temporal, casos en que las personas mayores se encuentran en situación de sinhogarismo ya sea porque tienen albergue o refugio nocturno, pero pasan muchas horas al día en espacio público, o porque residen en albergues y centros para gente sin hogar; o la exclusión residencial expresada en vivienda insegura (régimen de tenencia inseguro; bajo amenaza de desahucio (acoso inmobiliario o *blockbusting*); bajo amenazas de violencia por parte de la pareja o de la familia) o vivienda inadecuada (en estructuras temporales y no convencionales como caravanas, edificaciones no convencionales o estructuras temporales; alojamiento impropio como un edificio ocupado; hacinamiento extremo)<sup>166</sup>.

De acuerdo con un informe reciente de la Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social, el importe de las pensiones tiene un destacado impacto en la generación de pobreza. Como se sabe, en la etapa de vejez el ingreso principal de las personas de 65 años y más, proviene de una pensión, cualquiera sea el tipo, los cuales suelen ser fijos. Pues en estas condiciones, las variaciones de su tasa de pobreza dependen fundamentalmente de los cambios anuales del umbral de pobreza y muy poco de sus variaciones de ingresos. Por esta razón, normalmente, entre las personas mayores la tasa de pobreza y el umbral de pobreza se modifican en el mismo sentido; aumentan ambos o disminuyen ambos al mismo tiempo<sup>167</sup>. Para el año 2021 esta Red realizó un informe titulado “El mapa de la pobreza severa en España” en el que identificó que el grupo de personas mayores en pobreza severa representaba el 10 % del total, explicando que estas se encontraban en esta situación debido a una cuestión puramente estructural que no puede ser modificada en absoluto por sí mismas. Además, puso de manifiesto que esta situación en el contexto español se recrudece dado que estas personas quedan fuera del nuevo Ingreso Mínimo Vital, cuyo requisito de edad es tener entre 23 y 65 años, o a partir de 18 años si tienen menores a cargo<sup>168</sup>.

Según datos de 2022, la Seguridad Social en España contabiliza 9,9 millones de pensiones, de las cuales 6,23 millones son pensiones de jubilación y 2,35 millones de

<sup>166</sup> BRAVO GAMO, Fátima, “Personas mayores, vulnerabilidad y exclusión residencial: relatos autobiográficos de las causas que lo promueven”, Universidad de Deusto, 2022, pp.87, p.37.

<sup>167</sup> LLANO, Juan Carlos, “El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020”, Madrid: *European Anti-Poverty Network. EAPN*, 2021, disponible en <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/avance-resultados-abril-2023.pdf> (última consulta 5 de julio de 2023)

<sup>168</sup> RED EUROPEA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL, *El mapa de la pobreza severa en España. El paisaje del abandono*, EAN, 2021, disponible en [https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1631256170\\_informe-paisaje-abandono-eapn\\_vf.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1631256170_informe-paisaje-abandono-eapn_vf.pdf) (última consulta 10 de julio de 2023)

pensiones de viudedad, de lo que se concluye que “prácticamente la totalidad de las personas mayores recibe alguna prestación económica del sistema público de pensiones (directamente o a través de la pensión del cónyuge)”<sup>169</sup>. Sin embargo, en estos contextos la cobertura no parece ser tanto el problema, sino la intensidad de la prestación, es decir la suficiencia de esta para cubrir las necesidades vitales de las personas mayores. Por ejemplo, la misma Red para el año 2022 develó que, si bien en España se habían reconocido más pensiones que en el año anterior, del total de pensiones reconocidas el 35,8 % tienen un importe inferior al umbral de pobreza<sup>170</sup>.

Aunado a lo anterior, las mujeres mayores enfrentan mayores condiciones de precariedad toda vez que se sigue presentando la brecha de género en las pensiones, y para el caso de España la brecha se sitúa en el 31,2% entre hombres y mujeres, un porcentaje similar a la media de la Unión Europea (29,1%)<sup>171</sup>. En este aspecto en particular merece la pena considerar la posición económica de las personas mayores desde un enfoque de género, no sólo por la brecha de pensiones, sino también, como ya se expuso, porque muchas mujeres dedicaron toda su vida de la etapa productiva a realizar actividades para la reproducción social como son las tareas del hogar y los cuidados, las cuales no tienen ningún tipo de reconocimiento económico. Y aquellas que sí reciben pensiones, lo hacen en condiciones precarias. Precisamente, del 35,8% de las pensiones que se encuentran bajo el umbral de pobreza se incluyen en el grupo el 39,0 % de las de discapacidad permanente, el 28,9 % de las de jubilación y el 46,6 % de las de viudedad, casi todas percibidas por mujeres. También deben incluirse el 80,4 % de las de orfandad y, aunque son muy pocas, el 74,1 % de las de favor familiar<sup>172</sup>.

Con ingresos por debajo del umbral de la pobreza parece plausible pensar que las personas mayores no puedan cubrir todos los gastos en los que pueden incurrir día a día. En estos contextos, el acceso a prestaciones sociales y/o subsidios por parte de las personas mayores, así como una suficiente prestación de servicios en atención a sus necesidades es de suma relevancia para paliar la presión generada por los bajos ingresos percibidos. Sin embargo, como se analizó en el apartado de apoyo a la dependencia, ni la intensidad ni el catálogo de servicios ofertados por el SAAD son suficientes para cubrir las necesidades de las personas mayores en situación de dependencia. Asimismo, las prestaciones económicas vinculadas a la adquisición de un servicio presentan importes insuficientes<sup>173</sup>. Aun así, por la falta de flexibilidad del sistema (incompatibilidades), se presenta una prelación de prestaciones económicas a los servicios de la red y, sólo de manera excepcional se reconoce a la persona que está siendo cuidado por su familia una prestación económica para cuidados familiares. Como se ve, “estamos ante un sistema que favorece la institucionalización y no la vida independiente”<sup>174</sup>.

<sup>169</sup> PÉREZ DÍAZ, Julio et al., *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos, Informes Envejecimiento en red, n°29*, Op. cit.

<sup>170</sup> LLANO, Juan Carlos, *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020*, Op. cit.

<sup>171</sup> PÉREZ DÍAZ, Julio et al., *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos, Informes Envejecimiento en red, n°29*, Op. cit.

<sup>172</sup> LLANO, Juan Carlos, *El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020*, Op. cit.

<sup>173</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel et al., *XXII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Op. cit.

<sup>174</sup> BARRANCO, M.<sup>a</sup> Carmen y VICENTE, Irene, *La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos*, 2020,



Algunas personas entrevistadas para efectos de la presente investigación reflexionando sobre el grado de riesgo de institucionalización que representa el mayor o menor bienestar material de las personas mayores han identificado la relación de la limitación de recursos económicos, en especial con el bajo importe de las pensiones, con la dificultad de adquirir servicios y apoyos privados – domésticos, por ejemplo – así como públicos en atención a las necesidades de las personas mayores con el ingreso a residencias:

*(...) si, hay muchas personas mayores que viven..., especialmente las más vulnerables y que tienen una pensión mínima, que no tienen la capacidad o posibilidad de tener unos servicios de apoyo en el domicilio como necesitarían ¿no? y hay una escasez de apoyos y recursos en el domicilio, entonces se ven obligados a tener que pedir una residencia, pues pública que a veces está fuera de su entorno donde han vivido siempre y bueno, que es la única opción que tienen (EPM8-14.03-Tercer Sector).*

*(...) es importantísimo ,no importante sino importantísimo es el factor económico eh como todo en esta vida si tienes dinero es más fácil de solucionar, entonces toda esta falta de recursos si tienes medios económicos ,los puedes hacer de manera privada, se puede suplir de manera privada ,si hay si hay dinero entre medias puedes pagarte una persona que vaya a atenderte las 24 horas de casa en casa eh pues casi todo no? o si, si quieres ir a un centro de día y no hay plazas de manera pública siempre vas a tener la opción de poder ingreso o de poder ir a acudir a ciertos sitios de manera privada ¿no? pagando con recursos económicos es muchísimo más sencillo (EPM13-15.03- tercer Sector).*

En estos contextos, las personas mayores frecuentemente no disponen de recursos suficientes para afrontar gastos importantes como la vivienda, hacer las reformas necesarias o, simplemente, pagar las mensualidades del alquiler. En consecuencia, afrontan dificultades para acceder a una vivienda adecuada, habitando espacios en condiciones deficientes (situaciones de infravivienda, chabolismo, viviendas no adecuadas a sus necesidades, o edificios casi ruinosos), o, sencillamente de disponer de alojamiento. En principio la problemática que se avizora es si las personas mayores tienen el derecho a la vivienda cubierto. De acuerdo con cifras tomadas por el IMSERSO para el 2022, la mayoría de españoles/as mayores de 16 años tienen la vivienda en propiedad y, específicamente, para el caso de las personas mayores de 65 años el 89,1% es propietario/a de su vivienda<sup>175</sup>. Sin embargo, existen muchos otros problemas que siguen latentes aun cuando la persona mayor es propietaria de su vivienda. La más importante sería la adecuación de la vivienda. Ya que, a medida que aumenta la edad, aumentan tendencialmente las limitaciones físicas, y cuanto mayor son las necesidades de las personas mayores, mayor es la necesidad de adaptación de la vivienda, lo que no siempre ocurre.

El problema de la vivienda de las personas mayores presenta varias formas que se pueden manifestar como problemas de accesibilidad y movilidad, debido a una inadaptación de las viviendas a sus necesidades. A veces la inadecuación de la vivienda no compromete gravemente la realización de las tareas diarias, pero supone inconvenientes, de mayor o menor entidad. Por ejemplo, la inadaptación de los baños y

---

Fundación HelpAge Internacional España, disponible en <https://www.helpage.es/informes-sobre-edadismo/>, (última consulta 16 de mayo de 2023)

<sup>175</sup> PÉREZ DÍAZ, Julio et al., *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos, Informes Envejecimiento en red, n°29*, Op. cit.



de la cocina, o de aspectos dimensionales (adecuación de pasillos) y la falta de determinadas instalaciones como es el agua caliente, la calefacción, entre otros. En otras ocasiones, sin embargo, la inadaptación de la vivienda supone un verdadero impedimento para la realización adecuada de las actividades diarias. Podemos estar hablando, en muchos de esos casos de *infravivienda*, esto es, cuando la vivienda es extremadamente inadecuada, ya sea por su estado de conservación por deficiencias estructurales, la falta de instalaciones básicas u otros factores que impiden su habitabilidad<sup>176</sup>.

De acuerdo con la tenencia de la propiedad, las cifras muestran que la mayor parte de las personas mayores en España son propietarias de la vivienda que habitan. Ello no desvirtúa los problemas que pueden enfrentar aquellas que se encuentran en régimen de alquiler, ya sea por el alto coste del alquiler que no puede ser asumido por los ingresos—principalmente la pensión— de la persona mayor, o, incluso por encontrarse en régimen de alquiler indefinido con muy bajas actualizaciones por sus bajos ingresos. Estos últimos se encuentran en mayor exposición al fenómeno del *mobbing* o acoso inmobiliario, que pretende liberar la vivienda de personas inquilinas poco rentables. Así lo ha confirmado el Centro Internacional sobre el Envejecimiento, según el cual estos/as se encontraban en mayor situación de vulnerabilidad dado que la renta antigua, regulada por la Ley de arrendamientos urbanos de 1964, refería alquileres firmados antes del 9 de mayo de 1985. Así, por meras cuestiones lógicas temporales, estos eran mayoritariamente hogares de personas mayores<sup>177</sup>.

Las estadísticas disponibles confirman algunos de estos problemas identificados. De acuerdo con el informe *Envejecer en casa ¿Mejor en el pueblo o en la ciudad?* realizado por el Observatorio Social de La Caixa, develó que el 20,1% de las personas mayores de 65 años en España (1.596.675 personas) reside en viviendas que sufren una vulnerabilidad residencial extrema, definida por la acumulación de problemas graves en la vivienda, identificando como los más graves no tener aseo en el interior de la vivienda, no tener agua corriente, no tener sistema de alcantarillado público y vivir en edificios en mal estado; y como los más comunes, la falta de accesibilidad y la falta de calefacción<sup>178</sup>.

Otro escenario para tener en cuenta y que revela un problema aún más acuciante que el anterior, es el relativo a la exclusión residencial, esto es, el *sinhogarismo*. De acuerdo con Grenier et al., las causas de la exclusión residencial en personas mayores se debían a: “a) las propias vulnerabilidades de las personas, como estar en situación de pobreza o exclusión social; b) factores estructurales, como una vivienda inadecuada o insegura; y c) la ausencia de una red social y familiar ya sea formal o informal”<sup>179</sup>.

Tomando como ejemplo la situación de *sinhogarismo* en personas mayores del País Vasco, de acuerdo con el “V Estudio sobre la situación de las personas en situación

<sup>176</sup> BOSCH MEDA, Jordi, “El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña”, *Architecture, City and Environment ACE*, vol.1, nº1, 2006, pp.80-101, p.84.

<sup>177</sup> LEBRUSÁN MURILLO, Irene, “Acoso inmobiliario en la vejez y vulneración del derecho a la vivienda”, CENTRO INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 2019, disponible en <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/acoso-inmobiliario-en-la-vejez-y-vulneracion-del-derecho-la-vivienda> (última consulta 11 de julio de 2023)

<sup>178</sup> LEBRUSÁN MURILLO, Irene, *Envejecer en casa ¿Mejor en el pueblo o en la ciudad?*, Observatorio social de La Caixa, 2018, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/envejecer-en-casa-pueblo-o-ciudad-> (última consulta 11 de julio de 2023)

<sup>179</sup> GRENIER, Amanda, BARKER, Rachel, SUSSMAN, Tamara, ROTHWELL, David, BOURGEOIS-GUÉRIN, Valérie y LAVOIE, Jean Pierre, “Literature Review of Homelessness and Aging: Suggestions for a Policy and Practice-Relevant Research Agenda”, *Canadian Journal on Aging*, vol. 35, nº1, 2016, pp.28-41.

de exclusión residencial grave en la CAPV 2020” tenemos que, debido a la edad, el grupo que predomina es 18-29 años (32,9%), seguido del de 45-64 años (28,8%) y 30-44 años (25,6%). Del total de las 2.797 personas encontradas que se contabilizaron en situación de sinhogarismo en el estudio, el 8,7% pertenecen al grupo de edad de menores de 18 años (243 personas) y el 2,8% restante pertenece a personas mayores de 65 años (79 personas)”<sup>180</sup>.

Contar con una vivienda adecuada es de vital importancia para todas las personas. Pero para las personas mayores y, con mayor razón aquellas que tienen alguna discapacidad o enfermedad que genere algún deterioro en su salud, las adecuaciones de las viviendas son trascendentales para el desarrollo de su autonomía personal. Sin embargo, los problemas de vivienda y las deficiencias asistenciales son aún hoy rémoras extendidas en la vida de las personas mayores. Por ello, no es sorprendente que la deficiencia en las viviendas de personas mayores sea identificada como un factor de riesgo de ingreso a residencias en el discurso de algunas de las personas profesionales entrevistadas para la investigación cualitativa

*(...) sobre todo, por falta de apoyo familiar, dificultades de movilidad porque nos encontramos con viviendas que no están para nada adaptadas, tampoco el entorno está adaptado para que una persona, aunque pueda salir de su casa que muchos hay muchos casos en esta zona ya es complicado, porque la mayoría de las viviendas tienen escaleras por lo cual, si tu movilidad empeora, la posibilidad de salir de tu casa se reduce bastante. Ehh... y luego a nivel de las calles, a nivel de estructura e infraestructura no está acondicionado tampoco para personas con movilidad reducida. Con lo cual yo creo que la movilidad reducida, la falta de apoyo familiar y la de apoyo social son los factores fundamentales (EPM5- 09.03 Tercer Sector).*

---

<sup>180</sup> SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL [SIIS], *IV Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2018*, Diputación Foral de Gipuzkoa, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, 2019.

## Capítulo Tercero: El uso de restricciones

Encontrar una definición para el concepto de restricciones es complicado. Son varias las denominaciones que se utilizan para referirse a las restricciones en el campo geriátrico y gerontológico. En la literatura especializada, se habla indistintamente de sujeciones, contenciones y restricciones con las complicaciones que esto puede conllevar. Y es que, de acuerdo con la SEGG, “con todas estas sinonimias, lo que se pretende no es más que eludir, de una forma artificiosa, el reconocimiento del uso de estas; no pudiendo así dimensionar o cuantificar su magnitud real”<sup>181</sup>.

Para este estudio, y de acuerdo con la SEGG, deben entenderse como restricciones aquellos actos deliberados por parte de otra(s) persona(s) que restrinjan el movimiento de un individuo y la libertad de decidir y/o actuar de forma independiente. En este sentido, se trata de limitaciones a la libertad de elección y a la capacidad de control sobre las decisiones que afectan a tu propia vida. Las restricciones, así entendidas, pueden ser físicas, farmacológicas, pero también tienen que ver con normas y pautas que limitan derechos de las personas.

Podemos entender por sujeción física o mecánica “la limitación de la libertad de movimientos de una persona, o su actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, con cualquier método físico aplicado sobre ella, o adyacente a ella, del que no puede liberarse con facilidad”. En el ámbito de la geriatría suelen utilizarse como sinónimos, pero en otros ámbitos tales como infancia y adolescencia o discapacidad, la contención física es la realizada *cuerpo a cuerpo* entre el/la cuidador/a y la persona atendida, sin mediación de ningún dispositivo. Por todo ello, parece más exacto la calificación de mecánica que de física<sup>182</sup>. Por otro lado, como sujeción química o farmacológica entendemos “un medicamento que se utiliza para controlar el comportamiento o restringir la libertad de movimiento del paciente y que no es un tratamiento estándar para la condición médica o psicológica del mismo”<sup>183</sup>.

El concepto de restricción que manejamos incluye una idea de *limitación* de movimientos, de autonomía, de libertad, que ayuda a hacer visible la idea de que, tanto en su dimensión mecánica como farmacológica, estas medidas implican una restricción (es decir, una limitación o una disminución) de derechos. Que nos permite englobar bajo una categoría común otras formas de restricciones como la imposición de normas y pautas limitadoras de derechos.

### 1.- Las razones que pretenden justificar las restricciones

Existen múltiples razones para justificar el uso de las restricciones, siendo las más conocidas la prevención de las caídas, el control de las alteraciones conductuales, e

<sup>181</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG), *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, Madrid, 2014, disponible en [https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_Sujeciones.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf)

<sup>182</sup> RUBIO DOMINGUEZ, J., Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios, *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 32 nº3, 2017, pp.172-177, p.173.

<sup>183</sup> BURGUEÑO TORIJANO, Antonio Andrés, “Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados”, 2008, disponible en <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A661-7F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf> (última consulta 6 de febrero 2023)

incluso para evitar que los dispositivos sanitarios sean manipulados. A estas justificaciones se les suman otras de carácter organizacional como la actitud del personal - que muchas veces aplica restricciones por su comodidad o por miedo a las consecuencias legales que deban enfrentar por la materialización de algún riesgo-, la falta de formación del personal, la reducida plantilla o ausencia de protocolos. Sin embargo, algunos de estos justificantes pueden tornarse excusas en favor de la aplicación de las restricciones, pues programas como *Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer* ha demostrado que tener protocolos no necesariamente implica una reducción o eliminación del uso de restricciones; o bien, como se encontró en el estudio sobre centros de residencias en Portugal, algunas justificaciones pueden imponer una mayor responsabilidad sobre los hombros del personal de cuidado, desproveyendo de responsabilidad a las organizaciones o centros de residencias.

## 2.- Prevalencia y tipología de uso de restricciones en recursos de cuidado institucional (especialmente entornos residenciales)

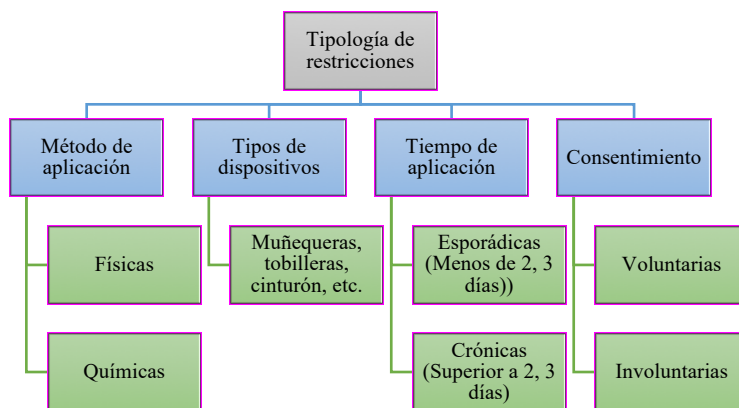
### 2.1.- Tipología

De acuerdo con la SEGG podemos clasificar las restricciones atendiendo a diversas razones<sup>184</sup>, así: a) Si tomamos en cuenta los métodos de aplicación podemos estar ante sujeciones físicas, mecánicas o sujeciones químicas o farmacológicas. b) Según los diferentes dispositivos, utensilios o equipos, podemos hablar de muñequeras, tobilleras, cinturón abdominal o pelviano, peto torácico, cinturón de cama, barandillas de camas, sábanas, etc. c) Si clasificamos en función del carácter temporal con el que se apliquen estaremos bien antes restricciones agudas, episódicas o esporádicas (aquellas que se utilizan de forma excepcional y puntual en determinados momentos horas y días - en general menos de 2, 3 días - en los que la persona sufre un episodio agudo de excitación y agitación entrando en una situación de riesgo y no es posible calmarle de otra forma), o crónicas y permanentes (aquellas cuya utilización es superior a 2-3 días o una semana, en muchos casos diariamente y, a menudo, sin pautas y revisión adecuadas, o, si se revisan, corroboradas de forma indefinida). d) Con arreglo a la aceptación o no de la persona podremos hablar de restricciones voluntarias e involuntarias.

---

<sup>184</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG), *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, Op. cit.

Figura 10 Tipología de restricciones según la literatura científica



## 2.2.- Prevalencia

Los estudios sobre prevalencia en el uso de restricciones físicas y farmacológicas en España son escasos. Los estudios internacionales son más abundantes y algunos de ellos permiten la comparación entre países. Por ejemplo, un estudio transnacional de 2009 descubrió grandes variaciones (de hasta 5 veces) en la prevalencia del uso de restricciones físicas: desde una media del 6% en Suiza, el 9% en EE. UU., el 20% en Hong Kong, el 28% en Finlandia y más del 31% en Canadá. En ese mismo estudio, la prevalencia del uso de antipsicóticos oscilaba entre el 11% en Hong Kong, entre el 26-27% en Canadá y EE. UU., el 34% en Suiza y casi el 38% en Finlandia<sup>185</sup>. Mientras que un estudio bastante anterior, de final de la década de los 90 y limitado a restricciones físicas, pero en el que se incluía a España, mostraba una prevalencia muy baja en Dinamarca, Islandia y Japón (menos del 9%). En Francia, Italia, Suecia y EE. UU. se observó una prevalencia de entre el 15% y el 17%, mientras que en España fue de casi el 40%<sup>186</sup>. Sobre esa misma fecha, en España, las cifras de prevalencia de sujeciones físicas en residencias de mayores mostraban valores extremos desde el 0% hasta el 98%<sup>187</sup>.

En un estudio más reciente se analizó a través de la observación la prevalencia del uso de restricciones físicas en centros de larga duración en España<sup>188</sup> con una muestra de 920 residentes, arrojando como resultado una prevalencia más elevada (84,9%) que la registrada en estudios de otros países con prevalencias promedios de 62 a 68% en países como Canadá, Irlanda del Norte y Taiwán; 50% en el caso de Países Bajos y 26,2% en el caso de Alemania. Algunas de las razones identificadas por los autores fueron: la creencia

<sup>185</sup> FENG, Zhanlian, HIRDES, John P., SMITH, Trevor F., FINNE-SOVERI, Harriet, CHI, Iris, DU PASQUIER, Jean-Noel, GILGEN, Ruedi, IKEGAMI, Naoki, MOR, Vincent, “Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, nº10 (24), 2009, pp.1110-1118.

<sup>186</sup> LJUNGGREN, Gunnar, PHILLIPS, Charles D., SGADARI, Antonio, “Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries”, *Age Ageing*, nº26(2), 1997, pp.43-47.

<sup>187</sup> BRIONES PERALTA, María Angeles, y RODRIGUEZ MARTÍN, Beatriz, “Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.52, nº2, 2017, pp. 93-101, p.94.

<sup>188</sup> ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, NÚÑEZ-GONZÁLEZ, Eduardo, GANDOY-CRÉGO, Manuel, CALVO-FRANCÉS, Fernando y CAPEZUTI, Elizabeth A., “The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study”, *BMC Geriatrics*, nº29(17), 2017, pp.1-7.



generalizada de que las restricciones previenen caídas y permiten proveer cuidados más seguros, sobre todo, en el caso de las barandillas laterales; la falta de entrenamiento del personal de enfermería sobre el manejo de problemas conductuales y psicológicos de los residentes, asumiendo como una de las pocas alternativas el uso de restricciones; la ausencia de una regulación nacional efectiva sobre el uso de restricciones en centros de cuidados de larga duración en España.

Un estudio relevante sobre prevalencia en el uso diario de restricciones en el caso de España es un “benchmarking anónimo” que se llevó a cabo en 2008 y del que participaron 63 centros residenciales. El objetivo del estudio era examinar la frecuencia del uso de las sujeciones y los factores asociados. En definitiva, se buscaba determinar si el uso de restricciones guardaba relación con el tamaño del centro, la titularidad (pública o privada), la antigüedad, la ubicación (urbana o rural), la pertenencia a un grupo, la proporción de residentes con demencia y el uso de barandillas<sup>189</sup>.

Luego de analizar el perfil de cada una de las residencias y de los residentes, se arrojaron resultados relevantes como que: a. La variable “inmovilizados físicamente” tenía una correlación significativa con las variables demencia y residentes que utilizaban barandillas en la cama; b. La variable “inmovilizados físicamente a diario” mostraba una relación muy moderada con las variables: residentes con problemas de comportamiento, residentes con úlceras por presión, residentes que están en silla todo o la mayor parte del tiempo y residentes ocasional o frecuentemente incontinentes de vejiga; c. Con respecto al tamaño de las residencias, se encontró que los centros con menos de 60 residentes utilizaban más sujeciones (25,91%) que los de más de 60 (15,67%); d. En cuanto a la titularidad, las residencias privadas (16,05%) mostraron un menor uso de sujeciones que las residencias públicas (27,23%); e. En relación a la antigüedad del centro, se encontró un mayor uso de sujeciones en residencias “jóvenes”, es decir, de menos de 5 años (23,07%) en comparación con las residencias de 6 a 10 años (12,75%) y las de más de 10 años (15,45%); f. En cuanto a la ubicación, las residencias en el ámbito urbano (26,09%) mostraron un elevado uso de sujeciones con respecto a las residencias en el ámbito rural (13,49%); Finalmente, se obtuvieron resultados en los que las residencias que pertenecían a un grupo utilizaban más sujeciones (19,24%) que aquellos que no pertenecían a ningún grupo (15,85%)<sup>190</sup>.

En todo caso, el estudio advierte que los resultados deben ser tomados con precaución para evitar conclusiones apresuradas, debido a que la muestra era muy pequeña y los resultados no son representativos de todo el sector. Por lo anterior, el estudio llamaba a la necesidad de seguir investigando para poder mejorar la significación de los resultados, descifrar las claves de la variabilidad y poder brindar explicaciones sobre las razones para un mayor o menor uso de sujeciones<sup>191</sup>.

En ese mismo año se llevó a cabo un estudio sobre prevalencia del uso de dispositivos de sujeciones físicas en residencias públicas de personas mayores en la comunidad de Madrid sobre un número de residentes valorados de 5.346, con una edad promedio de 84,9 años, de los cuales el 71% eran mujeres y 14,7% tenían grado de dependencia leve; 7,4% con dependencia moderada, y 26,8% con dependencia severa,

<sup>189</sup> BURGUEÑO TORIJANO, Antonio, “Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, *Revista Agathos: Atención Sanitaria y Bienestar*, n°1(8), 2008, pp.4-11, p.3.

<sup>190</sup> BURGUEÑO TORIJANO, Antonio, *Prevalencia comunicada de sujeciones físicas*, Op. cit., p.7.

<sup>191</sup> BURGUEÑO TORIJANO, Antonio, *Prevalencia comunicada de sujeciones físicas*, Op. cit., p.9.

arrojó como resultado una prevalencia del 8,4%, pero agregándoles el uso de barandillas en la cama aumentó al 20,8%; en el 62,6% de las veces se utilizó un solo dispositivo y 71,4% de las sujeciones se utilizó a diario y 28,6% de forma no permanente. El tipo de dispositivo más utilizado fueron las barandillas (63,4%), seguidos de los mecanismos para la restricción de tronco (17,8%); las sillas de sujeción (15,9%) y restricción de miembros (3%). De acuerdo con el número de sistemas de sujeción usados para cada residente, se observó que en la mayoría de los casos sólo se utiliza un dispositivo (62,6%). Finalmente, se obtuvo que la proporción de residentes sometidos a dispositivos de sujeción mecánica sin tener ningún tipo de deterioro cognitivo ni dependencia para las actividades básicas de la vida diaria fue de un 3,9% y que el 22,4% de las barandillas se utiliza sobre personas mayores sin deterioro cognitivo<sup>192</sup>. En cualquier caso, de los discursos de varios de los informantes de la investigación se desprende que hay una percepción de que la prevalencia de sujeciones en España continúa siendo elevada, a pesar de que se están poniendo medidas por ejemplo desde fiscalía para un mayor control de esas situaciones:

*Sigue ocurriendo con regularidad y es por eso que la fiscalía ha puesto en marcha campañas donde los fiscales se presentan en los centros residenciales a ver si hay o no hay sujeciones puestas, físicas o químicas, desde cuánto tiempo hace que la revisaron y etc., etc. (...) O sea que sí, sí, sigue habiendo desgraciadamente.* (EPM1-23.02-Científico).

Finalmente, es pertinente agregar que no sólo hay escasez de estudios sobre prevalencia, sino que, además, los pocos estudios han develado que los profesionales cuidadores de personas mayores en residencias no siempre registran en la historia del paciente los datos relacionados con el uso de dispositivo de restricción física, dado que, como se ha demostrado en previo estudio, para muchos profesionales “su aplicación se ha convertido en un acto rutinario, durante el cual no se reflexiona sobre su conveniencia y consecuencias, más que una práctica basada en la evidencia”<sup>193</sup> o porque no consideran ciertos dispositivos como restricciones, incluso, aun cuando limita la libertad de movimiento de la persona sobre quien se aplica, lo que podría explicar, entre otras razones, su uso frecuente.

### 3.- Consecuencias del uso de restricciones

#### 3.1.- Efectos sobre la persona

No se han encontrado estudios que comprueben que el uso de restricciones mejore la atención o prestación de cuidados. Por el contrario, existen numerosos estudios que indican los diferentes efectos negativos- directos e indirectos-que esta práctica conlleva, a saber:

<sup>192</sup> GALÁN CABELLO, Carlos María, TRINIDAD TRINIDAD, Diego, RAMOS CORDERO, Primitivo, GÓMEZ FERNÁNDEZ, Juan Pedro, ALASTRUEY RUIZ, Jesús Gregorio, ONRUBIA PECHARROMAN, Antonio, LÓPEZ ANDRÉS, Engracia, HERNÁNDEZ OVEJERO, Hilario, “Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº.4(43), 2008, pp.208–213.

<sup>193</sup> FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., NÚÑEZ GONZÁLEZ, Eduardo, PÉREZ HERNÁNDEZ, Domingo G., GANDOY CREGO, Manuel, “Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº5(48), 2013, pp.209-15, p.213.

- a. Directos: asfixia, isquemia, compresión del plexo braquial, magulladuras o laceraciones;
- b. Indirectos: úlceras por presión, incontinencias urinaria y fecal e incremento de las tasas de mortalidad.

Teniendo en cuenta los efectos negativos, tanto físicos como emocionales y en términos de derechos, del uso de restricciones en personas mayores, las restricciones físicas y farmacológicas pueden ser vistas por parte de las personas cuidadas y sus familiares como una forma de maltrato institucional en tanto hay una manifiesta despersonalización y deshumanización de los cuidados debido a que la mayoría de los centros no sigue un modelo de cuidados centrado en la persona y en consideración a sus necesidades y deseos particulares, sino que los servicios son prestados desde criterios generales que siguen protocolos externos.

En ese sentido, los equipos profesionales de los cuidados se limitan a proveer la asistencia técnica que se sigue de los protocolos, soslayando la calidad humana que debe acompañar a dicha asistencia. Aunado a lo anterior, se suma la dinámica general restrictiva de las instituciones que limitan al máximo la capacidad de decisión de las personas mayores, en tanto deben obedecer la rutina diaria administrada formalmente por los equipos profesionales quienes, a su vez, asumen una postura de vigilantes y garantes del statu quo de los centros, por lo que deben velar por que las personas que residen estos centros hagan lo que se les ha dicho que deben hacer.

De acuerdo con un estudio sobre restricciones aplicadas en residencias para personas mayores, se evidenció que aquellas a quienes se les aplicaba restricciones tenían tres veces más probabilidades de sufrir una lesión en una caída o incidente relacionado que aquellos a quienes no se les aplicaba restricciones<sup>194</sup>.

En la investigación cualitativa, una de las profesionales entrevistada referencia específicamente los efectos negativos de las sujeciones químicas:

*La gente no necesita atención, sobre todo la gente con demencia y trastornos de comportamiento que es tenerlos tranquilos y para tenerlos tranquilos pues es tan fácil como subir la dosis de psicotrópicos para que estén más dormiditos y eso es una práctica que yo no te diría generalizada, pero es una práctica común que aún pasa en las residencias. Y eso hay que evitarlo, porque eso es una manera de sujeción química, que acaba generando caídas, que acaba generando desnutrición, que acaba degenerando en incontinencia, que acaba generando irritabilidad, que en los casos de demencia acaba generando más desorientación, etc. (EPM1-23.02-Científico).*

Numerosos estudios enfocados en el impacto del uso de restricciones en la salud mental de las personas mayores hospitalizadas han desvelado una serie de afectaciones psicológicas que no suelen mencionarse en los estudios sobre los efectos negativos de las restricciones en los contextos residenciales. Así, por ejemplo, se ha registrado que la aplicación de restricciones puede devenir en trauma por la aplicación misma de la restricción, generando un efecto antiterapéutico; en revictimización y retraumatización, dado que, después de la aplicación de restricciones, los y las pacientes experimentan retraumatización de abusos en el pasado. Para algunas personas ha implicado revivir

---

<sup>194</sup> GUTTMAN, Rosalie, ALTMAN, Roy D y KARLAN, Mitchell S., “Report of the council on scientific affairs: Use of restraints for patients in nursing homes”, *Archives of Family Medicine*, nº2(8), 1999, pp.101–105, disponible en <https://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?url=http://archfami.ama-assn.org/%2Fcgi/%2Fcontent/%2Ffull/%2F8%2F2%2F101>

previas experiencias de violación y abuso sexual, para otras, experiencias pasadas de abuso infantil.

Riesgos similares también se han asociado con el uso de drogas psicoactivas como restricciones químicas. Entre las reacciones tóxicas a estas drogas, especialmente en las personas mayores, se identifican los mareos, temblores, discinesia tardía, aumento de la agitación y la confusión, deshidratación, estreñimiento e incontinencia urinaria<sup>195</sup>.

También se han identificado ciertos factores que combinados incrementan los riesgos de que las restricciones, sobre todo las físicas, generen efectos negativos en la persona sobre quien se aplica, entre los que se puede identificar:

- a) *las características del paciente*, la aplicación de estos dispositivos en personas con características específicas que suelen manipular constantemente el dispositivo, quedando atrapados en ellos, y sin posibilidad de liberarse o de pedir ayuda;
- b) *el dispositivo de restricción* ya sea por su incorrecta aplicación (por ejemplo, la inadecuada colocación de un cinturón que comprime la zona abdominal o el tórax de los pacientes), por el desgaste de los materiales o un incorrecto ajuste de las piezas que, en el caso de las barras laterales, puede ser origen de un accidente;
- c) *la falta de supervisión constante*, relacionada directamente con el bajo ratio de personal y su escasa formación. Por ejemplo, la reducción de la plantilla de personal suele reducirse en determinados períodos, en especial durante los fines de semana y en horario nocturno. Esto es particularmente problemático, dado que la evidencia empírica indica que la mayor parte de los accidentes suceden de noche<sup>196</sup>.

### 3.2.- Efectos en quienes aplican las restricciones

Existen numerosos estudios sobre restricciones que han desvelado los efectos negativos en la salud de la persona sobre quien se aplica, sobre todo, personas mayores en situación de dependencia. Pero también hay otros estudios que han investigado el impacto o efecto que tiene el uso de restricciones sobre el personal profesional que las aplica. Estos estudios han identificado que los equipos profesionales de los cuidados suelen tener una actitud ambigua frente al uso de las restricciones, toda vez que, por un lado, tienen una actitud negativa frente al uso de estas, pero al tiempo las aplican considerándolas oportunas y necesarias, a pesar de sentirse mal por ello<sup>197</sup>.

En concreto, un estudio realizado en Finlandia señalaba que las enfermeras afirmaban que el uso de las restricciones les producía sentimientos de culpa, pero que no tenían otra elección para garantizar la seguridad de las personas a su cargo<sup>198</sup>. Asimismo, las profesionales que experimentan sentimientos como tristeza, pena o culpa señalan que también se encuentran en una lucha entre la autonomía de la persona y la práctica del

<sup>195</sup> GUTTMAN, Rosalie, ALTMAN, Roy D y KARLAN, Mitchell S., “Report of the council on scientific affairs: Use of restraints for patients in nursing homes”, Op. cit.

<sup>196</sup> FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., GANDOY-CREGO, Manuel, POLO-LUQUE, Luz M., GÓMEZ-CANTORNA, Cristina, CAPEZUTI, Elizabeth A., “Perception of Spanish Nursing Staff on the Use of Physical Restraints”, *Journal Nursing Scholarship*, vol.46, n°5, 2014, pp.322-330

<sup>197</sup> FARIÑA LÓPEZ, Emilio et al, “Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff”, Op. cit.

<sup>198</sup> SAARNIO, Reetta y ISOLA, Arja, Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs, Gerontological Nursing*, 2(4), 2009, pp.276-286



cuidado<sup>199</sup>. En estos escenarios, las actitudes ambiguas tienen lugar ya que muchas quienes las aplican saben que se está limitando la autonomía de la persona, pero también es posible que se perciba como el precio a pagar por brindar seguridad.

Ahondando en esta problemática, los estudios han develado que entre mayor es el conocimiento sobre restricciones, menos propensas son las profesionales a su uso, lo que les permite prestar una atención menor o incluso cero restrictiva. Por el contrario, entre más deficientes son los conocimientos sobre las restricciones, más favorable es la actitud hacia la restricción y peor es la práctica en el uso de estas<sup>200</sup>. En consecuencia, la falta de conocimiento sobre restricciones (por ejemplo, sus efectos negativos, la falta de base científica sobre su capacidad para brindar seguridad, así como el poco conocimiento sobre alternativas a su uso) sustenta -y refuerza a la vez- los mitos que subyacen a esta práctica, esto es, “el deber moral de proteger del daño requiere restricciones”<sup>201</sup>.

Por otro lado, Antonio Burgueño, experto sobre el cuidado libre de restricciones, explica que las profesionales de los cuidados se sienten presionadas por las familias y sus jefes sobre la aplicación de las restricciones, razón por la cual muchas veces asumen una actitud de defensa con respecto al uso de las restricciones. Incluso, algunas profesionales entrevistadas han indicado que de no ser por esta presión serían más partidarias de evitar las restricciones que suelen aplicar. Así entonces, se identifica que las profesionales aplican restricciones en respuesta a una cadena de presiones, esto es, las familias presionan a las directivas de las instituciones para que les apliquen restricciones a sus parientes bajo el supuesto de que así gozaran de mayor seguridad; las directivas presionan al personal médico y estos al personal de atención directa<sup>202</sup>.

En este contexto, es entendible que el personal de los cuidados pueda sentirse directamente responsables por las consecuencias legales del uso o no uso de las restricciones. De hecho, algunos estudios han identificado profesionales del cuidado suelen cargar con el miedo o temor a los litigios legales derivados de denuncias o demandas de familiares por la concreción de un daño causado a su pariente<sup>203</sup>. Por ejemplo, como ya se dijo, son las propias familias las que suelen pedir a las profesionales

<sup>199</sup> CHUAN, Yeu-Hui, HUANG, Hui-Tzu, “Nurses’ feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients”, *Journal of Clinical Nursing*, vol.16, n°3, pp.286-294.

<sup>200</sup> FARIÑA LÓPEZ, Emilio et al, “Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff”, Op. cit.

HUANG, Hui Chi, HUANG, Yu Thai, LIN, Kuan-Chia, KUO Yong Fang, “Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan”, *Journal Advance Nursing*, vol.70, n°1, 2014, pp.130-143

SUEN, Lorna, CHANG LAI, Yi, WONG, Frances, SHING WONG, Thomas Kwok, CHOW Susan K. Y., KONG S.K.F., HO, J.K.L., KONG, Tak-Kwan, LEUNG, J.S.C., WONG, I.Y.C., “Use of physical restraints in rehabilitation settings:

staff knowledge, attitudes and predictors”, *Journal Advance Nursing*, vol.55, n°1, 2006, pp.20-28.

<sup>201</sup> EVANS, Lois K., STRUMPF, Neville, “Myths about elder restraint”, *The journal of nursing scholarship*, vol. 22, n°2, 1999, pp.124-128.

<sup>202</sup> BURGUEÑO, Antonio, “Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados prolongados”, Op. cit.

<sup>203</sup> MOORE, Kirsten, HARALAMBOUS, Betty, “Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities”, *Journal of Advance Nursing*, vol.58, n°6, 2007, pp.532-540.

EVANS, Lois K., STRUMPF, Neville, “Myths about elder restraint”, Op. cit

HANTIKAINEN, Virpi, KÄPPELI, Silvia, “Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making”, *Journal of Advance Nursing*, vol.32, n°5, 2000, pp.1196-1205.

KONG, Eun-Hi, EVANS, Lois K., “Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes”, *Asian Nursing Research*, vol.6, n°4, 2012, pp.173-180.



de las residencias que apliquen restricciones a sus parientes bajo el criterio de seguridad y protección<sup>204</sup> y como nos comentan algunas profesionales entrevistadas de configurarse un daño -por ejemplo, una caída debido a la no aplicación de restricciones- tendrían que enfrentarse a las consecuencias legales. Por lo tanto, el uso de restricciones por parte de los equipos profesionales de los cuidados termina siendo una medida protectora frente a posibles litigios legales en su contra.

Frente a lo expuesto, reiteramos la necesidad de brindar una formación adecuada para los equipos profesionales que trabajan directa o indirectamente con personas mayores. Abordar estos problemas desde una perspectiva de derechos humanos garantiza que las personas mayores sean tratadas con honor, integridad y consideración, promoviendo así una atención de alta calidad que satisfaga sus necesidades y preferencias específicas. Al adoptar este punto de vista respecto del uso de restricciones, se reconoce el derecho de las personas mayores a la libertad de movilidad y de expresión de sus pensamientos. El objetivo es evitar cualquier tipo de maltrato o agresión hacia ellas, garantizando una política de restricción cero. Solo la formación de las profesionales en un EBD puede lograr eliminar el mito de que las restricciones son proporcionadas para salvaguardar la seguridad y bienestar de las personas mayores. El EBD fomenta la participación activa de las personas mayores en las decisiones que afectan a sus vidas y su bienestar. Su objetivo es capacitar también a las personas residentes, así como a sus familias, para que cooperen en el establecimiento de estándares de calidad superiores y la mejora de los servicios de atención en las residencias de personas mayores<sup>205</sup>.

---

<sup>204</sup> Póngale la contención a mi madre (como hacían en el hospital), por favor, disponible en <https://dependencia.info/noticia/1868/el-rincon-del-director/pongale-la-contencion-a-mi-madre-como-hacian-en-el-hospital-por-favor.html> (última consulta 10 de octubre de 2023)

<sup>205</sup> ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria, “Restricciones físicas y farmacológicas de las personas mayores que viven en instituciones”, *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 40, nº1, 2005, pp.4-6, p.4

## Capítulo Cuarto: Marco competencial y roles profesionales

Analizar los marcos competenciales y los roles profesionales del sector de los apoyos y cuidados no es una tarea sencilla. En primer lugar, porque este sector no tiene referencia directa entre las familias profesionales. Podría corresponderse con Sanidad, pero también con Servicios socioculturales y a la comunidad, y en realidad con otras muchas. Esto dificulta la delimitación de las competencias, cualificaciones y roles profesionales.

De igual modo, una de las dificultades se basa en la variedad de roles presentes en el ámbito de los cuidados y los apoyos, que generan modelos de contrataciones diversas. Se trata además de un sector en donde la precariedad laboral es un hecho (lo que sin duda favorece la existencia de distintas formas de contratación). Y todo esto se complica aún más al ser un sector en el que convive lo público y lo privado, y una pluralidad de fuentes normativas (convenios colectivos estatales y autonómicos, normas locales, autonómicas y estatales). De igual modo cabe destacar que es un sector altamente feminizado.

### 1.- Aclaraciones terminológicas

#### 1.1.- Rol profesional

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), la palabra rol se define como papel o función que alguien o algo desempeña<sup>206</sup>. Cada profesional realiza tareas específicas, dependiendo de los diversos roles que desarrolla. Cada una de estas funciones exige competencias distintas.

El concepto de rol profesional presenta desafíos importantes, no existe una definición legal de este término en el ordenamiento jurídico español. Sin embargo, esto no implica que se trate de una noción desconocida en el discurso jurídico y es posible reconstruir el significado de este concepto a partir del uso que se hace de él por parte del poder legislativo. Ejemplos del uso del término “rol profesional” lo encontramos en el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y su correspondiente formación mínima<sup>207</sup> o en el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se establece su formación mínima<sup>208</sup>.

En atención al uso que se hace del término en estas normas, resulta relevante la diferencia entre rol profesional y perfil profesional o figura profesional. El perfil profesional es la aplicación de una cualificación y de sus respectivas competencias profesionales y básicas a uno o varios puestos de trabajo u ocupaciones (RD 546/ 1995, anexo 2.2.1). En otras palabras, el perfil profesional se refiere a toda la organización y a

<sup>206</sup> REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., (versión 23.6 en línea), disponible en <https://dle.rae.es>, (última consulta 04 de mayo de 2023).

<sup>207</sup> Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. (BOE 5 de junio de 1995)

<sup>208</sup> Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas. (BOE 15 de diciembre de 2011)

los diferentes puestos que un/a profesional puede ocupar dentro de ella, mientras que el rol profesional lo define el equipo de trabajo. La figura profesional está asociada a la profesión; en este caso, a la prestación de servicios sociosanitarios para personas mayores.

El Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia adoptado por la Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales incluye requisitos mínimos de acreditación para centros o servicios de titularidad privada, centros concertados que formen parte del SAAD y centros no concertados que reciban prestación económica vinculada a la atención a las personas en situación de dependencia<sup>209</sup>. Precisamente, uno de los ámbitos de acreditación se refiere específicamente al personal. El Acuerdo señala como objetivos en este ámbito “determinar las figuras y perfiles profesionales<sup>210</sup> para la prestación de apoyos, su cualificación, su encuadramiento y sus funciones” y “establecer el procedimiento de acreditación de personal de apoyos, así como los planes de formación oportunos” que “incluirán un programa para la capacitación del personal en el modelo de atención centrado en la persona en los servicios residenciales y domiciliarios”.

El art. 8 del Acuerdo regula, con carácter general, la cualificación profesional, la habilitación y competencias del personal que trabaja en los diferentes servicios y centros de SAAD. Este artículo diferencia entre el personal de atención directa de primer nivel (Ad1N) y el personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N).

El personal de atención directa de primer nivel (Ad1N) hace referencia al personal de apoyo directo a las personas en situación de dependencia, esencial para prestar apoyo a su autonomía, participación y desarrollo de las actividades de la vida diaria. En diversos servicios, este personal adopta este rol como cuidador/a o gerocultor/a.

Se indica que para acreditar sus competencias se considerarán: el certificado de profesionalidad de “Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales”, el certificado de profesionalidad de “Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio”, el título de “Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia (TAPSD)” (excepcionalmente válidos e intercambiables los tres para la atención domiciliaria y residencial) y el título de “Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)”.

## 1.2.- Competencia

La Unión Europea ha utilizado el concepto de "cualificación" para homogeneizar la formación y las habilidades a nivel europeo, con varios esfuerzos legislativos, como el Marco Europeo de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente en 2008<sup>211</sup> y sus

<sup>209</sup> Aunque, como aclara el Acuerdo, los centros y servicios sociales de titularidad pública no estarán sometidos al régimen de acreditación, “para la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, deberán observar las condiciones y requisitos de calidad y garantía en las prestaciones que se exijan para la acreditación de los centros y servicios privados”.

<sup>210</sup> La expresión perfil profesional alude a la especialización de una persona en un puesto de trabajo concreto.

<sup>211</sup> Resolución del Parlamento Europeo, de 17 de mayo de 2017, sobre el Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente (2016/2798(RSP))

actualizaciones posteriores. En España, el Real Decreto 272/2022<sup>212</sup> alinea las cualificaciones nacionales con los estándares europeos, cubriendo educación formal e informal.

El término “cualificación” se define explícitamente en el artículo 2, apartado a), del mencionado Real Decreto<sup>213</sup>, como el resultado formal de un proceso de evaluación y validación en el que una autoridad competente establece que una persona ha alcanzado los **resultados de aprendizaje** correspondientes a determinados estándares. Estos resultados de aprendizaje se conocen como **competencias profesionales**, que se definen explícitamente en el artículo 2.5 de la LO 3/2022<sup>214</sup> como “el conjunto de conocimientos y habilidades que permiten la ejecución de una actividad profesional en línea con los requisitos de la producción y el empleo”.

Por lo tanto, el término **competencias profesionales**, no se refiere a las funciones que los equipos profesionales desempeñan en un puesto en particular, sino más bien a los conocimientos y habilidades que permiten la ejecución de esas funciones o tareas de acuerdo con estándares específicos de calidad, eficacia y eficiencia<sup>215</sup>. Las competencias profesionales se diferencian de las **competencias básicas**, definidas en el artículo 2.4 de la LO 3/2022<sup>216</sup>, como esenciales para el desarrollo personal y la empleabilidad en un sentido amplio, incluyendo la participación en la sociedad. Estas habilidades transversales no se adquieren exclusivamente a través de la formación formal, sino que pueden obtenerse por otros medios, tal como lo reconoce la Recomendación del Consejo del 22 de mayo de 2018<sup>217</sup> sobre competencias clave para el aprendizaje permanente.

Según el informe del Proyecto TRACE<sup>218</sup>, el término **competencia** se emplea de varias maneras de acuerdo al contexto, y aunque es una palabra muy utilizada en el lenguaje cotidiano, se dificulta la identificación de una teoría o definición coherente que pueda abarcar y conciliar las diferentes formas en las que se usa el término. Por ejemplo, en los procesos empresariales la competencia se enfatiza de manera diferente que en las organizaciones de educación formal o en las discusiones teóricas.

Es un término que se refiere a un conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que permiten a una persona realizar una tarea o actividad de manera eficaz en un contexto específico. Esta no se limita a la adquisición de conocimientos y habilidades, sino que también abarca la capacidad de aplicarlos en situaciones del mundo

<sup>212</sup> Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente. (BOE 7 de mayo de 2022)

<sup>213</sup> Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente. (BOE 7 de mayo de 2022)

<sup>214</sup> Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional (BOE 1 de abril de 2022)

<sup>215</sup> Para reconocer oficialmente estas habilidades, se procederá al desarrollo del Catálogo Nacional de Estándares de Competencias Profesionales, pero hasta entonces mantiene su vigencia la ordenación del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales recogida en el Real Decreto 1128/2003, de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. (BOE 17 de septiembre de 2003)

<sup>216</sup> Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional (BOE 1 de abril de 2022)

<sup>217</sup> Recomendación 2018/C 189/01 del Consejo, de 22 de mayo de 2018, relativa a las competencias clave para el aprendizaje permanente (Texto pertinente a efectos del EEE.). Diario Oficial de la Unión Europea C 189/1, 4 de junio de 2018.

<sup>218</sup> TRACE PROJECT, *Overview of European competences frameworks*, 2005, disponible en: <http://www.menon.org/wp-content/uploads/2012/11/9.-TRACE-Overview-of-EU-competency-frameworks1.pdf> (última consulta 31 de mayo de 2023)

real y adaptarse a diversos contextos y situaciones. Es un concepto que **trasciende la mera declaración de conocimientos y habilidades**, y refleja la complejidad del mundo laboral y la variedad de habilidades y cualidades personales que se requieren para afrontarlo.

El Marco Europeo de Competencias Básicas para profesionales que trabajan con las personas mayores en los servicios sociosanitarios<sup>219</sup> define las competencias como una descripción de las tareas vinculadas a una acción, conducta o culminación que deben reflejarse en el resultado de una persona. Por tanto, las competencias son inclinaciones personales relacionadas con las cualidades fundamentales de la persona y los atributos que contribuyen a lograr un resultado profesional eficaz. De acuerdo con los autores de dicho Informe, las competencias se componen de cuatro componentes: la competencia cognitiva, la competencia funcional, la competencia personal y la competencia ética.

- La competencia cognitiva implica la asimilación de la teoría y los conceptos, junto con el conocimiento implícito adquirido a través de la experiencia práctica.
- La competencia funcional se refiere a las habilidades o conocimientos prácticos que una persona debe poseer cuando participa en un determinado campo de trabajo, educación o actividad social.
- La competencia personal implica la capacidad de gestionar una situación particular por sí mismo.
- La competencia ética abarca la posesión de ciertos valores personales y profesionales.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología- SEGG<sup>220</sup>, señala que una competencia es un conjunto complejo de conocimientos, habilidades, actitudes, valores, emociones y motivaciones que cada persona o grupo pone en acción en un contexto concreto para hacer frente a las demandas específicas de cada situación. No se trata únicamente de conocimientos o habilidades, sino que también involucra la habilidad de enfrentar demandas complejas y desarrollar actividades y proyectos de manera satisfactoria en contextos complejos y cambiantes. Las competencias incluyen tanto dimensiones cognitivas como no cognitivas, como conocimientos, habilidades cognitivas, habilidades prácticas, actitudes, motivaciones, valores y emociones, que afectan al desempeño profesional. En este sentido, las competencias son una movilización de todas nuestras destrezas para pensar y actuar con la mayor madurez profesional, intelectual y moral.

<sup>219</sup>DIJKMAN, Bea, ROODBOL, Petrie, AHO, Jukka, ACHTSCHIN-STIEGER, Sigrid, ANDRUSZKIEWICZ, Anna, COFFEY, Alice, FELSMANN, Miroslava, KLEIN, Regina, MIKKONEN, Irma, OLEKSIW, Katharina, SCHOOF, Greet, SOARES, Célia y SOURTZI, Panayota, *European Core Competences Framework for Health and Social Care Professionals Working with Older People*, 2016, es disponible en:

[https://cendocps.carm.es/documentacion/2017\\_Marco\\_Europeo\\_Competiciones\\_profesionales\\_personas\\_mayores.pdf](https://cendocps.carm.es/documentacion/2017_Marco_Europeo_Competiciones_profesionales_personas_mayores.pdf) (última consulta 22 de mayo de 2023)

<sup>220</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG), *Grupo de Trabajo Interdisciplinar de Educación Gerontológica de la SEGG, Documento de consenso sobre Competencias Comunes de los y las profesionales de la Gerontología Clínica y Social*, 2013, disponible en [https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_consenso\\_sobre\\_Competiciones\\_Comunes\\_de\\_los\\_Profesionales\\_de\\_la\\_Gerontologia\\_Clinica\\_y\\_Social.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_consenso_sobre_Competiciones_Comunes_de_los_Profesionales_de_la_Gerontologia_Clinica_y_Social.pdf) (última consulta 9 de julio de 2023)



Díaz-Veiga<sup>221</sup>, en el Informe Cuidemi de Fundación Matia, señala que la competencia se refiere a la capacidad de los equipos profesionales de los cuidados para realizar su trabajo de manera efectiva y eficiente, y para adaptarse a las necesidades y preferencias de las personas a las que cuidan. En este sentido, se destaca que los equipos profesionales de los cuidados deben contar con conocimientos y destrezas con relación a los cuidados instrumentales, como ayudar a andar, comer o realizar la higiene, pero también deben tener otras competencias en relación con el autocuidado y la atención emocional y relacional.

Tomando en cuenta el desarrollado a nivel normativo y lo señalado tanto en Marco Europeo de Competencias Básicas para profesionales que trabajan con las personas mayores en los servicios sociosanitarios y como por la SEGG, al analizar las competencias de una titulación, es fundamental diferenciar entre:

- Competencias básicas/personales y éticas/no cognitivas: conocimientos transversales que vinculan a la persona cuidadora con la sociedad en general (autocuidado, atención emocional y relacional, etc.), y
- Competencias profesionales/cognitivas/ funcionales: se limitan a los conocimientos, habilidades y destrezas requeridos para el desempeño de una actividad profesional (conocimientos y destrezas con relación a los cuidados instrumentales, etc.).

Ambas están integradas en el concepto de **competencia general**.

Finalmente, puntualizamos que la ausencia de referencias a los títulos universitarios se debe a que la normativa general que regula estos estudios hace caso omiso del concepto de competencia profesional. Sin embargo, hacen referencia al concepto general de “competencias”, que se detallará para cada grado en los planes de estudio de cada centro universitario. Es importante señalar que los principios y valores democráticos, así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se imponen en los planes de estudio. Entre estos principios se encuentran el respeto por los derechos humanos y los derechos fundamentales, el respeto por los valores democráticos y el respeto por la igualdad de género. Por lo tanto, los planes de estudio deben incorporar estos principios como contenido o como competencias transversales, es decir, como competencias básicas<sup>222</sup>.

## 2.- Marco competencial y roles profesionales del modelo institucional

Los equipos profesionales que prestan servicios sociosanitarios a las personas mayores están organizados de la siguiente manera:

**El equipo de apoyo cotidiano:** conjunto de profesionales que permanecen de forma continuada con las personas cuidadas: gerocultores/as, auxiliares de enfermería, técnicos/as de atención sociosanitaria o personas cuidadoras.

**El equipo técnico:** profesionales diversos/as (médicos, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, pedagogos/as, terapeutas ocupacionales,

<sup>221</sup> DÍAZ-VEIGA, Pura, *Informe Cuidemi 2020. El Modelo de Atención Centrado en la persona: qué es y por dónde empezar*, 2020, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/el-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-que-es-y-por-donde-empezar> (última consulta 8 de julio de 2023)

<sup>222</sup> Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. (BOE 01 abril de 2022)

fisioterapeutas, educadores/as, arteterapeutas, animadores/as, etc.) pueden completar, junto con las personas cuidadoras, el equipo multidisciplinar de un centro.

Además, están los equipos profesionales que no están directamente vinculados con los servicios sociosanitarios, y que cumplen las funciones de administración, servicios generales y servicios residenciales (limpieza, cocina, etc.).

De acuerdo con el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio)<sup>223</sup>, en adelante el VIII Convenio<sup>224</sup>, se ha determinado la siguiente clasificación de profesionales, delimitándola en Grupos Profesionales y Divisiones Funcionales:

Tabla 3 Clasificación profesional convenio - Áreas de actividad<sup>225</sup>

A) Gestión, administración y servicios generales	B) Servicios socio asistenciales	C) Servicios residenciales
1A) Dirección. Director/a. Administrador/a. Gerente. Responsable Coordinación Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Director/a Gerente de Teleasistencia Domiciliaria (TAD). Director/a Territorial TAD.	1B) Titulados/as Superiores y Especialistas. Médico/a. Psicólogo/a.	
2A) Mandos Intermedios. Jefe/a Administrativo/a SAD. Director/a Centros TAD. Supervisor/a TAD. Coordinador/a TAD. Coordinador/a SAD. Supervisor/a Residencia. Supervisor/a.	2B) Mandos intermedios. Coordinador/a Enfermería. Enfermero/a. Fisioterapeuta. Terapeuta Ocupacional. Trabajador/a Social.	2C) Mandos intermedios. Gobernante/a. Cocinero/a.
3A) Personal Cualificado. Ayudante Coordinación SAD. Oficial Administrativo. Oficial Administrativo SAD. Oficial Mantenimiento. Técnico/a en Informática.	3B) Personal Cualificado. TASOC (Técnico/a de Actividades Socioculturales).	

<sup>223</sup> Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio) (BOE 9 de junio de 2023)

<sup>224</sup> Anteriormente, estuvo vigente la Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registró y publicó el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio) (BOE 21 de septiembre de 2018). Mencionamos esta Resolución porque el VIII Convenio Colectivo vigente al cierre del presente Informe, se firmó el 3 de marzo de 2023 y publicado el 09 de junio de 2023.

<sup>225</sup> Artículo 16 de la Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio) (BOE 9 de junio de 2023)

4A) Personal Auxiliar. Auxiliar Administrativo/a. Auxiliar Administrativo/a SAD. Auxiliar Administrativo/ TAD. Auxiliar Mantenimiento. Conductor/a. Jardinero/a. Portero/a/Recepcionista. Telefonista/Recepcionista TAD.	4B) Personal Auxiliar. Gerocultor/a. Auxiliar SAD. Oficial TAD. Teleoperador/a TAD. Instalador/a TAD.	
		5C) Personal Auxiliar. Personal Limpieza. Personal Lavandería. Personal Planchado. Pinche Cocina. Ayudante Oficinas varios.

### 3.- Relaciones entre persona cuidadora y persona cuidada

Cuando analizamos, en el apartado introductorio de este informe, el actual sistema de cuidados ya dejamos sentadas algunas de las que pueden ser las características mínimas de las relaciones entre persona cuidadora y persona cuidada.

A modo de recapitulación la siguiente tabla nos sirve para entender quién y cómo se cuida en el modelo institucional de cuidados que estamos analizando.

Figura 11 Quién y cómo se cuida en el modelo institucional

Quién	Cómo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres</li> <li>• No profesionales (80% en Europa)</li> <li>• Extranjeras</li> <li>• Precariedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo residencial</li> <li>• Asistencialismo</li> <li>• Modelo de Atención Centrado en la Institución</li> <li>• Modelo de profesionales más centrados/as en el tratamiento que en el acompañamiento</li> <li>• Uso indiscriminado de restricciones</li> </ul>

La relación persona cuidadora-cuidada puede verse afectada por diversas variables entre ellas la escala de precariedad que experimentan ambos polos de la relación, que tiene el potencial suficiente para modificar los estándares de calidad de los servicios y los vínculos desarrollados. La falta de condiciones mínimas para proporcionar o recibir cuidados puede mermar la construcción de unos lazos basados en el respeto y el interés mutuo, y es precisamente el establecimiento de estos vínculos los que se señalan como fundamentales para el bienestar de las personas mayores, así como para el mantenimiento de un envejecimiento saludable<sup>226</sup>.

<sup>226</sup> Y, por supuesto, también para las personas cuidadoras al evitar su situación de precariedad y desvalorización.

Es diversa la literatura que demuestra que el establecimiento de un vínculo entre persona cuidadora y persona cuidada implica numerosas mejoras en la calidad de vida de estas últimas -y de las personas cuidadoras- que llevan a disminuir las visitas hospitalarias, y a aumentar la participación en la toma de decisiones<sup>227</sup>. Incluso para el marco que excede la organización residencial, esta idea ha llevado a proponer modificaciones en la organización de los servicios de atención a domicilio, creando pequeños núcleos de servicios donde las personas cuidadas y las profesionales pueden desarrollar una mayor autonomía y un fortalecimiento de los lazos afectivos. Ejemplo de esta gestión que personaliza el servicio y estimula la proximidad se puede ver en Barcelona en el caso de las denominadas “supermanzanas sociales”<sup>228</sup>.

Con objeto de entender esta relación social, se debe señalar como factor fundamental, ya mencionado previamente, el cambio de paradigma que se está produciendo en relación con la consideración propia de la vejez y de los derechos de atención existentes. Tradicionalmente, el envejecimiento significaba despojar a las personas del derecho a ejercer la autonomía, la decisión individual y el racionamiento. Se realizaba un paralelismo de esta población con niños y niñas más pequeños/as, considerando a ambos grupos como carentes de posibilidades de gestión de sus vidas y del establecimiento de sus preferencias vitales.

Esta concepción establece automáticamente una relación asimétrica entre quienes cuidan y quienes son cuidadas, al posicionar a las primeras en una supuesta situación de superioridad intelectual y de conocimiento.

Mención aparte merecen dos elementos que exceden el enfoque de este informe pero que son interesantes de mencionar: la relación de cuidados entre personas cuidadoras no profesionales y personas cuidadas y la participación de las familias dentro de los modelos residenciales. En el primer caso, la importante presencia de este tipo de personas cuidadoras dibuja de manera clara el desarrollo vital de las personas mayores que precisan cuidados y el cambio de paradigma debería involucrarlos de manera primordial para modificar la cultura institucional dentro de los propios hogares. El segundo elemento señala la necesidad de considerar a las familias, entendida de manera amplia, como parte del “equipo de cuidados” de las personas mayores para garantizar un trabajo coordinado y una mejora en la calidad de vida de éstos<sup>229</sup>. Para que se produzca la construcción de un buen cuidado de las personas mayores las transformaciones también deben trabajarse desde el entorno familiar.

---

<sup>227</sup> COMAS D’ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, “Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia” *ZERBITZUAN*, nº 79, junio 2023, pp. 61-74

<sup>228</sup> COMAS D’ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, “Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia”, Op. cit.

<sup>229</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación nº8*, Op. cit.

## Capítulo Quinto: Marco jurídico

### 1.- Marco jurídico internacional y europeo de la institucionalización

#### 1.1.- El marco jurídico internacional

En el ámbito de los derechos humanos, el reconocimiento de los derechos de las personas mayores no cuenta a nivel de Naciones Unidas con normas que especifiquen sus derechos, que los concreten atendiendo a sus propias particularidades o características, no como objeto de protección y asistencia, sino como titulares de derechos que son; como sí sucede con otros colectivos o grupos en situación de vulnerabilidad como la infancia (Convención de Derechos del Niño de 1989) o las personas con discapacidad (Convención de derechos de personas con discapacidad de 2006), entre otros. Si bien es cierto que la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) proporciona una base clara para la realización de los derechos de las personas mayores en un modelo de cuidados desinstitucionalizado. Por ejemplo, el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, incluye la vejez entre las situaciones que requieren prestaciones propias de un sistema de Seguridad Social, y la especial protección que se prevé en los tratados internacionales para las personas mayores en relación con la prestación de pensiones adecuadas (Convenio 102 de la OIT sobre Seguridad Social). También puede hacerse referencia al Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se celebró en Madrid, en 2002, que en su artículo 13 destaca “la responsabilidad primordial de los gobiernos” de promover y prestar servicios sociales básicos y de facilitar el acceso a ellos, teniendo presentes las necesidades específicas de las personas mayores<sup>230</sup>.

La creación en 2014 de la figura de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas mayores, junto a la del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre Envejecimiento de Naciones Unidas (OEGWA), en 2011, está suponiendo un impulso a los derechos de autonomía e independencia de las personas mayores.

#### 1.2.- El marco jurídico europeo

En el ámbito europeo nos encontramos con la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2016 (2016/C 202/02) que reconoce el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural (art. 25).

También en el ámbito de la Unión Europea, el reciente Pilar Europeo de Derechos Sociales aprobado en 2017, aun siendo un texto de *soft law* con poca vinculatoriedad jurídica, sí que promueve el cumplimiento de una serie de principios que se concretan en

---

<sup>230</sup> CARMONA CUENCA, Encarna: “La protección de categorías de personas especialmente vulnerables en el Derecho español”, *Teoría y Derecho*, 9, 2011, p.106.



el texto de su articulado en derechos de las personas viviendo en los Estados miembros a un conjunto de condiciones sociales y de bienestar dignas<sup>231</sup>.

En este mismo sentido, la Estrategia Europea de Cuidados, busca garantizar unos servicios asistenciales de calidad, asequibles y accesibles en toda la Unión Europea<sup>232</sup>. La Comisión Europea, a través de la “*European Care Strategy*”, también ha marcado directrices respecto a la formación para mejorar la situación tanto las personas que reciben cuidados como de las personas que cuidan, ya sea de manera profesional o no profesional<sup>233</sup>. En el ámbito del Consejo de Europa, hallamos la Carta Social Europea de 1996, norma de relevancia pues contiene un precepto, el artículo 23, que contiene el derecho de las personas mayores a la protección social. Cierto es que no apela a la protección social de los derechos de las personas mayores, sino a la protección social de ellas mismas, lo cual denota connotaciones asistencialistas.

### 1.3.- El marco del Derecho comparado

En Europa se lleva muchos años librando la batalla de la desinstitucionalización, especialmente en los países del Norte. Pronto se advirtió en muchos de ellos que el modelo residencial no era el que mejor respondía a garantizar una vida digna de las personas mayores en el final de sus días, ni respetuoso con sus deseos, preferencias y derechos. En consecuencia, se transitó de modelos residenciales a modelos ecosistémicos de carácter comunitario y de base municipalista<sup>234</sup>. En los países del Sur el cambio costó más, pero se empieza a vislumbrar en el horizonte pasos significativos a modelos de atención centrados en la persona, sus deseos, necesidades, y su vida en entornos referenciales que signifiquen a la persona y su historia de vida.

Lógicamente los modelos están muy condicionados por la cultura y el contexto demográfico, laboral, social y económico de los países, por la posición que los poderes públicos asumen en la prestación del cuidado y en la consideración de las personas mayores como titulares de sus derechos. El rol de la familia, la estructura de las redes familiares, y del sector privado son elementos que considerar en la provisión de cuidados, pues incidirán de lleno en la configuración de cada modelo y en la diferenciación de los mismos, incluso entre países dentro de un mismo modelo. Ahora bien, siendo conscientes de que el bienestar social varía de país a país, es posible atisbar cuatro grandes modelos: el nórdico (Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia, Islandia y Países Bajos), el continental (Alemania, Francia, Bélgica, Luxemburgo y Austria), el mediterráneo (Grecia, Italia, Portugal y España) y el anglosajón (Gran Bretaña e Irlanda).

<sup>231</sup> Comisión Europea, Pilar Europeo de Derechos Sociales, 2017, disponible en [https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSSR-booklet\\_es.pdf](https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSSR-booklet_es.pdf)

<sup>232</sup> Comisión Europea, *A European Care Strategy for caregivers and care receivers*, 2022, disponible en <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382#navItem-relatedDocuments>

<sup>233</sup> European Commission, *A European Care Strategy for caregivers and care receivers*, 2022, disponible en [https://ireland.representation.ec.europa.eu/news-and-events/news/european-care-strategy-caregivers-and-care-receivers-2022-09-07\\_en](https://ireland.representation.ec.europa.eu/news-and-events/news/european-care-strategy-caregivers-and-care-receivers-2022-09-07_en) (última consulta 13 de mayo de 2023)..

<sup>234</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

A continuación, se pasará a analizar el marco jurídico en los países que en este estudio hemos localizado como relevantes a la hora de construir un proceso de desinstitucionalización en nuestro país.

## Reino Unido

El sistema de cuidados para personas mayores en el Reino Unido funciona de forma separada para cada una de las naciones constituyentes del país: Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte.

En Inglaterra, la *Care Quality Commission* es un organismo público que se encarga de la autorización, así como de la inspección y evaluación de los servicios sociales y sanitarios para las personas mayores, que incluyen tanto los servicios a domicilio, comunitarios como los centros residenciales. La regulación estaría incluida en la Ley de Atención Nacional de Salud y Comunitaria de 1990; la Ley de Estándares en la Atención de 2000; la Ley de Atención Sanitaria y Social de 2008, que crea la *Care Quality Commission* y establece los reglamentos que regulan las obligaciones de los diversos proveedores de servicios.

De forma más reciente, la Ley de Cuidados de 2014 (*Care Act*) introdujo cambios en el sistema de cuidados hacia una atención centrada en las personas (en adelante ACP) que reciben los cuidados, introduciendo, por ejemplo, el “principio de bienestar” para sustentar el sistema de atención y apoyo, o ampliando la cobertura de las necesidades del cuidado. De acuerdo con esta Ley, las autoridades tienen la obligación de garantizar que las personas pueden seguir viviendo en su entorno, desarrollando los servicios de atención necesarios para ello. Además, la *Care Quality Commission* cuenta con unos estándares de actuación y que han de guiar el funcionamiento de los servicios de cuidado, entre los que cabe destacar que los cuidados y los tratamientos deben reflejar las preferencias y las necesidades de quienes lo reciben, además de que las personas trabajadoras deben ser de *buen carácter*, tener las cualificaciones (competencias) y experiencia necesarias, e informar a las personas mayores de sus cuidados y tratamientos de manera abierta, honesta, sincera y transparente<sup>235</sup>.

Una serie de indicadores se utilizan para poder valorar, entre otras cuestiones, cuándo una residencia es segura, efectiva y ofrece buenos cuidados: cuando hay plantilla suficientes, la persona mayor está involucrada en la toma de decisiones y se siente independiente, la persona mayor puede dar su opinión, se le pregunta sobre los cambios en la adaptación o decoración de la residencia, tiene acceso a representantes, el personal le trata con dignidad y respeto, la persona mayor tiene suficiente privacidad, puede recibir visitas cuando quiera, la persona mayor conoce al personal e incluso a la dirección del centro, etc.

Además, aunque no existen requisitos previos de funcionamiento interno ni de ratios de personal para la acreditación de los centros, sí se exigen una serie de estándares de calidad que deben cumplirse tanto para el seguimiento y la inspección de los centros, a cargo de la *Care Quality Commission*. En este sentido, la normativa inglesa no establece requisitos previos relativos a las ratios de personal ni tampoco de funcionamiento interno

---

<sup>235</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

de los centros. Sin embargo, los centros no suelen ser de gran tamaño, con una media de 20 plazas en los centros residenciales y de 50 en el caso de los centros que además cuentan con enfermería<sup>236</sup>. En este punto se aprecia que, en la evaluación y la calidad de los centros, los de menor tamaño, aquellos con un máximo de diez plazas reciben una calificación más positiva.

## Países Bajos

El sistema neerlandés de cuidados de larga duración fue objeto de una reforma de gran calado en 2015, que marcó como objetivos la potenciación de la vida en el propio entorno familiar, así como promover la vida independiente. Además, tuvo tres ejes principales: la calidad de la atención, la atención comunitaria y los cuidados asequibles. Cabe destacar que las reformas se dirigieron a diferentes grupos poblacionales.

En relación con las personas mayores, las leyes que resultan de aplicación son la Ley de Apoyo Social de 2015, la Ley de Seguro de Salud y la Ley de Cuidados de Larga Duración. Mientras que la primera de las normas se centra en las personas que reciben apoyos en su propio domicilio, pero no una asistencia continuada, la Ley de cuidados de larga duración se centra en aquellas personas que necesitan asistencia las 24 horas al día. Por su parte, la Ley de seguro de salud cubre a personas aseguradas cuya necesidad de cuidados deriva de un problema de salud. Además, el Pacto para los Cuidados de las Personas Mayores y el Envejecimiento en Casa, iniciativas de 2018, ponen el foco en el grupo de personas mayores con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados, principalmente domiciliarios.

En el sistema holandés una de las vías por las cuales se potenció la atención comunitaria fue aumentando los apoyos que se provén desde el ámbito local y municipal, descentralizando en gran medida un sistema que antes recaía principalmente a nivel estatal<sup>237</sup>.

En la actualidad, los cuidados que consisten en el apoyo social en los domicilios se sufragan parcialmente a través de una cuota mensual independientemente del nivel de recursos, de 19 euros al mes<sup>238</sup>. Por el contrario, los cuidados de larga duración de mayor intensidad se financian a través de varias vías que incluyen la vía impositiva que recae sobre los salarios o las rentas privadas, contribuciones del gobierno y el copago que asumen quienes las usan.

Además, hay problemas en cuanto la disponibilidad de los recursos, tanto en lo que a plantilla se refiere como de camas disponibles. Aproximadamente existen 8

<sup>236</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

<sup>237</sup> Unión Europea, *2021 Long-Term Care Report. Country Profiles. Vol. II*, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2021, p.286.

<sup>238</sup> Unión Europea, *2021 Long-Term Care Report. Country Profiles. Vol. II*, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2021, p.287.

personal empleadas por cada 100 personas mayores de 65 años<sup>239</sup>, aunque esta ratio resulta considerablemente superior a la de otros países del entorno<sup>240</sup>.

Estos problemas se están intentando resolver a través de las reformas implementadas en 2015. Entre las medidas introducidas se encuentra la introducción de una serie de indicadores de calidad que están en la base de la acreditación y la evaluación de los centros: regulación, acreditación y certificación, estimulación financiera, transparencia, rendición de cuentas y control<sup>241</sup>. En relación con ello, cabe considerar que, a pesar de la existencia de estos estándares de calidad, lo cierto es que el sistema no apuesta claramente por la desinstitucionalización como sí hacen los países nórdicos, y se centra más bien en implementar mejoras en el sistema que cambios que penetren en la base de la forma en que se proveen los cuidados.

No obstante, lo que sí cabe destacar favorablemente de los Países Bajos es la existencia de iniciativas y estrategias de interés, como el modelo *Humanitas Akropolis*, que promueve lo que denominan la *cultura del sí*<sup>242</sup>; o el modelo promovido por la organización *Buurtzorg*, que se dedica a la provisión de cuidados de enfermería siguiendo un modelo que potencia las relaciones comunitarias<sup>243</sup>.

### Noruega (el modelo nórdico)

Las políticas de cuidados de larga duración y su estructura varían significativamente de país a país. En los países del Norte de Europa, particularmente en Noruega, se aprecia un papel más activo del Estado en la provisión de cuidados<sup>244</sup>. De tal modo, que en dicho país los servicios públicos son los primeros proveedores de apoyos a las personas mayores y otros colectivos de personas en situación de vulnerabilidad, siendo la familia la segunda institución en proveerlos, y jugando un rol residual el sector privado y voluntario para las personas mayores que viven en áreas urbanas<sup>245</sup>. Contrasta con lo que sucede en los países del Sur de Europa, como España, en los que la familia es una institución tradicional muy fortalecida hasta el punto de que por tradición cultural es la primera en proveer apoyos, pudiendo categorizarse aún como un modelo *familista*<sup>246</sup>.

La estructura de cuidados de Noruega tiene consecuencias positivas no sólo sobre las personas mayores, sino también sobre la situación de las mujeres cuidadoras y su desarrollo a nivel laboral con el correspondiente incremento de tasa laboral de mujeres;

<sup>239</sup> Unión Europea, *2021 Long-Term Care Report. Country Profiles. Vol. II*, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2021, p.293.

<sup>240</sup> En otro informe, de 2014, se indica una ratio de 19 personas cuidadoras por cada 1000 personas. Unión Europea, *Adequate social protection for long term care needs in an ageing society*, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2014, p.119.

<sup>241</sup> ESPN, Dutch profile on LTC quality assurance, 2019.

<sup>242</sup> Se puede consultar más información sobre este modelo en De Martí, Josep, “La visión de un promotor de viajes geroasistenciales por Europa... y una mirada a EEUU”, en Rodríguez, Pilar, (coord.), *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el s. XXI*, Papeles de la Fundación Pílares, núm. 3, 2018, p.174.

<sup>243</sup> BUURTZORG, <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>

<sup>244</sup> BAZO, María Teresa y ANCIZU, Iciar, “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”, *Reis*, 1/105, 2004, pp.43-77.

<sup>245</sup> BAZO, María Teresa, “Personas mayores y solidaridad familiar”, *Política y Sociedad*, 45(2), 2008, págs. 73-85.

<sup>246</sup> MORENO FUENTES, Francisco Javier y DEL PINO MATUTE, Eloisa, *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*, Ed. Tecnos, Madrid, 2015, p.36.

el incremento de la tasa de fecundidad, política exitosas de conciliación de la vida familiar y laboral; etc. Además, puede constatarse que los servicios destinados a personas mayores son conocidos por ellas, accesibles, universales, y brindados por las entidades locales, por lo que el principio de proximidad está asegurado.

Las personas mayores noruegas cuentan con múltiples servicios de cuidados, principalmente públicos, con los que se encuentran familiarizadas y son habitualmente demandados. Las personas mayores interactúan con dichos servicios, organizan el cuidado que necesitan y no esperan que sus hijas e hijos lo hagan por ellas, excepto si están enfermas o no tienen capacidad necesaria. Estos servicios son apreciados por ser un medio para mantener la autonomía. Existe, en cierto modo, una relación especial, un vínculo afectivo, entre las personas receptoras de cuidados y las personas asistentes a domicilio. Los servicios son cercanos para las personas mayores noruegas y sus familias. En definitiva, las personas mayores prefieren los servicios públicos porque responden mejor a sus necesidades.

Uno de los aspectos a destacar en el modelo noruego es la clara apuesta por la priorización de lo público y el favorecimiento de la proximidad y de la calidad de los servicios de cuidado a través de la remunicipalización en seis años de los centros donde se presta dicho cuidado a las personas mayores, que estaban en manos privadas.

### Suecia (el modelo nórdico)

Suecia es uno de los países que está acusando seriamente el envejecimiento de la población. Pero a diferencia de otros países de su entorno que también lo acusa desde hace tiempo, lleva desde los años 60 del siglo XX, apostando por un cambio de modelo, y abandonando la construcción de residencias. La apuesta velaba por el derecho de las personas mayores a poder seguir viviendo en su casa o en una “vivienda especial” (*Särskilda Boendeformer*) hasta el final de su vida, reforzando los servicios a domicilio y construyendo “viviendas con servicios” que se expandieron durante los años 60 y 70. Se trata de un modelo más respetuoso con los principios de normalización y proximidad, que se profundizó en los años 80-90 con otras tipologías de vivienda, a la vez que con programas nacionales complementarios de rehabilitación, adaptación y reconversión de viviendas (eliminación de las barreras, instalación de ascensores, rampas en los accesos, etc.).

Estas viviendas eran construidas y destinadas a personas y grupos con necesidades profundas de cuidados (personas mayores y personas con discapacidad fundamentalmente)<sup>247</sup>. Dos de los modelos a destacar son las “Viviendas con Servicios” (*Servicehus/Servicevägenheter*) para personas mayores y con discapacidad en cada barrio, construidas en el marco del “Programa Nacional del Millón de Viviendas” y las “Viviendas de Grupo” (*Gruppboenden*), articuladas en torno a unidades convivenciales destinadas primero, a personas mayores con demencias, y más tarde a todas las personas con grandes necesidades asistenciales. Estas viviendas se pueden disfrutar en régimen de alquiler y pueden ser amueblarlas al gusto del residente para evitar la despersionalización. Son espacios donde se preserva la intimidad, privacidad, hábitos, estilo de vida, relaciones sociales significativas, y donde se recibe atención personal (sanitaria y social) en función

---

<sup>247</sup> Un análisis detallado se encuentra en Lindström Karlsson, A.: “El papel de la vivienda en el contexto de las políticas de vejez en Suecia” en *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el Siglo XXI, Papeles de la Fundación Pílares para la Autonomía Personal*. nº 3, 2018, pp.51-90



de las necesidades de cada una. Son los municipios los competentes para determinar los criterios de acceso a ellas y a servicios destinados a personas mayores. La configuración del modelo favorece la proximidad de la atención.

### Dinamarca (el modelo nórdico)

El modelo nórdico destaca por la existencia de diversos servicios de apoyo y atención domiciliaria sólidos y accesibles que centrados en la persona ofrecen un servicio individualizado, algunos países, entre ellos Dinamarca, fueron pioneros en la década de los años 70 en abandonar el modelo residencial y apostar por la atención domiciliaria de las personas mayores. Dinamarca apostó desde bien pronto por estas políticas de ACP y atención comunitaria y no residencial desde donde se proveían servicios sociales y sanitarios en los domicilios de las personas.

En Dinamarca destaca el municipio como protagonista de la provisión de cuidados, siendo responsables y competentes de los servicios de larga duración, que han apostado por la desinstitucionalización, especialmente de personas con discapacidad o personas en situación de sinhogarismo<sup>248</sup>. Y con tal objetivo se introdujo la capacitación de las profesionales para trabajar de forma más preventiva y reducir así el riesgo de institucionalización de las personas mayores.

### Suiza

El sistema de cuidados en Suiza destaca por estar altamente descentralizado. En cuanto a la financiación en 2015 Suiza destinó al cuidado 2,3% del PIB, por encima de otros países de la OCDE (1,3% de media). Mientras que el sistema sanitario funciona mediante seguros privados, no existe un esquema específico para el cuidado y la financiación proviene tanto del mismo sistema sanitario, del fondo de pensiones, de la vía impositiva o de las propias personas receptoras del cuidado.

En Suiza se da una de las tasas más altas de personas que reciben cuidados de larga duración en el domicilio. El concreto, se estima que aproximadamente el 40% de las personas mayores reciben cuidados en el domicilio por parte de los familiares<sup>249</sup>. Ello puede deberse a que en los últimos años se han desarrollado estrategias de flexibilidad para las personas trabajadoras que tienen responsabilidades de cuidado, y en algunos cantones se ofrecen prestaciones económicas dirigidas a estas situaciones. En cuanto a profesionales del cuidado, a menudo carecen de cualificaciones para ello y no suelen estar protegidas por la legislación laboral, por lo que en demasiadas ocasiones este cuidado tiene lugar en el entorno informal<sup>250</sup>.

Es de destacar, sin embargo, que en Suiza se ofrece información actualizada sobre el sistema del cuidado a través de bases de datos en relación con la población que vive en residencias, el periodo de tiempo del ingreso, la ratio de personal y de residentes, así como el porcentaje de trabajadoras del cuidado que están cualificadas o incluso la relación de

---

<sup>249</sup> COMISIÓN EUROPEA, *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care, Switzerland, 2018*, 2018

<sup>250</sup> COMISIÓN EUROPEA, *ESPN, Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018*, disponible <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9185>

coste-efectividad del centro<sup>251</sup>. La mayoría de las instituciones del cuidado son de gestión privada y con financiación privada, aunque también hay públicas<sup>252</sup>. La preferencia por el modo de cuidado varía mucho entre regiones, mientras que los cantones francófonos prefieren el cuidado en casa, y solo ingresan en residencias en una etapa vital muy tardía, en la parte central de Suiza un mayor número de personas ingresan en residencias<sup>253</sup>.

## Alemania

El modelo de cuidados alemán se financia principalmente a través del sistema de aseguramiento obligatorio, por lo que toda la población cubierta podría acceder a las *prestaciones* para el cuidado, si bien estas solo cubrirían parte del coste real de estos servicios<sup>254</sup>. Además, las personas mayores pueden elegir entre ser cuidadas en el propio domicilio, recibir una ayuda económica para cubrir los costes del cuidado o la atención residencial. En cuanto al coste de los centros residenciales, se estima que era de alrededor 1700€ al mes en 2017<sup>255</sup>.

De Alemania, sin embargo, lo que llama especialmente la atención es que está experimentando una auténtica explosión el modelo “viviendas compartidas” y “viviendas asistidas” en las que predomina la promoción de la autonomía y la independencia. Estas iniciativas provienen del mundo asociativo o de la iniciativa privada. Se estima que existen en torno a 7.000 viviendas de este tipo de acuerdo con el principal portal del mercado residencial alemán (*pflgemarkt.com*). Este modelo está orientado a facilitar la participación de las familias y de las personas cuidadas y la utilización de los recursos comunitarios. Suelen ser espacios de reducido tamaño, que se han mostrado que proveen mayor bienestar a las personas en situación de dependencia, especialmente con demencia o deterioro cognitivo, pues normalizan la vida cotidiana y se reducen de forma considerable los problemas de conducta.<sup>256</sup>

Otras formas de viviendas alternativas son las **viviendas asistidas**, situadas en edificios que están adaptados a las necesidades de las personas que en ellas conviven. Así como las **viviendas colaborativas o el cohousing**, que surgió en los años 70 y 80 y se extendió como forma de vivienda para las personas mayores en los 90, con un marcado carácter intergeneracional<sup>257</sup>. Están situadas normalmente en entornos urbanos, y tienen

<sup>251</sup> COMISIÓN EUROPEA, ESPN, *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018*, Op. cit.

<sup>252</sup> COMISIÓN EUROPEA, *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care, Switzerland, 2018*, Op. cit.

<sup>253</sup> COMISIÓN EUROPEA, *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care, Switzerland, 2018*, Op. cit.

<sup>254</sup> Unión Europea, *2021 Long-Term Care Report. Country Profiles. Vol. II*, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2021, p.71.

<sup>255</sup> COMISIÓN EUROPEA, ESPN, *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018*, Op. cit.

<sup>256</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

<sup>257</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

la particularidad de que las personas que conviven en ellas participan en el diseño del proyecto.

## Portugal (el modelo mediterráneo)

Portugal forma parte del llamado *modelo mediterráneo*, que se caracteriza por el carácter mixto en la provisión de cuidados de larga duración. Este país del Sur de Europa integra una red de servicios, que incluye centros de atención, servicios a domicilio y *hogares de ancianos* (“estructuras residenciales para personas mayores”).

En Portugal no existe una descentralización política, no hay ninguna organización intermedia entre el Estado central y los municipios, por lo que las competencias en materia de asistencia social y dependencia recaen mayoritariamente en el área local. Esto tiene un elemento positivo y es que tienen mayor autonomía financiera y, uno negativo, que es que son muchas las ocasiones en las que se aprecia disparidad de criterios entre un municipio y otro<sup>258</sup>, y una fragmentación de los cuidados, consecuencia de una mala organización y falta de una política decidida al respecto. Para la consecución de sus objetivos se valen de iniciativa privada y organizaciones sin ánimo de lucro.

Las residencias de mayores en Portugal están mayoritariamente en manos de organizaciones sin fines de lucro que son parcialmente financiadas por el Estado portugués (66% del total). Se trata de una dejación importante por parte de los poderes públicos lusos<sup>259</sup>. La mayoría son gestionadas y propiedad de la Santa Casa da Misericórdia, que mantiene un acuerdo de cooperación con el Estado.

La problemática surge ante un modelo inoperante e insuficiente, que además presenta dificultades de acceso pues el importe a pagar por una residencia en Portugal puede oscilar entre los 1000 y 2000 euros al mes cuando la Seguridad social lusa puede llegar a pagar, en función del grado de dependencia reconocido, entre 383 y 583 euros.

El **derecho comparado** refleja algunas experiencias exitosas en el abandono del modelo residencial. En otros casos, como puede ser el de Suiza, la apuesta por la desinstitucionalización del cuidado puede ser menos evidente, pero existen elementos de interés como la flexibilidad laboral que facilita el cuidado en el domicilio. Así, en algunos de estos países se apuesta más que por un cambio en el modelo residencial, por un modelo que priorice a la persona y su deseo de vivir en casa sin perder su marco de referencia, con los apoyos y cuidados domiciliarios necesarios. En otros casos, son múltiples las fórmulas de viviendas comunitarias que se plantean como alternativa a los domicilios en la búsqueda de viviendas para toda la vida, en las que las personas mayores cuenten con servicios que les permitan envejecer con dignidad, con pleno respeto a sus derechos “como en casa”.

---

<sup>258</sup> DÍAZ CALVARRO, Julia M<sup>a</sup>., “Políticas sociales y de atención a la dependencia” en *Extremadura-Portugal: Una guía para la cooperación transfronteriza*, disponible en: [https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/12456/1/978-84-09-24023-4\\_143.pdf](https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/12456/1/978-84-09-24023-4_143.pdf)

<sup>259</sup> CARVALHO, María Irene, “Social work and intervention with older people in Portugal: a critical point of view”, *European Journal of Social Work*, 17:3, 2014, pp. 336-352

## 2.- Marco jurídico vigente en España

### 2.1.- Ámbito estatal

La Constitución española reconoce en el artículo 14 el principio de igualdad ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Se reconoce en estos términos la prohibición de discriminación, que no menciona entre las categorías prohibidas de discriminación la edad. No obstante, la edad ha sido entendida implícitamente incluida en la cláusula “otra condición o circunstancia personal o social” por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional<sup>260</sup>.

Además, en la Constitución se reconocen derechos fundamentales para todas las personas, incluidas por supuesto las personas mayores<sup>261</sup>. Así pues, no existe en la Constitución el reconocimiento de una obligación reforzada de los poderes públicos de hacer efectivos los derechos de este grupo poblacional en el sentido, por ejemplo, del artículo 49 en relación con las personas con discapacidad. El único artículo que hace mención expresa a este grupo es el artículo 50, incluido entre los principios rectores de la política social y económica, que hace referencia a la suficiencia económica de “los ciudadanos durante la tercera edad” mediante pensiones actualizadas, así como al sistema de servicios sociales para garantizar su bienestar atendiendo a sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio<sup>262</sup>.

Asimismo, el artículo 39 reconoce la necesaria protección social, económica y jurídica de la familia, y el artículo 41 establece que los poderes públicos han de mantener un régimen público de la seguridad social que garantice a los y las ciudadanos/as asistencia y prestaciones sociales suficientes en caso de necesidad.

Más allá del texto constitucional, algunas normas de la legislación estatal en diferentes ámbitos resultan relevantes en cuanto a la protección de los derechos de las personas mayores en el ámbito del cuidado. Ahora bien, no existe todavía una ley que reconozca los derechos de las personas mayores, obligando a los poderes públicos a hacerlos efectivos con un enfoque integral. Así pues, se trata de disposiciones contenidas en leyes que pueden resultar de aplicación en este ámbito. Por ejemplo, *el artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico; o el artículo 249 de la Ley 8/2021, de 2 de junio*, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, reconoce las medidas de apoyo a las personas que las necesiten para el ejercicio de su capacidad jurídica. Recientemente se aprobó la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, que ha supuesto grandes avances en el desarrollo del artículo 14 de la Constitución. Así, esta Ley reconoce en su artículo 2 la prohibición de discriminación por una serie de circunstancias que incluye también la edad de forma expresa.

<sup>260</sup> Por ejemplo, en la sentencia 69/1991, de 8 de abril. También, en la sentencia 41/2015, se declaró inconstitucional por discriminatoria la posibilidad de apertura de oficinas de farmacia dirigida únicamente a las personas menores de 65 años.

<sup>261</sup> FLORES GIMÉNEZ, Fernando, “Las personas mayores en la Constitución española: derechos y garantías”, en CARDONA, María Belén, CABEZA, Jaime. y FLORES, Fernando, *Edad, discriminación y derechos*, Aranzadi, 2019, pp.29-52.

<sup>262</sup> AZAR LOPEZ, Manuel, “Aspectos jurídicos de los servicios sociales: de la referencia constitucional a la legislación ordinaria”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº30, 2001

De especial relevancia es el Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD, que surge de una encomienda de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (art. 34.2) a estos efectos al Consejo Territorial del SAAD<sup>263</sup>.

La importancia de este Acuerdo reside en los principios que incorpora, que considera aplicables tanto para los servicios domiciliarios como residenciales y requiere que sean definidos, personalizados, adaptables a cada persona a lo largo de su ciclo vital y que aseguren el buen trato, el pleno respeto a su dignidad, autonomía, toma de decisiones y su participación social. Además, se promueve que todos los servicios sean de proximidad y tengan un enfoque comunitario.

El Acuerdo muestra la voluntad de que la atención sea centrada en la persona y que en el ámbito residencial responda a un modelo de hogar. Es el planteamiento que se visualiza con las unidades de convivencia en grupo reducido (15 personas) diseñadas para garantizar un funcionamiento tipo hogar. En coherencia con ello se favorece que las personas residentes participen en la personalización de los espacios, especialmente de las habitaciones, por la influencia que ello tiene en la calidad de vida y por favorecerse con ello su bienestar. En todo caso, sus preferencias, su intimidad y derechos estarán en el centro de atención (art.19).

Se incide en los planes personales de atención y de apoyo tanto en el ámbito residencial o centros de día como en otros servicios, como el de apoyo a domicilio o la teleasistencia, como estrategia para la personalización de los cuidados, para avanzar hacia una gestión centrada en las personas.

No menos relevantes son los denominados planes de transición o adecuación llevados a términos por la entidad que tienen el propósito de acometer todas aquellas actuaciones y medidas que garanticen el proceso de tránsito de los modelos de cuidado asistenciales y uniformes actuales, hacia el modelo de cuidado y apoyos centrado en cada persona y con enfoque comunitario y de proximidad (art.5).

La integración social y el enfoque comunitario es otro de los principios de actuación considerados, no sólo en el propio diseño y revisión de los planes personales de atención y apoyo, sino también en el apoyo a domicilio (art. 25) o la teleasistencia (art.30) en aras de garantizar su bienestar y autonomía. Se considera que la comunidad o el entorno habitual es el escenario fundamental de vida de cualquier persona y que los servicios y centros (art. 20) deben estar diseñados para contribuir y facilitar que las personas permanezcan y se mantengan conectadas con los lugares y las personas que son significativas para ellas (art.6). Ello redundará en la promoción de la participación de la persona en las actividades y dinámicas comunitarias y fomentará sus relaciones con personas de su mismo entorno (art.21). Maximizar las posibilidades de participación y control por parte de la persona, sean cuales sean sus necesidades, es una estrategia fundamental para mejorar su calidad de vida. Se anima a dar poder y capacidad de decidir a las personas cuidadas, que sean oídas y escuchadas y estén conectadas entre sí y con sus comunidades, lo que supone un cambio positivo en el modelo que hace valer las

---

<sup>263</sup> Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE 11 de agosto de 2022)



voluntades y preferencias personales pasen por delante de las necesidades organizacionales.

Para la garantía y efectividad de los principios inspiradores del sistema se incide en la importancia de la cooperación entre el ámbito social y sanitario para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia (art. 13), tanto en ámbitos residenciales como en otros recursos como la teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, promoción de la autonomía.

Este cambio de modelo alcanza al personal destinado a proveer los servicios de atención y apoyo pues la formación impartida deberá estar orientada a cuidados y apoyos basados en los derechos de las personas y de contexto comunitario (art. 9), particularmente se pone énfasis en que adquiera conocimientos sobre los modelos de apoyo y atención centrados en la persona (Atención Integral Centrada en la Persona, Planificación Centrada en la Persona, ética aplicada, etc.).

Cabe destacar, finalmente, que cuando refiere las características del sistema de evaluación de la calidad considera como dimensiones a evaluar los principios de Dignidad y respeto, Personalización y Atención Centrada en la Persona, Participación, control y elecciones, Derecho a la salud al bienestar personal y Proximidad y conexiones comunitarias (art.34). Y se apuesta por planes de mejora del modelo de atención de los servicios que respondan al compromiso de las entidades de desarrollar acciones de mejora, que contribuyan al necesario tránsito hacia modelos de cuidado centrados en cada persona y desde un marco de los derechos humanos (art.34).

Uno de los ámbitos de mayor relevancia en relación con la transformación del modelo de cuidados en un modelo desinstitucionalizado es el ámbito de la vivienda. En este sentido, debe destacarse la reciente aprobación de la Ley 12/2023, de 24 de mayo, por el derecho a la vivienda, primera ley de ámbito estatal en la materia.

## 2.2. Ámbito autonómico

La normativa autonómica que determina el modelo de cuidados de las personas mayores es, por razones de competencia, además de la más relevante, muy abundante. Algunos Estatutos de Autonomía han incorporado la mención a las personas mayores ya en la reformas estatutarias que han tenido lugar entrado el nuevo siglo<sup>264</sup>.

A partir de este marco competencial, en este Informe se aborda la normativa autonómica de dos maneras:

- la primera, descriptiva, Comunidad Autónoma por Comunidad Autónoma, relatando las normas más relevantes en relación con los cuidados de las personas mayores, destacando los aspectos que tienen un impacto más directo en relación con la institucionalización/desinstitucionalización del modelo, así como con los derechos de las personas mayores.
- La segunda, se realizará un análisis normativo a través de los principios específicos (o criterios de actuación) que se definen más adelante en el punto 3.1.2. del presente Informe, para perfilar los elementos desde los que evaluar normativa, políticas públicas, procesos de desinstitucionalización y servicios y resultados; fundamentalmente aquellas normas que de alguna manera recogen e implementan esos criterios desinstitucionalizadores.

<sup>264</sup> Puede verse el detalle en el documento no recortado.

## Una mirada Comunidad Autónoma por Comunidad Autónoma

Algunas de las demandas que las personas mayores están realizando ha tenido ya traducción en la estructura administrativa de las Comunidades Autónomas: muchas de ellas cuentan con una dirección general específica para personas mayores. Es el caso de Comunidad Valenciana, Galicia, Andalucía, Castilla La Mancha, Murcia, Madrid, La Rioja, y Castilla León. No obstante, tener un órgano específico no siempre implica impulsar políticas suficientes.

El diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas de cada Comunidad Autónoma para hacer efectivos los derechos de las personas mayores, debería instrumentalizarse a través de una estrategia propia de la que formarían parte, a su vez, los diferentes planes sectoriales que corresponda en cada caso. Pero, además, debería ser también una constante, una directriz si se quiere, que el diseño, la implementación e incluso la evaluación de la citada estrategia autonómica se realizara desde la inclusión activa y la corresponsabilidad de los agentes implicados directa o indirectamente en la promoción y defensa de los derechos de las personas mayores, especialmente asegurando la participación misma de este grupo de población.

### A) Estrategias autonómicas

Las estrategias autonómicas son el tren de aterrizaje de las políticas públicas en materia de cuidados, marcan las prioridades sobre las que actuar y a ellas aplican recursos económicos. Algunas de las estrategias más avanzadas profundizan en la nueva concepción de los cuidados y de las personas mayores como sujetos de derechos. La actuación estratégica más oportuna es aquella que deja de ser asistencial, proteccionista o paternalista; es aquella que se muestra asentada en el principio de autonomía y en la capacidad de decidir de la persona mayor. Las estrategias en materia de cuidados ya no pueden anclarse, o al menos no exclusivamente, en el ámbito de la salud y la dependencia, pues otras preocupaciones están presentes y exigen ser atendidas, como la autonomía, la formación, la vivienda, o las relaciones con el entorno.

### B) Comunidades Autónomas con marco legal propio: el caso de Andalucía y Castilla y León.

En primer lugar, vamos a centrarnos en las dos únicas Comunidades Autónomas que han legislado sobre derechos de las personas mayores, esto es, Andalucía y Castilla y León, para ver cómo han diseñado sus respectivas estrategias y en qué aspectos han focalizado sus políticas.

- Andalucía

Andalucía, a pesar de lo contenido en la disposición adicional primera de la pionera Ley 6/1999, no aprobó un Plan de Actuación Integral para las Personas Mayores que recogiera medidas de ámbito sanitario, de servicios sociales, educativo, cultural, deportivo, de ocio, urbanístico y asociativo. Lo que sí aprobó fue un Libro Blanco de Envejecimiento Activo en 2020, documento referente en las políticas en el ámbito de personas mayores, que dio lugar a algunas estrategias específicas, como el I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia (2016-2020) que es referencial por identificar objetivos específicos, actuaciones y responsables e ir desglosando el seguimiento realizado a la implementación del Plan<sup>265</sup>. A finales de 2020

---

<sup>265</sup> El seguimiento de su impacto puede verse con detalle en el “III Informe de Progreso y Gestión”, Junta de Andalucía, junio 2020, <https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021->

el Consejo de Gobierno de Andalucía aprobó el I Plan Estratégico integral para personas mayores 2020-2030.

- Castilla y León

Por su parte, Castilla y León cuenta desde 2013 con una legislación específica en derechos de las personas mayores (Ley 5/2013). Asimismo, dispone de una Estrategia de Prevención de la Dependencia para Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Activo 2017-2021. Castilla y León ha impulsado en este sentido programas pioneros, como Convivencia, centrado en alojamientos compartidos entre estudiantes universitarios, que buscan ambientes familiares durante sus estudios y reducir costes económicos en el plano residencial, y personas mayores que buscan compañía y no quieren abandonar sus domicilios ni su entorno. Asimismo, cuenta con un Programa Integral de Envejecimiento Activo que precisamente pone el foco en la calidad de vida de las personas mayores, la prevención de la dependencia y el apoyo a la permanencia de las personas mayores en su propio domicilio. Relevante resulta en especial el Plan de acción de Castilla y León contra la soledad no deseada y el aislamiento social 2022-2025 que contempla 30 acciones organizadas en 3 áreas que desarrollan 13 objetivos específicos.

Cabe asimismo mencionar nuevamente dos proyectos que la Comunidad Autónoma está llevando a término: *A Gusto en Casa*, que busca atender a las personas para que puedan permanecer en su propio domicilio, y el proyecto *Viviendas en red* cuya finalidad es ofrecer una alternativa de calidad para la promoción de la autonomía y los cuidados de larga duración a las personas con necesidades de apoyo (personas mayores y personas con discapacidad).

A continuación, haremos referencia a aquellas Comunidades Autónomas que, sin contar con una normativa específica propia en materia, cuentan con Estrategias singulares que avanzan en la efectividad de los derechos de las personas mayores.

Hemos querido destacar las siguientes:

- Galicia

Su Estrategia de envejecimiento activo desde la innovación 2016-2020 prevé tres líneas de actuación prioritarias que están en la línea de las cuestiones que venimos remarcando en este análisis, a saber: 1. La persona como responsable de su propio envejecimiento 2. Modelos innovadores para la construcción de experiencias empoderadoras para un envejecimiento activo y saludable y una vida autónoma y 3. Articulando caminos para un cambio de paradigma en la sociedad: aprovechamiento y puesta en valor de las oportunidades que brinda la revolución de la longevidad. La aprobación de la Ley 5/2021, de 2 de febrero, de impulso demográfico de Galicia<sup>266</sup> aborda en el Capítulo VII “la promoción del envejecimiento activo y saludable, buscando su integración en las diferentes políticas públicas, con la finalidad de asegurar el bienestar durante todo el curso de la vida, especialmente en la vejez.

- País Vasco

Ha abordado la regulación de las políticas de personas mayores tomando su ley de servicios sociales como marco. Cuenta con una nueva Estrategia Vasca con las Personas Mayores 2021-2024, que va más allá del envejecimiento activo sobre el que focalizaba la anterior Estrategia y promueve la vida plena que descansa sobre una

---

07/200724%20PAP%26PD%20INFORME%20DE%20PROGRESO%20Y%20GESTI%C3%93N%202019%20V19R.pdf

<sup>266</sup> BOE núm. 78, 1 de abril de 2021.

concepción diferente de lo que significa envejecer. Una vida plena se logrará si la persona ha visto satisfecha en sus necesidades básicas, según sus capacidades personales, recursos y limitaciones. Destacamos el proyecto *BETION* que es un servicio de atención permanente en el domicilio, las 24 horas del día y todos los días del año, atendido por personas específicamente preparadas para dar respuesta adecuada a situaciones de emergencia o necesidad social. Se dirige, entre otras, a personas mayores de 75 años que viven solas y a personas mayores de 65 que se encuentran en situación de dependencia reconocida o en situación de vulnerabilidad reconocida por los servicios sociales.

La construcción, el diseño y la implementación de las políticas públicas requiere de corresponsabilidad, de implicación de las personas mayores como sujeto político, y aquí destaca la *Agenda Nagusi* (Gobierno Vasco, 2018). La relevancia de esta iniciativa política del Gobierno vasco está en la oportunidad que se abre para que las personas que envejecen en Euskadi compartan los problemas que les afectan y colaboren con el Gobierno en su definición y en la toma de las mejores decisiones sobre ellas, corresponsabilizándose de mejorar su calidad de vida.

En el País Vasco destacan algunos servicios prestados que van más allá del ámbito de la atención social destinada a las personas mayores en situación de dependencia. Es el caso del servicio de intervención socioeducativa y psicosocial que, aunque no es específico para personas mayores, pueden ser éstas y su entorno beneficiarias, al tratarse de prestaciones relacionales de apoyo socioeducativo y/o psicosocial -de carácter individual, familiar y/o grupal- que pueden desarrollarse en el entorno familiar o comunitario.

Tiene interés también el Plan Estratégico de Personas Mayores elaborado por la Diputación Foral de Vizcaya<sup>267</sup> o el servicio gratuito que presta la Diputación Foral denominado *ETXETIC*<sup>268</sup> que ofrece apoyo a los cuidados para la permanencia en el hogar.

- Navarra

Cuenta con la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022. Se trata por tanto de una Estrategia alineada con la persona mayor como centro de las políticas y no focalizada en la dependencia sino en la dimensión de los cuidados en un sentido plural. Aboga por favorecer el envejecimiento en el propio hogar fomentando la rehabilitación, adaptación de viviendas y la implantación de soluciones innovadoras para la mejora de la accesibilidad de las viviendas.

Navarra es pionera en establecer una adaptación tecnológica de la administración a las nuevas necesidades de la ciudadanía, ofreciendo un canal de atención mediante la Oficina virtual en derechos sociales a los que pueden acceder las personas mayores activas, frágiles o en situación de dependencia o las personas cuidadoras.

La Escuela de Mayores es otra iniciativa política interesante que, con la colaboración de expertos y profesionales del ámbito social y sanitario, se dirige a dar apoyo e información a las personas mayores que les ayuden a reconocer y aceptar los cambios, a disfrutar de las oportunidades que se presentan y a manejar las limitaciones que conlleva, con mayor salud y mejor calidad de vida.

---

<sup>267</sup> Puede consultarse en:

<https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO3/Temas/PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20PERSONAS%20MAYORES.pdf?hash=b9ff42dec6ea23529f4b0b02093d2005&idioma=CA>

<sup>268</sup> Puede consultarse en: [https://www.bizkaia.eus/es/etxetic?Tem\\_Plid=7992718](https://www.bizkaia.eus/es/etxetic?Tem_Plid=7992718)

- Asturias

Dispone de la Estrategia de envejecimiento activo *Estrena* 2018-2021. Esta se estructura sobre la base los siguientes ejes estratégicos: gobernanza; envejecer bien; sociedad accesible, inclusiva y amigable; y hacia un modelo vinculado a las personas mayores. En 2019 se aprobó el Protocolo Sociosanitario para la Promoción del Buen Trato y la Detección e Intervención ante el Maltrato a Personas Mayores, elaborado por las consejerías de Derechos Sociales y de Salud. La función de dicho protocolo es la orientación a las profesionales que trabajan tanto en servicios sociales como sanitarios y en recursos de atención a personas mayores, así como promover una sociedad más respetuosa e inclusiva que atiende a los colectivos en mayor situación de vulnerabilidad. Además, ofrece formación a estas profesionales para que sean capaces de prevenir, detectar y evaluar las diferentes situaciones de maltrato, ocurran en el ámbito institucional o en el domiciliario. De interés resulta también el Programa Rompiendo Distancias, por actuar sobre población mayor en entornos rurales.

- Madrid

Cuenta con la Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2017-2021. La estrategia tiene una revisión semestral del resultado de los indicadores, con una explotación anual de los resultados agregados.

Madrid ha destinado recursos para la realización de talleres de formación de personas mayores en diferentes temáticas (tecnologías en particular uso del móvil, derechos a través de talleres jurídicos, *escuela de abuel@s*, laboratorio de ideas para ser feliz, equilibrio y hábitos saludables, tertulias literarias en torno a libros, etc.) y también de rutas de ocio y culturales. Asimismo, realiza múltiples actividades físicas, intelectuales, culturales, artísticas, de ocio y tiempo libre, y se ofrece información, orientación y asesoramiento sobre servicios sociales en los Centros de mayores. Pero podríamos decir que Madrid, a la vista de sus políticas, forma parte de aquellas Comunidades Autónomas que requieren de una revisión en profundidad de sus políticas destinadas a personas mayores en aras a alinearlas con las claves políticas a priorizar: autonomía e independencia, participación activa de las personas mayores y responsabilidad del sector público en los cuidados.

- Aragón

Dispone de una Estrategia de Atención y Protección Social de las Personas Mayores (2018). En ejecución de esta Estrategia destaca el Programa de Envejecimiento activo y CuidARTE.

De interés resulta el teléfono de atención al mayor, que proporciona con carácter gratuito y activo los 365 días del año, a través del cual canaliza atención inmediata, información, derivación y apoyo emocional a las personas mayores de la Comunidad Autónoma de Aragón, en especial a las que viven solas con edades avanzadas, con la finalidad de reducir su soledad y combatir el riesgo de aislamiento y exclusión social, y aquellas que puedan estar recibiendo malos tratos mediante la promoción y aseguramiento del buen trato. Aragón también ha impulsado los *hogares de mayores* que son centros sociales para la convivencia y la realización de actividades para el tiempo libre, centradas en el ocio, la cultura y el uso de las tecnologías de la comunicación. Con ello combaten el aislamiento, favorecen las relaciones sociales, la participación y la capacidad intelectual activa.



- Extremadura

Dispone de una Estrategia ante el Reto Demográfico y Territorial aprobada por Decreto 32/2022, de 30 de marzo que busca garantizar la igualdad de oportunidades, el libre ejercicio de los derechos de la ciudadanía, y el acceso a los servicios que se prestan en todo el territorio extremeño.

En la línea de promover entre sus políticas la promoción de la autonomía de las personas mayores Extremadura destaca en la implementación de programas y servicios que se orientan a la prevención de situaciones de dependencia, a través de una atención integral y transversal que fomenta la continuidad de cuidados, la promoción de condiciones de vida saludables, y de carácter preventivo y de rehabilitación. En este sentido destaca el modo de diseñar las actuaciones que se realizan desde distintos sectores de la administración y con la participación de las organizaciones representantes de los colectivos implicados.

Cuenta con programas reseñables destinados a: prevenir el deterioro cognitivo y la aparición de la demencia, promover la participación de las personas mayores en ámbitos sociales, culturales y políticos, favorecer la seguridad física y emocional de este colectivo reduciendo los factores que les predisponen a enfermedades y ayudándolos a incrementar hábitos de vida saludables a través de programas específicos, y servicio de Teleasistencia a través de un dispositivo electrónico instalado en el domicilio de estas personas que favorece el contacto telefónico en caso de necesidad.

- Comunidad Valenciana

Ha aprobado la Estrategia de Envejecimiento Activo y Lucha contra la Soledad no Deseada 2023-2027, que se centra en cinco líneas de trabajo: 1. Autonomía Personal y Buen Trato. 2. Convivencia y solidaridad intergeneracional. 3. Inclusión y acceso a los servicios públicos. 4. Retos demográficos. 5. Participación.

Conviene destacar dos políticas públicas desarrolladas en la atención a las personas mayores que están en la línea de los principios en los que se basa el modelo que aboga por la desinstitucionalización:

- *El Pla Convivent* centrado en mejorar las infraestructuras, convirtiéndolas en hogares y asegurando su inclusión social en su entorno y normalizar las relaciones con la comunidad y facilitando su convivencia a través de redes de soporte.
- El programa “Cuide’M” que configura un nuevo modelo de cuidados que otorga prioridad a la prestación de los apoyos necesarios para la permanencia en casa de las personas mayores, y sólo cuando esto no sea posible, propone un alojamiento de carácter residencial, con unidades de convivencia lo más parecidas a un hogar, en desarrollo del modelo de atención integral centrada en la persona.

## CONCLUSIONES

La pandemia de Covid-19 y su enorme impacto en las personas mayores ha sacado a la luz los problemas de nuestro actual sistema de cuidados<sup>269</sup>. Entre ellas destacan:

- La atención en la actualidad, en términos generales, no se encuentra basada en las necesidades individualizadas de las personas. Así se generan situaciones

---

<sup>269</sup> Para profundizar sobre el tema puede consultarse COMAS-DÁRGEMIR, Dolors Y BOFILL-POCH, Silvia (eds.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*, Tirant humanidades, Valencia, 2022.

homogeneizadoras que eliminan la capacidad de iniciativa y desdibujan proyectos vitales individuales.

- La feminización de los cuidados se presenta notoria, tanto en cuanto que las mujeres se conforman como receptoras de estos de manera mayoritaria como en cuanto a que constituyen las proveedoras de cuidados por excelencia
- La presencia de cuidadoras informales es muy alta y no se encuentran recursos necesarios para afrontar responsabilidades de atención tan intensas en su exigencia y en su mantenimiento en el tiempo.
- Los servicios de apoyo a la vida en el domicilio (SAD, centros de día) no cumplen con los requisitos mínimos de cantidad e intensidad como para proporcionar una alternativa de vida.
- El aislamiento en relación con el entorno de residencia y a la experiencia vital previa se conforma en una constante en las vidas de las personas mayores.
- La escasa coordinación entre ámbitos de política social genera deficiencias en la provisión de servicios y una baja eficiencia en la adscripción de recursos.
- La constatación de una escasa visión integral del sistema de cuidados en todos los sentidos: de ámbitos de coordinación, de integración de actores sociales y de consideración de las propias personas.
- Las numerosas diferencias en las prestaciones y condiciones de servicios entre las comunidades autónomas producen importantes desigualdades en el acceso a los derechos de cuidados.
- Las diferencias regionales también repercuten en la enorme diversidad de prestaciones de las entidades privadas (que se desarrollan bajo normativas, condiciones e inspecciones muy diversas).
- Los escasos datos existente indican una insuficiencia de personal en los centros residenciales y, por ende, dificultades para cubrir los servicios con estándares de calidad.
- El tipo de formación que los profesionales reciben debería adaptarse a los nuevos valores de la relación cuidadores-personas cuidadas, es decir a formas de organizar la atención que sean menos asimétricas en su propio planeamiento.

La edad, el sexo, el estado de salud y el grado de dependencia junto a otras circunstancias que podríamos denominar exógenas (la participación, el sistema de cuidado, la red de apoyos y la situación de la vivienda) actúan como factores desencadenantes y de riesgo de la institucionalización. Es necesario tener siempre en cuenta que los factores más personales tienen una marcada dimensión social y que los contextuales impactan grandemente sobre el bienestar y el ejercicio pleno de los derechos de los individuos, por lo que la delimitación entre factores personales y contextuales no resulta tan nítida como pudiera parecer, teniendo más bien un carácter operacional y didáctico. Además, frecuentemente, los diferentes factores de riesgo están estrechamente relacionados entre sí.

Contar con servicios de apoyo a la dependencia podría presentarse como un factor de prevención del ingreso a residencias de personas mayores dependientes, toda vez que permite acceder a servicios que posibiliten su permanencia en el entorno familiar, como sucede con servicios como la atención a domicilio. Del mismo modo se entiende que las redes de apoyo familiar a personas mayores y dependientes han servido como factor de prevención o retardador del proceso de institucionalización.

El uso de restricciones es una constante en la cultura institucional. Existen múltiples razones para justificar el uso de las restricciones, siendo las más conocidas la

prevención de las caídas, el control de las alteraciones conductuales, e incluso para evitar la manipulación de los dispositivos sanitarios por parte de los usuarios. A estas justificaciones se les suman otras de carácter organizacional como la actitud del personal- que muchas veces aplica restricciones por su comodidad o por miedo a las consecuencias legales que deban enfrentar por la materialización de algún riesgo-, la falta de formación del personal, la reducida planta de trabajadores o ausencia de protocolos. Sin embargo, algunos de estos justificantes pueden tornarse excusas en favor de la aplicación de las restricciones y es que, pesar de las razones por las que se pretende justificar el uso de restricciones los efectos negativos sobre quienes las sufre y quien las realiza nos invitan a considerarla una práctica contraria a los derechos.

La variedad de roles presentes en el ámbito de los cuidados y los apoyos, generan modelos de contrataciones diversa. Se trata además de un sector en donde la precariedad laboral es un hecho (lo que sin duda favorece la existencia de distintas formas de contratación). Y todo esto se complica aún más al ser un sector en el que convive lo público y lo privado, y una pluralidad de fuentes normativas (convenios colectivos estatales y autonómicos, normas locales, autonómicas y estatales). De igual modo cabe destacar que es un sector altamente feminizado. La relación persona cuidadora-persona cuidada puede verse afectada por diversas variables entre ellas la escala de precariedad que experimentan ambos polos de la relación

Como hemos visto algunas normas y lagunas jurídicas actúan como obstáculos al proceso de desinstitucionalización.

## PARTE SEGUNDA. RECOMENDACIONES Y ALTERNATIVAS

### Capítulo Primero: Recomendaciones internacionales y europeas sobre los procesos de desinstitucionalización

A continuación, se expondrán una serie de recomendaciones que ayudan a formular políticas, legislación, planes, programas nacionales y/o locales con efectos directos sobre los procesos de desinstitucionalización y alternativas de vida elegida en comunidad principalmente sobre el grupo poblacional objeto de este estudio, las personas mayores, principalmente, pero que también puede impactar en otros grupos poblaciones.

Las recomendaciones pueden tanto agruparse en función de la fuente de la que emanan, es decir, en función del órgano que las ha elaborado o en categorías de acuerdo a su objetivo. En un intento de sistematización a continuación, se enumeran y agrupan, de acuerdo a su intención, las principales recomendaciones derivadas de un análisis pormenorizado, que puede verse en el estudio de ámbito temático 5, de diversas recomendaciones, informes, convenciones, observaciones tanto internacionales como regionales (europeos y americanos)<sup>270</sup>.

---

<sup>270</sup> Véase, DIRECCIÓN GENERAL DE EMPLEO, ASUNTOS SOCIALES E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, *Informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria*, Bruselas, 2009 en *Zerbitzuan*, nº49, 2011, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3723583> (última consulta 14 de noviembre de 2023); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*, Ginebra, 2007, disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/43805> (última consulta 14 de noviembre de 2023); COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, *Observación general número 6 sobre igualdad y no discriminación*, 2018, disponible en <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-6-article-5-equality-and-non> (última consulta 14 de noviembre de 2023); EUROPEAN EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Eu Guidance on Independent living and inclusion in the community*, 2022, disponible en <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2022/12/eu-guidance-on-independent-living-and-inclusion-in-the-community-2-1.pdf> (última consulta 14 de noviembre de 2023); VICENTE ECHEVARRÍA, Irene, *¿Dónde y cómo vivir?: Vivir en casa, vivir en comunidad y otras alternativas residenciales*, Cuaderno nº3 Colección Construyendo una sociedad inclusiva y amigable con las personas mayores desde los derechos, HelpAge, 2021, disponible en [https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/03/HelpAge\\_Cuaderno-3\\_Donde-y-como-vivir\\_actualizado.pdf](https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/03/HelpAge_Cuaderno-3_Donde-y-como-vivir_actualizado.pdf) (última consulta 7 de noviembre de 2023); ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS - CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS, *Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad*, Rosa Kornfeld-Matte, 30º periodo de sesiones, A/HRC/30/43, 2015, disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/179/93/PDF/G1517993.pdf?OpenElement> (última consulta 14 de noviembre de 2023); ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, *El derecho humano a una vivienda adecuada - Relator Especial sobre vivienda adecuada*, disponible en <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-housing/human-right-adequate-housing> (última consulta 1 de noviembre de 2023); COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Derechos humanos de las personas mayores y sistemas nacionales de protección en las Américas: aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 31 de diciembre de 2022 / Comisión Interamericana de Derechos Humanos*, 2022, disponible en [https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/PersonasMayores\\_ES.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/PersonasMayores_ES.pdf)

Algunas ideas pueden aparecer en más de una recomendación pues las categorías se conectan.

## 1.1.- Recomendaciones destinadas a mejorar el sector profesional

1. Mejorar el sector de los cuidados:
  - 1.1 Establecer las competencias y las funciones de los equipos profesionales en el cuidado de las personas mayores.
  - 1.2 Mejorar las condiciones laborales de las personas cuidadoras de personas mayores en términos de salario, jornada laboral, prestaciones sociales e, incluso, estatus jurídico en el caso de las mujeres inmigrantes que realizan esta labor en condiciones precarias, debido a su situación jurídica irregular.
  - 1.3 Crear y promover programas sólidos de formación sobre cuidados de personas mayores que incluya, entre otras cosas, la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias en el manejo de situaciones de crisis, problemas conductuales y alternativas al uso de restricciones.

## 1.2.- Recomendaciones jurídicas

1. Analizar el marco normativo existente en aras de facilitar el proceso de desinstitucionalización para lo cual será necesario:
  - 1.1 Revisar sistemáticamente las disposiciones que en la actualidad favorecen el mantenimiento de la institucionalización de personas mayores con el fin de proceder a su abolición o reforma.
  - 1.2 Identificar lagunas en el marco normativo sobre derechos de las personas mayores, en particular, a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, así como a su participación, integración e inclusión plena y efectiva en la familia, comunidad y sociedad hasta el final de la vida en aras de poner en marcha propuestas legislativas que apunten a la promoción de estos derechos.
  - 1.3 Disponer recursos jurídicos efectivos al alcance de las personas mayores contra la institucionalización involuntaria, así como contra cualquier forma de violencia en los lugares en los que resida y formas de discriminación incluidas

---

COMISIÓN EUROPEA, Estrategia Europea de Cuidados, 2022, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>;

COUNCIL OF EUROPE - COMMITTEE OF MINISTERS, *Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of the human rights of older persons*, 2014, disponible en <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&>;

OFFICE OF THE COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS, *Conclusions by Mr Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, On the Seminar Concerning The Protection Of Human Rights and The Special Situation of Elderly People in Retirement Homes or Institutions*, Switzerland, 2001, disponible en <https://rm.coe.int/16806da77b>;

CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS, *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 7 de octubre de 2021 A/HRC/RES/48/3*, 2021, disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/287/82/PDF/G2128782.pdf?OpenElement>;

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, *Declaración política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, 2002, disponible en <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf>



la falta de medidas afirmativas y ajustes razonables necesarios para el ejercicio de sus derechos.

2. Proponer un marco normativo que sirva como guía al proceso de desinstitutionalización y la transición a servicios comunitarios adelantado por la administración.
3. Crear políticas públicas que promuevan la construcción de infraestructura alternativas al modelo residencial y que apunte a la provisión de servicios comunitarios y de planes de atención individualizados.
4. Elaborar y promover ampliamente un marco normativo en el que exista una responsabilidad individual y colectiva de reconocer las contribuciones pasadas y presentes de las personas mayores, procurando contrarrestar mitos e ideas preconcebidas y, por consiguiente, tratarlas con respeto y gratitud, dignidad y consideración.

### 1.3.- Recomendaciones sobre los entornos

1. Promover el desarrollo de comunidades en que se integren las distintas edades.
2. Coordinar los esfuerzos multisectoriales que se realicen para apoyar el mantenimiento de la integración de las personas mayores con sus familias y comunidades.
3. Alentar las inversiones en infraestructuras locales como las de transporte, salud, sanidad y seguridad, concebidas en apoyo de comunidades multigeneracionales.
4. Promover entornos accesibles o facilitadores, esto es, barrios y ciudades con espacios, transportes y otros servicios públicos accesibles que brinden todos los servicios sanitarios y apoyos sociales que requieran las personas mayores de acuerdo con sus necesidades y preferencias y que estimulen su participación social y comunitaria.
5. Promocionar entornos favorables a la salud en donde el acceso a la atención preventiva y curativa, así como a la rehabilitación y a los servicios de salud esté garantizada. Estos servicios además deben concebirse para atender las necesidades específicas de las personas mayores a través de la introducción y desarrollo de la medicina geriátrica en los servicios que corresponda.

### 1.4.- Recomendaciones sobre las viviendas

1. Tanto la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas mayores en su informe sobre las personas mayores y el derecho a una vivienda como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General núm. 4 (1991), relativa al derecho a una vivienda adecuada localizan los siguientes criterios mínimos.
  - a) Seguridad jurídica de la tenencia: Este aspecto establece que todas las personas tienen derecho a un nivel de seguridad de la tenencia que garantice la protección jurídica frente al desalojo forzoso, el acoso y otras amenazas, independientemente de la forma de tenencia (propiedad, alquiler, residencia en un asentamiento informal, alojamiento de emergencia, cooperativa de viviendas o arrendamiento);
  - b) Disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura: Este criterio se refiere a las instalaciones esenciales para la salud, la seguridad, la comodidad y la nutrición y al acceso a los recursos naturales y comunes, agua

97

potable, energía para cocinar, calefacción e iluminación, instalaciones de saneamiento y de aseo, de eliminación de residuos y de drenaje, y a servicios de emergencia;

c) Asequibilidad: Los gastos asociados a la vivienda deben ser asumibles y no poner en peligro otras necesidades básicas, y los y las inquilinos/as deben estar protegidos/as por los medios adecuados contra niveles o aumentos desproporcionados de los alquileres;

d) Habitabilidad: Una vivienda adecuada debe proporcionar espacio suficiente, protección contra el frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento y otras amenazas para la salud, los peligros estructurales y los vectores de enfermedades, y debe garantizarse la seguridad física de las personas habitantes;

e) Accesibilidad: La vivienda debe ser accesible, al igual que los recursos para mejorar la accesibilidad de la vivienda para los grupos con necesidades especiales, como las personas mayores o las personas con discapacidad, incluida la discapacidad psicosocial, debiéndoseles garantizar prioridad en la obtención de una vivienda accesible;

f) Ubicación: Una vivienda adecuada debe estar en un lugar que permita el acceso al empleo, a los servicios de atención de la salud, al transporte y a otras instalaciones sociales, y no debe construirse en zonas contaminadas o propensas a los desastres;

g) Adaptación a las necesidades culturales: El diseño de la vivienda y el uso de materiales deben favorecer la expresión de la identidad cultural y la diversidad de la vivienda.

2. El Relator Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado abogando por una interpretación amplia del derecho a una vivienda adecuada, añade los siguientes elementos al derecho a una vivienda adecuada: el derecho a no ser desposeído de la vivienda; información, capacidad y creación de capacidad; participación en la adopción de decisiones; reasentamiento; un entorno seguro; seguridad física y privacidad; protección contra la violencia; y acceso a los recursos previstos en la ley ante cualquier violación que hayan padecido.

### 1.5.- Recomendaciones sobre los cuidados

1. Incluir a las personas mayores en la planificación, la ejecución y evaluación de los programas de atención de la salud y rehabilitación.
2. Educar a la plantilla profesional de salud y asistencia social para que incluyan plenamente a las personas mayores en la adopción de las decisiones relativas a su propia atención.
3. Fomentar la autoasistencia de las personas mayores y aprovechar al máximo sus ventajas y capacidades en los sectores sanitario y social.
4. Promover servicios de base comunitaria que respeten las necesidades, voluntades y preferencias de las personas que requieren cuidados y apoyen a las familias. Desde el respeto a la vida privada y familiar, intimidad sexual.
5. Garantizar la calidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios para lo cual sería necesario:
  - 5.1 Promover el establecimiento y la coordinación de una gama completa de servicios de atención continua, incluidos los de prevención y promoción,

- atención primaria, cuidados intensivos, rehabilitación, atención de enfermedades crónicas y atención paliativa, de modo que los recursos se puedan desplegar con flexibilidad para atender a las variables y cambiantes necesidades de salud de las personas mayores.
6. Provisionar servicios sociales y sanitarios con enfoques que tengan en cuenta las diversas condiciones de las personas mayores, esto es, con enfoque de género y de discapacidad y con atención a la dependencia.
  7. Apoyar de manera sistemática las personas cuidadoras informales, para que además de cuidar de forma digna, su dignidad no se vea comprometida. Entre las formas de apoyo destacan: medidas de conciliación, formación, apoyo psicológico, instituciones de estancias cortas, sustitución temporal.
  8. Promover la prestación de asistencia comunitaria y el apoyo a la atención familiar tomando en consideración la distribución equitativa entre las mujeres y los hombres de las responsabilidades de los cuidados mediante medidas para lograr una mejor compaginación de la vida laboral y familiar.
  9. Incluir las tecnologías de apoyo como formas alternativas de cuidado: hay una tendencia clara a considerar las nuevas tecnologías (ayudas técnicas, aplicaciones ambientales incorporadas, la teleasistencia, la tele sanidad y la robótica) soluciones económicas y eficientes a la necesidad cada vez mayor de apoyo individualizado para las personas mayores. Estas tecnologías pueden mejorar la productividad laboral en el sector al asumir determinadas tareas laboriosas o peligrosas de las personas cuidadoras, mejorar la gestión de casos y la seguridad e higiene en el trabajo, promover el seguimiento a distancia de las personas beneficiarias de los cuidados, y facilitar la formación y la contratación de las cuidadoras. Sin embargo, estas no pueden nunca sustituir algunos cuidados humanos ni caer en formas de aislamiento y segregación. Las tecnologías de apoyo además deben respetar siempre los deseos y preferencias de todas las personas apoyadas y en ningún caso imponerse.
  10. Impartir al personal de atención primaria de salud y a los y las trabajadoras sociales nociones básicas de gerontología y geriatría.
  11. Respaldo a las comunidades locales en la prestación de servicios sanitarios de apoyo a las personas de edad.
  12. Establecer servicios gerontológicos especializados y perfeccionar la coordinación de sus actividades con los servicios de atención primaria de salud y los servicios de asistencia social.

### 1.6.- Recomendaciones “transitorias” o sobre las instituciones resultantes

Aunque el objetivo final sea el de cerrar el mayor número posible de instituciones regidas por la cultura institucional, entendemos que el cierre puede dilatarse en el tiempo y las instituciones que permanezcan deben hacerlo con unas garantías mínimas, por eso se hace necesario:

1. Renovar las instituciones supervivientes de cara a prestar servicios sociales y sanitarios individualizados, esto es, centrados en las necesidades y teniendo en cuenta las preferencias de las personas usuarias, superando la cultura institucional del modelo residencial precedente.

2. Crear alternativas suficientes y probadamente adecuadas, para lo cual los proyectos piloto son una gran forma de comprobar la adecuación.
3. Preparar apropiadamente a las personas mayores residentes en instituciones para evitar cualquier trastocamiento o traumas vinculados a cambios de vida.
4. Con respecto al personal profesional del sector: se debe garantizar la disponibilidad de trabajadores/as suficientes para las nuevas alternativas de base comunitaria. La recolocación del personal de instituciones ayuda además en la aceptación del cambio de paradigma y debe hacerse tras una formación y reciclaje suficientes en los que participen las propias personas que requieren cuidados.

### 1.7.- Recomendaciones contra la cultura institucional

1. Sensibilizar a las autoridades, los funcionarios públicos, las personas profesionales, los medios de comunicación, la población en general en los valores del nuevo paradigma de cuidado comunitario:
  - 1.1 Luchar contra el edadismo y otras formas de discriminación -por ejemplo, el racismo- que interseccionan con él.
  - 1.2 Revalorizar el trabajo de cuidados, siguiendo las recomendaciones para mejorar el sector mencionadas líneas arriba.
2. Formar al personal con enfoque de derechos humanos y sobre la base del respeto a la dignidad, autonomía e independencia de las personas usuarias de los servicios.
3. Incluir en los programas de sensibilización y formación las aportaciones hechas por las personas de todas las edades, incluidas las personas mayores.
4. Promover la solidaridad intergeneracional, fundamental para el logro de una sociedad para todas las edades. La solidaridad constituye también un requisito previo primordial de la cohesión social y es el fundamento tanto de la beneficencia pública estructurada como de los sistemas asistenciales no estructurados. Los vínculos intergeneracionales pueden ser valiosos para todas las personas y es deber de los gobiernos impulsarlos.

### 1.8.- Recomendaciones sobre enfoques

Se recomienda que para el nuevo sistema de cuidados de base comunitaria se apliquen los siguientes enfoques, a saber:

1. Enfoque de derechos humanos: Este enfoque debe estar presente en las leyes, políticas y prácticas institucionales relacionadas con el envejecimiento y las personas mayores, así como en los servicios de base comunitaria, asentado en el cambio de paradigma de un cambio de modelo asistencial a un modelo de titulares de derechos, y desde el cual debe garantizarse la dignidad, la autonomía, la igualdad, respeto a la vida privada y familiar, la participación de las personas durante todo el curso de la vida. Desde este enfoque se reconoce que “la edad es una construcción social. Tiene presente la diversidad, busca la inclusión y valora y apoya una participación efectiva de las personas mayores como asociadas en

100

- igualdad de condiciones. Además, reconoce que el ejercicio de la elección solo es posible cuando se amplían las oportunidades y cuando los individuos cuentan con el apoyo adecuado para adoptar decisiones y ejercer sus derechos. Los Estados deben integrar el enfoque basado en derechos humanos en relación con el envejecimiento en todas sus políticas, incluidas las relativas a los sistemas de pensiones y seguridad social. Además, deben elaborar y poner en marcha programas de creación de conocimientos y de capacidad, que incluyan formación en los organismos públicos, el sector privado y la economía informal, a fin de asegurar la igualdad de las personas de todas las edades”<sup>271</sup>.
2. **Enfoque global:** Este enfoque debe garantizar la coherencia y la coordinación en todas las esferas políticas que puedan verse relacionadas con el proceso mismo de desinstitucionalización. La coordinación de los diferentes departamentos y agencias gubernamentales que participen en el proceso de transición debe ser tanto horizontal (entre ministerios) como vertical (entre organismos nacionales, autonómicos y locales).
  3. **Envejecimiento activo:** El término envejecimiento activo, aunque no está exento de críticas<sup>272</sup> aparece como un enfoque frecuente en los documentos analizados. Para ayudarnos en su comprensión trataré de dar una definición que se deriva del tratamiento del término en diversos informes. Podemos entender el envejecimiento activo como el proceso de optimizar las oportunidades bienestar físico, mental y social, así como de participación (social, económica, culturales, espirituales y/o cívicas) y de contar con protección, seguridad y atención. El objetivo de cualquier medida política, legislativa, social o económica que se enmarque en este enfoque debe ser siempre ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, permitiéndoles seguir participando en las formas que deseen junto a sus familias, amigos/as, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen<sup>273</sup>.
  4. **Enfoque centrado en la persona:** A partir de este enfoque se busca armonizar las organizaciones con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidado. En ese sentido, la autonomía se reconoce como asunto nuclear en la atención cotidiana y la gestión del centro o servicio se supedita a la calidad de vida de las personas. Si bien, la atención centrada a la persona puede ser concebida como enfoque, modelo o metodología, lo cierto es que como enfoque “comprende un conjunto de valores o enunciados que orientan la atención dispensada desde distintos niveles de la organización, servicios o profesionales. Entre estos valores figuran: el reconocimiento de cada persona como ser singular y valioso, el necesario conocimiento de las biografías, la apuesta porque las personas mayores, aun precisando cuidados, puedan tomar decisiones sobre su

<sup>271</sup> Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, 48º período de sesiones, 13 de septiembre a 1 de octubre de 2021, A/HRC/48/53, Op. cit., párr. 34.

<sup>272</sup> Véase, URBANO, Claudio Ariel y YUNI, José Alberto, “Envejecimiento Activo y dispositivos socioculturales ¿Una Nueva Forma De Normativizar Los Modos De Envejecer?”, Op. cit.

<sup>273</sup> En esta línea van las definiciones de la OMS y de la CIPDPM. He matizado algunos elementos del término a fin de librarle de las críticas más habituales y garantizar que sea un enfoque que respete las necesidades y preferencias de las personas mayores.



atención y controlar su vida cotidiana, o la importancia del entorno (espacio físico, cuidadores y organización) para empoderar a las personas proporcionando los apoyos que lo permitan”<sup>274</sup>.

5. Enfoque de género: A partir de este enfoque se reconoce que las experiencias de las mujeres en la vejez se distancian de la experiencia de los hombres en esta misma etapa de la vida, pues parte del reconocimiento de la discriminación estructural en contra de las mujeres que las alcanza hasta el final de la vida. El enfoque de género aplicado en estudios gerontológicos permite visibilizar las realidades específicas que afrontan las mujeres mayores -por ser mujeres y por ser mayores- desde el reconocimiento de su diversidad, pero evidenciando las dificultades que atraviesan en su proceso de envejecer cuyo origen se sitúa en la estructura social edadista y sexista. Algunas de esas dificultades han sido reconocidas a lo largo del presente estudio, pero podemos enumerar a continuación algunas como: a) feminización del envejecimiento que -aunque la mayor longevidad y morbilidad de las mujeres puede responder a causas biológicas y genéticas- responde también a factores ambientales y sociales (tener menos acceso a salud de calidad, menor nivel adquisitivo, asumir tareas de cuidados sin apoyo, etc.); b) el impacto de las desigualdades de género a lo largo de la vida (mayor dependencia económica y riesgo de pobreza, impacto y consecuencias de la violencia de género en la salud física y mental, mayor riesgo de soledad y falta de apoyos y cuidados, etc.); c) la violencia de género en las mujeres mayores; entre otros<sup>275</sup>.
6. Enfoque interseccional: Aunado al enfoque anterior, este enfoque ayuda a analizar la realidad teniendo en cuenta los factores que influyen en la vida y en el pleno disfrute de los derechos de las personas mayores. La edad, la raza, la clase, el nivel educativo, el estado de salud o la discapacidad, entre otros, pueden aumentar el impacto de la discriminación de las personas mayores. Asimismo, la interseccionalidad permite entender cómo el envejecimiento, así como todo el ciclo vital, se encuentra condicionado por el género y otras categorías que pueden ser motivo de discriminación en nuestra sociedad<sup>276</sup>.

## 1.9.- Recomendaciones financieras

1. Reutilizar los recursos (económicos, edificios, personal), toda vez que garantiza que el proceso de reforma resulte más económico y sostenible.
2. Hacer un uso eficiente de los recursos, esto implica reorganizar los servicios y redistribuir los recursos de manera que se presten desde la comunidad y no de manera institucional.

<sup>274</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Avanzar hacia la Atención Centrada en la Persona desde el conocimiento*, 2014, disponible en [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net) (última consulta 14 de noviembre de 2023)

<sup>275</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *Mujeres mayores: el impacto del machismo y el edadismo en su vida y sus derechos humanos*, 2021, disponible en [https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/01/HelpAge\\_Cuaderno-6\\_Mujeres-mayores.pdf](https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/01/HelpAge_Cuaderno-6_Mujeres-mayores.pdf) (última consulta 8 de noviembre de 2023)

<sup>276</sup> HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *Mujeres mayores: el impacto del machismo y el edadismo en su vida y sus derechos humanos*, 2021, disponible en <https://www.helpage.es/mujeres-mayores-el-impacto-del-machismo-y-el-edadismo-en-su-vida-y-sus-derechos-humanos/> (última consulta 8 de noviembre de 2023)

3. Utilizar los Fondos Estructurales para la transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria. El Fondo Social Europeo puede aportar financiación para la formación (y el reciclaje) del personal y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) puede utilizarse simultáneamente para el desarrollo de una infraestructura social de apoyo a los nuevos servicios de base comunitaria. Asimismo, hacer uso del Sistema de asignaciones para cubrir el costo de los cuidados en el hogar y demás condiciones materiales necesarias para que las personas mayores puedan llevar a cabo su propio plan de vida.
4. Asignar fondos públicos para la renovación de antiguas residencias y construcción de nuevas edificaciones e infraestructuras adaptadas a las necesidades de las personas mayores y que cumplan con los criterios de calidad, accesibilidad, asequibilidad, adaptabilidad, habitabilidad antes mencionados.
5. Asignar fondos públicos para asegurar la cobertura universal y la prestación de calidad de servicios sanitarios y sociales que promuevan la vida independiente y la permanencia de las personas mayores en sus entornos familiares y comunitarios el mayor tiempo posible.
6. Establecer mecanismos de financiación claros y de fácil comprensión por parte de las personas mayores, con una importante subvención por parte del Estado para cubrir los gastos de los servicios, así como para la adquisición de los alojamientos alternativos.
7. Destinar fondos públicos para el pago de pensiones de jubilación a las personas cuidadoras de personas mayores y aumentar las asignaciones ya establecidas para las pensiones de personas mayores, con el fin de que puedan sufragar los gastos de los servicios sociales y sanitarios.

### **1.10.- Recomendaciones sobre sistemas de regulación y evaluación de los servicios**

1. Elaborar un conjunto de indicadores apropiados en aras de medir el grado de aplicación de los planes de acción del proceso de desinstitucionalización y la transición a servicios de base comunitaria:
  - 1.1 Establecer indicadores relacionados con la calidad de vida de las personas que disfrutaran los servicios en vez de indicadores que evalúen los insumos. Estos indicadores deben estar basados en la participación de las personas mayores, sus familias y las organizaciones que los representen, en el proceso de vigilancia.
2. Crear una autoridad u organismo competente e independiente responsable de la inspección tanto de las instituciones residenciales (tanto públicas como privadas) como de los servicios de nueva creación.
3. Distribuir las funciones de regulación, vigilancia, evaluación y gestión de los servicios, de manera que se asigne una entidad nacional encargada de la regulación, esto es, de establecer los manuales, protocolos y demás documentos que guíe la prestación de los servicios sociales y sanitarios; una entidad independiente que se encargue de la vigilancia y evaluación de la prestación de los servicios; y asignar la responsabilidad de la gestión a las administraciones locales, pues debido a la proximidad tienen mayor conocimiento de cómo debe llevarse a cabo dicha gestión.

4. Establecer inspecciones periódicas a los nuevos alojamientos colectivos y a todas las entidades que presten servicios sociales y sanitarios a personas mayores con el fin de identificar si se ajustan a lo establecido en los manuales y protocolos establecidos por la entidad nacional antes mencionada, si los derechos de las personas mayores están siendo garantizados y si los principios que guían los cuidados de base comunitaria se están respetando.
5. Establecer de manera obligatoria licencias de funcionamiento de los servicios y condicionarla a la correcta aplicación de los manuales y protocolos establecidos por la autoridad nacional sobre lineamientos para una correcta prestación de los servicios.

### 1.11.- Recomendaciones sobre uso de restricciones

1. Establecer un sistema de información sobre las personas usuarias de los centros que registre patrones de caídas, patrones de problemas de conducta, y en términos generales, de eventos significativos para obtener patrones individuales, ambientales y organizativos, sobre la base de los cuales poder actuar en la prevención de forma más eficaz y de manera individualizada y alternativa a las sujeciones.
2. Promover estudios que midan la efectividad de las intervenciones de toda índole que se llevan a cabo en centros residenciales con el fin de identificar cuáles son las más efectivas, qué factores influyen en el grado de efectividad y, por ende, cuáles son aquellas intervenciones que deberían promoverse en los centros residenciales para personas mayores.
3. De acuerdo con la experiencia desarrollada en la iniciativa Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer, una de las formas de prevenir el uso de las sujeciones en personas mayores de 65 años institucionalizadas es la creación de protocolos que sirvan como guía para los centros y sus profesionales a la hora de realizar la práctica clínica y en el uso concreto de medidas de sujeción. Dichos protocolos deben contener los límites del uso de sujeciones, plazos de revisión de sujeciones de nueva aplicación, así como alternativas para su desincentivación. Para ello, es recomendable que el protocolo de uso de sujeciones esté asociado a otros protocolos como el de manejo de caídas, de manejo de conductas, y guías de uso racional de fármacos.
4. Tomando en cuenta las lecciones aprendidas, se recomienda el diseño de protocolos internos, que obedezcan a las realidades particulares de cada centro y a partir del cual se pueda realizar un diagnóstico y unas líneas estratégicas de acción en aras de lograr la prevención, la reducción o la completa eliminación de restricciones. El diseño de estos protocolos podría nutrirse también del sistema de información mencionado en la primera recomendación, tomando en consideración a la información recabada sobre los patrones individuales, ambientales y organizativos.
5. Promover la formación de todo el personal de la organización, así como también a los familiares y tutores legales, combinados con asesorías y/o alternativas al uso de restricciones. Incluso, este tipo de intervención alcanza resultados muy

favorables cuando se realiza con el respaldo de regulación legal que apoyen los objetivos de esta<sup>277</sup>.

6. Por lo anterior, y teniendo en cuenta que el problema del uso de sujeciones más que técnico es de mentalidad, organizativos, sociocultural y, sobre todo de actitud, se recomienda la creación de planes formativos integrales y continuados para profesionales, familias y sociedad en general. Para el caso del personal profesional, la formación debe ir encaminada al manejo de conductas y comportamientos desafiantes, prescripción adecuada de psicofármacos, programas de prevención de caídas, técnicas y estrategias alternativas disuasorias del uso de restricciones. En cuanto a las familias, formarlas en el modelo centrado en la persona, sus ventajas, desafíos y las estrategias alternativas para actuar sin restricciones, con el fin de erradicar los mitos sobre estas como medios seguros de cuidado.

Figura 12 Recomendaciones internacionales y regionales (europeas y americanas) sobre procesos de desinstitucionalización

Recomendaciones	Criterios/Características
Recomendaciones destinadas a mejorar el sector profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formación profesional adecuada</li> <li>-Prestación económica competitiva</li> <li>-Buenas condiciones laborales (incluyendo a las trabajadoras migrantes)</li> </ul>
Recomendaciones Legislativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ajustar y reformar la legislación nacional conforme a nuevo paradigma sobre derechos de las personas mayores.</li> <li>- Creación de figuras de apoyo</li> <li>-Creación de normas a nivel europeo que definan las condiciones mínimas para garantizar los derechos humanos.</li> </ul>
Recomendaciones sobre los entornos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entornos accesibles (transporte y servicios públicos accesibles).</li> <li>-Acceso a la atención preventiva, curativa y rehabilitadora desde la medicina geriátrica.</li> </ul>
Recomendaciones sobre las viviendas (Informe sobre las personas de edad y el derecho a una vivienda y la Observación General núm. 4 CDSC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Seguridad jurídica de la tenencia con independencia del tipo de tenencia.</li> <li>-Disponibilidad de infraestructura con instalaciones adecuadas a las necesidades de salud, seguridad, comodidad y nutrición, y con acceso a los recursos naturales y comunes.</li> <li>-Asequibilidad de la vivienda con protección de aumentos desproporcionados de alquiler.</li> <li>-Habitabilidad: Vivienda adecuada con protección a las condiciones climáticas, amenazas a la salud y peligros estructurales.</li> <li>-Accesibilidad de la vivienda para las personas mayores y en situación de discapacidad.</li> <li>-Ubicación: Vivienda ubicada en las proximidades a todos los servicios públicos y a todas las instalaciones sociales.</li> </ul>

<sup>277</sup> BRIONES-PERALTA, María Ángeles y RODRIGUEZ-MARTIN Beatriz, “Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol.52, nº2, 2017, pp. 93-101.

	-Adaptación a las necesidades culturales: El diseño de la vivienda debe favorecer la expresión de la identidad cultural de las personas que la habitan.
Recomendaciones sobre los servicios de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Deben construirse con la participación de las personas mayores.</li> <li>-Debe ser de base comunitaria, respetando las preferencias y necesidades de las personas.</li> <li>-Deben ser de calidad, accesibles y asequibles.</li> <li>-Apoyo a las cuidadoras informales (ej. Apoyo psicológico, sustitución temporal, etc.)</li> <li>-Inclusión de tecnologías de apoyo.</li> </ul>
Recomendaciones sobre desinstitucionalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cierre de instituciones y renovaciones de instituciones supervivientes.</li> <li>-Preparación para evitar los traumas del cambio de vida.</li> <li>-Disponibilidad de trabajadoras suficientes (recolocación de las trabajadoras y formación)</li> </ul>
Recomendaciones contra cultura institucional	-Formación en el nuevo paradigma comunitario (lucha contra el edadismo, revalorización del trabajo de los cuidados, formación profesional y solidaridad intergeneracional)
Recomendaciones sobre enfoques	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfoque de derechos humanos</li> <li>-Enfoque global (coordinación de instituciones involucradas)</li> <li>-Envejecimiento activo</li> <li>-Atención centrada en la persona - ACP</li> <li>- Enfoque de género</li> <li>-Enfoque interseccional (cultural, sexual, de discapacidad)</li> </ul>
Recomendaciones financieras	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Uso eficiente de los recursos (reutilización).</li> <li>-Utilización de los Fondos Estructurales</li> <li>-Sistema de asignaciones</li> </ul>
Recomendaciones sobre sistemas de regulación y evaluación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicadores sobre aplicación de planes de acción.</li> <li>-Indicadores de calidad de vida de las personas.</li> <li>-Autoridad competente y responsable sobre inspección de las instituciones residuales y los servicios de base comunitaria.</li> <li>-Inspecciones periódicas de instituciones y servicios.</li> <li>-Licencia de funcionamiento de los servicios.</li> </ul>
Recomendaciones sobre uso de restricciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sistema de información sobre patrones de caídas y eventos significativos.</li> <li>-Estudios que midan la efectividad de las intervenciones en instituciones residenciales.</li> <li>-Protocolos que atienden a las particularidades de cada institución y de las personas mayores.</li> <li>-Formación a profesionales del cuidado y familias sobre alternativas al uso de restricciones, atención centrada en la persona y modelos de cuidados sin restricciones.</li> <li>-Creación de planes formativos integrales y continuados a profesionales, familias y sociedad.</li> </ul>



## Capítulo Segundo: Análisis de procesos de desinstitucionalización en otros países y en distintos territorios españoles

### 1.- Claves y aprendizajes para los procesos de transición del cuidado basado en institucionales de apoyo en contextos comunitarios y de base familiar

El siguiente apartado tiene un doble cometido, de un lado presentar las principales características e hitos de los procesos de desinstitucionalización en los países que hemos localizado como diana de nuestra investigación (Suecia, Países Bajos, Suiza, Reino Unido, Alemania, Portugal y Dinamarca) y de otro extraer las principales claves y aprendizajes exportables al contexto español.

Suecia y Dinamarca son un referente para el resto de Europa en lo que supuso la construcción de los Estados de Bienestar, logrando conseguir la protección social universal en cabeza del Estado y, por ende, abandonando el modelo benéfico-asistencial que se encargaba de prestar apoyo a grupos poblacionales con escasos recursos. Como muestra de estos avances en materia de protección social, ambos países desarrollaron a partir de 1950 un modelo universalista de provisión de servicios sociales y sanitarios en los domicilios y basados en las necesidades y preferencias de las personas que requerían cuidados, permitiendo que las personas mayores y en situación de dependencia puedan permanecer en su entorno y las personas cuidadoras familiares puedan conciliar el cuidado de sus parientes con su vida laboral<sup>278</sup>. En esa misma línea y como respuesta a las fuertes críticas a los modelos residenciales tradicionales en la década de los 80, ambos países se decantaron por el “modelo vivienda”, reformulando la cultura institucional propia de las tradicionales residencias conocidas como “nursing homes”<sup>279280</sup>.

El proceso de cambio de modelos residenciales a modelos de cuidados con base comunitaria ha ido acompañado de un proceso centrado en la generación de conocimientos sobre el impacto del diseño de estos ambientes en la calidad de vida, sobre todo, de personas con demencia, integrado al desarrollo de un modelo de atención centrado en la persona que intenta identificar preferencias y deseos de las personas cuidadas y adaptarlas a su vida cotidiana<sup>281</sup>. Así, se fue configurado un amplísimo y

<sup>278</sup> LINDSTROM KARLSSON, Astrid, “El papel de la vivienda en el contexto de las políticas de vejez en Suecia” en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (ed.), *Viviendas para personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI, Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal*, Madrid, 2018, pp.51-90, p.52.

<sup>279</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, *Revista Internacional de los Estudios Vascos*, vol. 65, nº1-2, 2020, 180-224, p.187.

<sup>280</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores. ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit., p. 9.

<sup>281</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit., p. 188.

diverso parque de viviendas, de competencia municipal en su mayoría, en régimen de alquiler, accesibles y en las que se reciben servicios en función de necesidades<sup>282</sup>.

## Suecia

El proceso sueco de desinstitucionalización iniciado ya en los años 60 y desarrollado principalmente por la Ley Sobre Atención Social (SoL 2001:453), se caracteriza por otorgar un papel relevante a las entidades municipales<sup>283</sup>, la provisión mayoritariamente pública de los servicios y en los últimos años tomar en cuenta la formación del personal<sup>284</sup>.

### Claves y Aprendizajes:

1. La gestión de los servicios se encuentra descentralizada a cargo de la municipalidad.

2. La regulación, la evaluación y la inspección de los servicios sociales, por el contrario, se encuentra a cargo de la administración central.

3. La prestación de los servicios residenciales son casi en su totalidad de titularidad pública, gestionando las entidades privadas sólo un 3% de las plazas, lo que ha significado una mayor cobertura y mayor accesibilidad por parte de las personas mayores que se ve reflejado en la posibilidad de acceder a un subsidio estatal para aquellas que no tengan los recursos suficientes por concepto de alquiler, cuidados y comidas.

4. La creación de un organismo independiente encargado de la inspección y vigilancia de los servicios sociales, así como de la concesión de los permisos de apertura de los centros privados y del registro de los mismos.

5. La creación de un organismo encargado de regular los servicios sociales, posibilitando la gestión del conocimiento en ese campo y, en consecuencia, la generación y publicación de recomendaciones, directrices, estadísticas e investigaciones sobre los diferentes servicios.

6. La implementación de medidas orientadas a mejorar la cualificación del personal en centros residenciales a través de mejoras en las condiciones laborales de los profesionales de atención directa en el ámbito residencial que trae consigo la revalorización del sector, permitiendo no sólo la retención de los profesionales, sino también la atracción de nuevos profesionales provenientes de otros sectores. Algunas de estas medidas son:

- Incrementar los niveles de empleo permanente y a tiempo completo.
- Ofrecer empleo en prácticas en el sector de la atención residencial a personas sin experiencia laboral en el sector.
- Facilitar el acceso a la formación de estas personas, bien en el ámbito de la formación profesional para personas cuidadoras, o bien mediante cursos de

<sup>282</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit., p. 189.

<sup>283</sup> INDEPENDENT LIVING INSTITUTE, Freedom to Choose with Whom, Where, and How You Want to Live – Deinstitutionalisation (DI) in Sweden, <https://www.independentliving.org/docs7/Freedom-to-choose-Deinstitutionalisation-Sweden.html>

<sup>284</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit., p. 9.

formación profesional especializadas para auxiliares de enfermería. Estos programas son cofinanciados entre la administración central (50%) y los ayuntamientos (50%).

7. La participación de las personas mayores en la valoración de la necesidad y en la elección del centro/vivienda y/o servicio/s ha sido fundamental para lograr con éxito la implementación de programas y servicios sociales con base en las necesidades y preferencias de las personas que gozan de estos.

8. El desmantelamiento de las residencias y su sustitución por “viviendas especializadas” dando paso a la creación de espacios individualizados para las personas mayores, ajustado a sus preferencias, evitando la despersonalización y promoviendo la percepción de un lugar propio, en el cual poder preservar su intimidad, privacidad, hábitos, estilo de vida, relaciones sociales significativas y recibir atención especializada en función de sus necesidades.

Cabe mencionar que esta transición hacia modelos de base comunitaria ha estado soportada constitucionalmente por el derecho de todas las personas a una vivienda en buenas condiciones lo que ha conllevado a la promoción de la autonomía y la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores, reforzado mediante una resolución parlamentaria (año 1985) y la ley marco de la Vivienda, según la cual, las personas mayores y las personas con discapacidad tienen derecho a vivir y recibir cuidados en una *vivienda completa*, incluso cuando vivan en un centro residencial/vivienda asistida<sup>285</sup>.

## Dinamarca

El proceso de desinstitucionalización danés se inició el 1 de enero de 1996 con la reforma de las residencias para personas mayores danesas (*plejeboligreformen*). Este proceso tenía como objetivo principal “modernizar el parque residencial y promover el concepto de viviendas sociales para personas mayores, con servicios integrados de cuidado 24 horas cuando la dependencia es grave o con servicios externos que se ofrecen “a la carta” cuando las personas van necesitándolos”<sup>286</sup>. Este proceso de cambio ha implica principalmente la construcción de nuevas viviendas y la reconversión de antiguas residencias de personas mayores (*nursing homes*) en lo que hoy conocemos como unidades de convivencia. Por ende, su puesta en marcha supuso de facto la prohibición de construcción de más residencias con el modelo institucional tradicional, que se había producido ya en 1988 (*Consolidation Action Social Services*).

### Claves y Aprendizajes:

1. La construcción de viviendas, esto es, espacios privados de uso individual, pero agrupados en unidades de convivencia de 6 a 12 personas entorno a espacios comunes como la cocina y el salón-comedor. Todas decoradas y amuebladas por las personas residentes, quienes pagan el alquiler y su comida, dándoles una percepción de espacio propio e íntimo.

2. En el caso de personas mayores de escasos recursos, los gastos antes referenciados son sufragados por la administración local correspondiente.

<sup>285</sup> LINDSTROM KARLSSON, Astrid, “El papel de la vivienda en el contexto de las políticas de vejez en Suecia”, Op. cit, p.52.

<sup>286</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit., p.9.

3. La reconversión de residencias en viviendas con servicios de cuidados integrados en torno al concepto unidad de convivencia o servicios domiciliarios externos, mejorando la calidad de estos alojamientos y garantizando la atención a las necesidades de las personas.

4. La implementación de programas de prevención y rehabilitación proporcionados por las autoridades locales, así como servicios adecuados de atención domiciliaria y centros de enfermería gratuitos para todos los ciudadanos necesitados de cuidados y apoyos.

5. La prestación de servicios de atención domiciliaria dirigida a personas mayores que viven en casa, pero no pueden gestionar su vida cotidiana por sí solas, motivadas por el principio de autosuficiencia por lo que se presta con ayuda práctica (por ejemplo: limpieza y lavado de ropa) y/o con cuidado personal (por ejemplo: baño y afeitado). Pero, además, se promueve el principio de la libre elección al ofrecer la posibilidad de elegir entre al menos 2 proveedores de este tipo de servicios, lo que refuerza el derecho a elegir dónde, cómo y con quién vivir.

6. La implementación de una gama de tecnologías innovadoras que apoyan a los ciudadanos en sus rutinas diarias, manteniéndolos conectados, físicamente activos y seguros. Las soluciones varían desde simples dispositivos con sensores inteligentes y otras tecnologías de vida asistida hasta soluciones avanzadas de telesalud y plataformas de comunicación digital, para ser utilizadas en el propio hogar del ciudadano. Por ejemplo, un sistema digital de ayuda para la incontinencia, *Abena Nova*, ayuda a garantizar una atención de incontinencia individualizada para los residentes en residencias de ancianos. Parece y se siente como un producto para la incontinencia normal, pero tiene sensores integrados para recopilar datos en tiempo real. Los cuidadores pueden ver los datos a través de una aplicación, lo que libera tiempo para otras tareas de cuidado debido a menos cambios de pañales innecesarios. Al mismo tiempo, los residentes experimentan una mayor calidad de atención y un menor riesgo de infección.

Esta transformación hacia modelos de cuidados de base comunitaria se ve reflejada en el aumento de residencias y centros convertidos en viviendas con servicios integrados, teniendo en cuenta que el número de plazas en residencias ha disminuido con el tiempo pasando de 36.444 en 1996 a 8,761 en 2010; mientras que las plazas en viviendas con servicios integrados aumentó de 22,791 a 71,494 en el mismo período<sup>287</sup>.

## Países Bajos

En los Países Bajos, el programa “Cuidado nacional para personas mayores” se desarrolló a instancias del Gobierno holandés, con miras a mejorar la atención a las personas mayores con necesidades complejas. Desde que comenzó el programa en abril de 2008, numerosas organizaciones han unido fuerzas a nivel regional y nacional para crear una variedad coherente de opciones de atención que se adaptan mejor a las necesidades individuales de las personas mayores.

---

<sup>287</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit., p.10.

## Suiza

En Suiza, la administración federal confía a estructuras privadas que operan en todo el país la tarea de contribuir a la salud de las personas mayores, garantizándoles el acceso a información y asesoramiento y prestándoles ayuda directa. En muchas ciudades suizas existe una tradición de barrios solidarios (*quartiers solidaires*), en los que se ponen en común recursos y se ofrecen soluciones a los problemas de las personas mayores poniéndolas en contacto con otras personas y actores locales (municipios, estructuras sociales y médicas, asociaciones, etc.)<sup>288</sup>.

## Reino Unido

Reino Unido, junto a otros países, lleva décadas afrontando un proceso de reconversión de alojamientos residenciales en un amplio conjunto de iniciativas como las “viviendas con atención y cuidados” o “viviendas para toda la vida”, dando respuesta al deseo de las personas mayores con necesidades de cuidados especializados de vivir en espacios que faciliten una vida independiente y en los que puedan establecer relaciones sociales que eviten su progresivo aislamiento. Partiendo de la realidad de que los servicios y recursos para las personas mayores no es buena ni deseable, se promueve el apoyo al diseño de calidad de viviendas más accesibles y sostenibles para estas personas. A diferencia de otros países, como España, en el Reino Unido los recursos han tenido que adaptarse a las necesidades de las personas y no viceversa, esto es, que las necesidades de las personas tengan que adaptarse a los recursos existentes<sup>289</sup>.

### Claves y Aprendizajes:

1. El proceso de desinstitucionalización y la transición a un modelo de base comunitaria ha estado respaldado por propuestas legislativas y reformas políticas. Por ejemplo, algunas disposiciones la Ley de Igualdad que prohíben la discriminación por edad en el suministro de bienes, instalaciones y servicios, el ejercicio de funciones públicas y la gestión de clubes y asociaciones públicas.

2. En cuanto a reformas políticas, la integración a nivel local entre la atención sanitaria primaria, secundaria e intensiva, la atención social y la vivienda, a través de mercado de servicios e instalaciones que posibiliten las viviendas con la atención que precisan las personas mayores que permitan evitar los ingresos hospitalarios, reducir el tiempo de estancias medias o la demanda de citas con médicos de atención primaria y, en todo caso, reforzando la atención domiciliaria.

3. La transformación de alojamientos residenciales en viviendas con atención y cuidados ha estado acompañada de una amplia planificación en materia de vivienda. Por ejemplo, la publicación de los informes Happi (*Housing our Ageing Population: Plan for implementation*) sobre vivienda y cuidado de personas mayores en los que se han abordado temáticas como: estándares y principios para el diseño de mejores opciones en viviendas para personas mayores preparadas para la atención; problemas y desafíos en torno a las nuevas viviendas especializadas, así como las inconformidades de las personas usuarias y, en consecuencia, propuestas de acción y de medidas orientadas a simplificar la transición; entre otras.

<sup>288</sup> QUARTIERS SOLIDAIRES, <https://www.quartiers-solidaires.ch/> (2 de noviembre de 2023).

<sup>289</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.



4. La contratación de profesionales con titulación oficial en aras de garantizar una atención de calidad. Sin embargo, dada la escasez de la demanda, esta exigencia no se aplica a toda la plantilla, permitiendo que profesionales sin esta formación reglada puedan acceder al empleo en este sector a través del *Care Certificated* en respuesta a la necesidad de incrementar la ratio profesional en primera línea.

5. La transformación organizacional de organizaciones jerárquicas a centros colaborativos con relaciones más horizontales ha sido un factor fundamental en la mejora de la calidad asistencial y en la transición a organizaciones centradas en la persona. En esa línea, la regulación 17 de Reino Unido ha impulsado procesos de desarrollo organizacional desde la participación que potencien la revisión interna, el aprendizaje y la innovación, a través de procesos de evaluación interna en aras de mejorar los procesos de gestión y de atención.

6. La promoción del buen trato de las personas cuidadas y actuaciones frente al mal trato, ha sido fundamental para garantizar altos estándares de calidad, en términos de bienestar del servicio residencial, toda vez que existen manuales de buenas prácticas no sólo orientados a asegurar prácticas seguras y basadas en la experiencia científica, sino que además se desarrolla la protección de los derechos de las personas. Además, se ha hecho uso de la tecnología para la detección y actuación específica ante situaciones de malos tratos como, por ejemplo, la herramienta *CQC Insight* a través de la cual se recibe información de distintas fuentes y mediante un sistema de indicadores se generan alertas para prevenir y actuar ante situaciones de riesgo y planificar inspecciones para constatar situaciones anómalas.

7. La creación de la Comisión de Calidad de la Atención (*Care Quality Commission*), como organismo independiente de control de calidad y regulador de los proveedores de atención social para adultos y de salud, así como responsable de la autorización, inspección y evaluación de los servicios sociales; la protección de derechos de las personas usuarias; y de la promoción de conocimiento del sector a través de publicación de guías, estándares de calidad y sanciones, generación de debate y reflexión sobre la calidad de servicios.

Si bien es cierto que el sistema de servicios sociales enfrenta desafíos y falencias como la falta de comprensión de parte de las personas cuidadas sobre la financiación de las viviendas con servicios y cuidados lo que ha generado gran resistencia hacia la transición a este modelo de cuidados con base comunitaria, lo cierto es que algunas de las claves antes señaladas junto con otras medidas provenientes de las otras experiencias internacionales pueden aportar a un proceso de desinstitutionalización exitoso.

## Alemania

Alemania introdujo su actual sistema social de cuidados de larga duración en 1995 en respuesta a los desafíos provenientes del envejecimiento poblacional y del aumento en los costes de los cuidados. Este sistema ha tenido como objetivo desde sus inicios proveer a todos los miembros de la sociedad un mínimo nivel de cuidados, independientemente de las circunstancias personales (si se vive solo o con familia) o el diagnóstico (discapacidades físicas o cognitivas), estas tienen acceso al sistema siempre y cuando precisen de cuidados. Alguno de los principios rectores de este sistema son: la autonomía, la priorización de la atención domiciliaria; la prevención y rehabilitación médica; la responsabilidad individual; la responsabilidad social, entendiendo los cuidados como una

cuestión de toda la sociedad incluyendo autoridades locales, las comunidades y las familias; la provisión de cuidados dignos, estando el sistema obligado a garantizarlos<sup>290</sup>.

Como corolario, Alemania ha apostado por la transición a modelos de cuidados de base comunitaria desarrollando novedosos programas de viviendas insertadas en la comunidad con servicios de cuidados y de reconversión de tradicionales alojamientos residenciales en apartamentos con servicios y unidades de convivencia para las personas mayores y personas con distintos grados de dependencia (especialmente con deterioro cognitivo).

#### Claves y aprendizajes:

El movimiento de desinstitucionalización y la transición al modelo de cuidados de base comunitaria en Alemania ha estado apoyado por la implementación de políticas públicas, propuestas legislativas y mecanismos de financiación claves para cualquier proceso de desinstitucionalización.

1. La introducción de políticas como la Estrategia Nacional de Demencia (*Nationale Demenzstrategie*) o la Política para Personas Mayores ha demostrado el compromiso del gobierno alemán en la promoción de un envejecimiento exitoso, aportando herramientas para que las personas mayores y con necesidades de cuidados puedan vivir una vida independiente en sus entornos familiares y comunitarias.

Por su parte, la Estrategia Nacional de Demencia tiene como objetivo principal permitir la participación social de las personas con demencia, para lo cual puso en marcha un plan de acción para la mejora de la atención a las personas que padecen demencia y ayudarlas a permanecer en sus hogares, en cuatro campos de acción: a) el establecimiento de comunidades inclusivas a través de la participación social de las personas con demencia; b) apoyo a personas con demencia y a sus familias; c) fomento de los servicios de salud y atención a largo plazo para personas con demencia; d) promoción de una investigación excelente sobre la demencia<sup>291</sup>.

Por otro lado, la Política para personas mayores<sup>292</sup> comprende un conjunto de programas orientados a la promoción y garantía de la vida independiente y la autodeterminación de las personas por el mayor tiempo posible, entre los que podemos rescatar: Activo en la vejez; Ayuda y cuidado; Conciliar el cuidado y el trabajo; Formación en Enfermería - Profesión de Enfermería; Demencia; Últimos Caminos - Acompañamiento al Final de la Vida; Vivienda en la vejez - Vivienda social; Política Internacional para las Personas Mayores. Estos programas implican la aplicación de diseños apropiados para la edad en el espacio vital y el entorno de vida, así como la creación de estructuras de soporte.

2. En cuanto a los mecanismos de financiación, el sistema social ofrece a las personas mayores prestaciones en especie o prestaciones monetarias del régimen legal de seguro de asistencia a largo plazo, sistema que promueve el principio de la libre elección

<sup>290</sup> CURRY, Nathalie, SCHLEPPER, Laura, HEMMING, Nina, *What can England learn from the long-term care system in Germany?*, 2019, disponible en <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2019-12/lci-germany-br1924-6-web.pdf>

<sup>291</sup> GIFFREY, Franziska, SPAHN, Jens, *The Alliance for People with Dementia Results of the 2014-2018 Common Efforts - Short Report*, 2018, disponible en <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/132340/11d16360baefc5da0ecc737153162610/die-allianz-fuer-menschen-mit-demenz-kurzbericht-englisch-data.pdf> (última consulta 3 de noviembre de 2023)

<sup>292</sup> MINISTERIO FEDERAL DE ASUNTOS DE FAMILIA, MAYORES, MUJERES Y JÓVENES, *Política para Personas Mayores*, disponible en <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen> (última consulta 3 de noviembre de 2023)

toda vez que las personas cuidadas pueden escoger entre la prestación de atención en el hogar o en una institución, y entre las instalaciones autorizadas o los servicios proporcionados por agencias, y la atención individual puede ser ajustada conforme a un amplio catálogo de servicios<sup>293</sup>.

Además, se han puesto en marcha programas de financiación privada como “Conversión adecuada a la edad” promovido por el grupo bancario *KfW*, marco en el cual se conceden subvenciones o préstamos a bajo interés con el fin de sufragar las medidas de modernización destinadas a eliminar o reducir barreras en los apartamentos en los que residen personas mayores.

3. La promulgación de leyes como la Ley de Regulación de los Contratos de Vivienda con Servicios de Atención o Apoyo (*WBVG*) o la Carta de los Derechos de las Personas Necesitadas de Ayuda y Cuidado<sup>294</sup> refuerzan la protección jurídica de las personas que precisan asistencia y cuidados. Por ejemplo, la primera se encarga de regular los contratos de derecho civil entre adultos y empresas que ofrecen vivienda en relación con los servicios de atención o apoyo en el campo de la ley de atención residencial, reforzando así la protección de las personas mayores y las personas que necesitan cuidados, así como de las personas con discapacidad, contra la discriminación cuando celebran un contrato para la provisión de espacio vital con servicios de atención o apoyo.

Algunas de las disposiciones más importantes incluye el derecho a recibir información precontractual sobre los servicios y cargos en un lenguaje fácil de entender; el contrato a término indefinido; una descripción precisa de los servicios individuales prestados por la empresa y las tarifas; pago razonable de la remuneración, por lo que un aumento está permitido solo bajo ciertas condiciones y con el consentimiento del consumidor; obligación de la empresa de ajustar el contrato en caso de cambio en la necesidad de atención o asistencia; nulidad de los contratos que se desvíen de las disposiciones de la *WBVG* en perjuicio de los consumidores; entre otras.

En cuanto a la Carta de los Derechos de las Personas Necesitadas de Ayuda y Cuidado, en particular en su artículo 4 prevé los elementos esenciales que deben ser tenidos en cuenta la prestación de cuidados de base comunitaria, la promoción de una vida independiente y la atención centrada en la persona. Entre los elementos que se fijan podemos destacar el derecho a recibir atención, apoyos y tratamiento cualificado acorde con las necesidades personales; derecho a una atención individualizada, planificada, por parte de personal cualificado y de confianza; derecho a la prestación de servicios de enfermería orientados a llevar una vida lo más independiente y autodeterminada posible a través del mantenimiento o recuperación de las habilidades de la persona usuaria; entre otras.

Habiendo identificado las claves positivas de esta experiencia, vale mencionar que también existen algunos retos como la ausencia de datos sobre la situación de vida de la mayoría de los grupos destinatarios. Esto incluye información sobre las finanzas asignadas a los costos de atención institucional y a los servicios comunitarios.

<sup>293</sup> CURRY, Nathalie, SCHLEPPER, Laura, HEMMINGS, Nina, *What can England learn from the long-term care system in Germany?*, Op. cit.

<sup>294</sup> MINISTERIO FEDERAL DE ASUNTOS DE FAMILIA, MAYORES, MUJERES Y JÓVENES, *Carta de los Derechos de las Personas Necesitadas de Ayuda y Cuidado*, Op. cit.

## Portugal

Portugal no ha desarrollado un proceso de desinstitucionalización como tal. Sin embargo, por su compromiso con la Estrategia y el Plan de Acción Global para el Envejecimiento Saludable promovido por la OMS en el 2002, se ha desarrollado la Estrategia Nacional para el envejecimiento activo y saludable (2017-2025) basada en los principios de independencia, participación, asistencia, autorrealización y dignidad. Sus ejes estratégicos son la salud, la participación, la seguridad, la medición, el seguimiento y la investigación y cada uno de ellos posee un conjunto de actuaciones para su desarrollo.

Como corolario, se creó la Red Nacional de Cuidados Permanentes Integrados (*Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados -RNCCI*) es un modelo organizacional de atención continuada adoptado para garantizar, de forma sostenible, la atención sanitaria y la calidad de vida necesarias para las personas mayores con diferentes niveles de dependencia. Ha sido creado por los Ministerios de Trabajo y Solidaridad Social y Salud, y está formada por un conjunto de instituciones públicas y privadas que brindan atención continua en salud y apoyo social, y que se concreta en una red de servicios y equipamiento social, entre los que destacan: servicio de apoyo a domicilio; centro de convivencia para la realización de actividades socio-recreativas y culturales; centro de día y centro nocturno; cuidado familiar de personas mayores por medio de la integración de la persona mayor al hogar de familias consideradas aptas, de forma temporal o definitiva cuando esta no puede permanecer en su hogar por falta de condiciones de las familias o falta de apoyos sociales; estructura residencial para personas mayores, esto es, alojamiento colectivo de uso temporal o permanente, en los que se desarrollan actividades de apoyo social y se prestan cuidados de enfermería<sup>295</sup>.

Si bien de forma expresa en la Estrategia no se menciona como objetivo la desinstitucionalización, en cada uno de los servicios ofrecidos siempre aparece como fin incentivar al usuario a permanecer en su forma de vida habitual, garantizar a la persona acogida un entorno social, familiar y emocional propicio a la satisfacción de sus necesidades y al respeto de su identidad, personalidad e intimidad y a evitar o retrasar en la medida de lo posible el ingreso a instituciones. Buscando en estas últimas fórmulas que posibiliten al máximo lugares similares al propio hogar o que permitan hacer de esos lugares un espacio lo más personal e individualizado posible.

Algunas investigaciones señalan que la atención a las personas mayores en Portugal todavía está dominada por los servicios institucionales<sup>296</sup>. Sin embargo, un estudio sobre la red de servicios y equipamiento social de la Red Nacional Integrada de Atención Continuada develó que a 2021 la Estructura Residencial para Personas Mayores (ERPI), el Centro de Día y el Servicio de Atención Domiciliaria a Personas Mayores (SAD) son las respuestas sociales más representativas en el ámbito de la RSES dirigida a las personas mayores, a través de los cuales no sólo se satisfacen las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de las personas usuarias, sino que también se promueve la inclusión y participación en la

<sup>295</sup> SILVA DA COSTA, Andreia, *Estrategia Nacional para el envejecimiento activo y saludable (2017-2025)*, 2017, disponible en <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf> (última consulta agosto de 2023)

<sup>296</sup> LOPES, Hugo, MATEUS, Céu y HERNÁNDEZ-QUEVEDO, Cristina, Ten Years after the Creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: Achievements and Challenges, *Health Policy*, 122(3), 2018, pp.210–216.

comunidad, independientemente de su edad o menor grado de autonomía, dependencia de la persona mayor y del hecho de que viva en su domicilio o en una institución<sup>297</sup>.

## España

Mientras algunos países antes analizados llevan décadas librando la dura batalla de la desinstitucionalización, dando grandes avances sobre todo en torno a las instituciones psiquiátricas y de personas mayores, en los años 70 España se encontraba en la época dorada de la construcción de centros residenciales de gran capacidad (más de 500 plazas en algún caso) inicialmente para personas mayores que se valían por sí mismas, pero que tenían carencias socioeconómicas, pero luego se extendió a personas en situación de dependencia, ofreciendo ayuda de carácter complementario, cuando no paliativo a las grandes carencias que se observaban en los entornos domésticos y familiares<sup>298</sup>. Actualmente, el modelo imperante es el residencial, caracterizándose en términos generales por una cultura tipo institución total de corte restrictivo, pero a su vez coexiste con fórmulas alternativas de viviendas con servicios y cuidados desde una lógica comunitaria (por ejemplo, proyectos de *cohousing*), como veremos en el siguiente apartado. Así, España no ha implementado hasta el momento un proceso de desinstitucionalización, pero existen algunos elementos que en un marco más estructurado tienen el potencial de aportar en un proyecto de transición a modelos de cuidados de base comunitaria.

### Claves y aprendizajes:

En España se introdujo el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a través de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, para la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, (LAPAD), con el objetivo de promover la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. Este sistema está compuesto por un catálogo de prestaciones y servicios como: prestaciones económicas vinculadas a los servicios y prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. Asimismo, contempla prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar, así como un catálogo de servicios a personas mayores dependientes para la promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado, entre los que se encuentran los servicios de teleasistencia; ayuda a domicilio; centros de día; programas para la prevención de la dependencia y atención residencial.

A pesar de la iniciativa de un sistema que apunta a la prestación de servicios que promueven la autonomía personal, la vida independiente y en entornos comunitarios, en sus años de funcionamiento los resultados de su gestión no son del todo promisorios, toda vez que presenta graves problemas de agilidad, provocando el *limbo de la dependencia*, esto es, una masa de personas usuarias esperando a ser atendidas por estos servicios. Algunas razones que se aducen son: las rigideces del propio sistema; la participación de

<sup>297</sup> MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL (MTSSS), GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO (GEP), *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2021*, disponible en <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2021.pdf/12f65226-8c2a-42ef-b8b3-dad731ecccaf> (última consulta 3 de noviembre de 2023)

<sup>298</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.



muchos actores mal coordinados; la insuficiencia de recursos humanos y materiales, ya que hay una limitada e insuficiente oferta de servicios. En el caso de las personas mayores, muchas de ellas fallecen sin recibir la prestación o el servicio que se les ha reconocido. De acuerdo con una evaluación sobre el SAAD desarrollado en el marco del Plan de Choque de Dependencia en 2021<sup>299</sup>, se pudo evidenciar la ineficiente prestación de los servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia. Se evidenció que estos no se ajustan suficientemente a las necesidades de las personas en situación de dependencia, ya sea por la escasa intensidad de la mayoría de las prestaciones, como a sus carencias en términos de calidad, además de la propia limitación del catálogo de prestaciones y servicios.

En materia de evaluación, regulación e inspección de servicios sociales, en España -a diferencia de algunas experiencias internacionales- no cuenta con un organismo independiente que pueda verificar la eficiencia de la prestación de los servicios sociales y hasta qué medida están ajustándose a las necesidades de las personas mayores. Además, España se caracteriza por tener modelos orientados a la regulación “ex ante”, esto es, el modelo se enfoca en detallar exhaustivamente los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los servicios y centros, prestando poca atención a los indicadores de resultados relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias, mientras que en los países donde se han adelantado procesos de desinstitucionalización los modelos son de evaluación “ex post” de los procesos de atención y, especialmente, de sus resultados que ponen el foco en la atención prestada una vez que están en funcionamiento, sobre todo en resultados vinculados a la salud, bienestar y derechos de las personas que reciben cuidados. Además, la vigilancia e inspección de los servicios sociales suele ser combinada con la evaluación interna de los centros residenciales<sup>300</sup>.

En cuanto a la construcción de nuevas estructuras de alojamiento de personas mayores con necesidades de apoyo y cuidados veremos en el siguiente apartado algunas de las alternativas a las estructuras residenciales que se encuentran aún en funcionamiento en España y que suelen acaparar hasta el momento la mayor cantidad de personas mayores.

---

<sup>299</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel et al., *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Op. cit.

<sup>300</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

## Capítulo Tercero: Alternativas de vida

### 1.- Identificación y mapeo de alternativas de vida elegida en comunidad y alternativas de cuidado familiar existentes en España y en otros países.

#### 1.1.- Internacional

En Suecia<sup>301</sup> se ha implementado el modelo de vivienda con cuidados integrados en unidades de convivencia, esto es, espacios privados de uso individual agrupados en unidades de convivencia de capacidad reducida (entre 6 y 12 personas) en torno a un espacio común (cocina, salón). Estas suelen estar amobladas y decoradas de acuerdo con los gustos y preferencias de las personas usuarias, promoviendo su autonomía e identidad cultural. Los conceptos de alquiler y comida son sufragados por ellas mismas, y en caso de contar con bajos ingresos estos son sufragados por la administración local. Un ejemplo es el de las viviendas para colectivo LGTBIQ+ que se puso en marcha en Estocolmo - emulando el modelo de Rainbow House- y que consta de 28 apartamentos donde viven 34 personas.

De manera coincidente, en Bélgica<sup>302</sup> se ha promovido el proyecto Maison Biloba habitada por familias de inmigrantes con falta de experiencia en el cuidado dada la separación de sus grupos familiares al momento de migrar, por lo que no han visto envejecer a sus parientes que permanecieron en el lugar de origen y, en consecuencia, no saben cómo cuidar de las personas mayores desde la perspectiva del “buen envejecer”. Esta iniciativa consta de 15 unidades de vivienda para personas mayores (8 adaptadas para aquellas que tienen problemas de movilidad) y espacios comunes en los que se puede socializar con los demás inquilinos/as. Además, los espacios privados y de uso individual también se encuentran personalizados conforme a sus preferencias.

En Países Bajos<sup>303</sup> el proceso de transición a modelos de cuidados de base comunitaria se ha caracterizado por la transformación de las clásicas residencias en conjuntos de unidades de convivencia en las que los servicios de cuidado, sociales y sanitarios se ofrecen de manera independiente, pero integrados a dichas unidades cuando la necesidad de apoyo es muy elevada, o a través de servicios externos que se proveen en función de necesidades de las personas usuarias. Bajo este modelo se destacan las siguientes iniciativas:

---

<sup>301</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit.; PETERSON, Elin y BRODIN, Helene; “Choice, needs or equality? Discursive struggles about defining home care for older people in Sweden”, *Ageing & Society*, nº42, 2022, pp.2433-2453.

<sup>302</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit.

<sup>303</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit.

Proyectos/Iniciativas	Características
Humanitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Proyecto de 3.000 viviendas en todo el territorio.</li> <li>-Mayoritariamente habitado por personas mayores con demencia o Parkinson.</li> <li>-De carácter intergeneracional a través del voluntariado de jóvenes estudiantes.</li> <li>-Con instalaciones comerciales que posibilitan la integración social.</li> <li>-Con una cultura del sí, en contraposición a la cultura institucional restrictiva.</li> </ul>
Hogeweyk – Demencia village	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Referente mundial de modelo de cuidados en personas con demencia.</li> <li>-Emulación de pueblo con calles, plazas, comercios diseñados con accesibilidad universal.</li> <li>-Se reproduce la vida cotidiana de cualquier hogar.</li> <li>-Compuesta por casas independientes habitadas por 6 o 7 personas.</li> <li>-Acompañadas por equipos estables de profesionales.</li> </ul>
Proyectos arquitectónicos Rokade y de Plussenburgh	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Caracterizados por su diseño que busca asociar vejez con modernidad e innovación.</li> <li>-Diseñadas bajo la idea de “viviendas para toda la vida”.</li> <li>-Compuesta de apartamentos habitados por personas de más de 50 años.</li> <li>-Cuentan con centros de día y un conjunto de unidades de convivencia para personas con grado muy elevado de dependencia y complejidad en sus cuidados.</li> <li>-También las necesidades de las personas inquilinas son atendidas desde los servicios domiciliarios.</li> <li>-Constan de áreas comunes -bien iluminadas- que estimulan la socialización, la colaboración y ayuda mutua.</li> </ul>
Villa Visserhaven <sup>304</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entorno de viviendas con capacidad de 48 personas con demencia, organizadas en 8 casas (con espacio privado y áreas comunes)</li> <li>-Cuenta con atención profesional 24 horas y de equipo interdisciplinar que apoya el cuidado personalizado.</li> <li>-Emula un barrio común con calles, servicios, establecimientos comerciales, promoviendo la vida de la forma más normal posible.</li> <li>-Promueven la libre circulación dentro de la villa no sólo por la accesibilidad de las zonas comunes, sino también gracias al uso de tecnología como GPS y Buurt Alert, que permite a los vecinos apoyar las salidas y retornos seguros de las personas usuarias a la villa.</li> </ul>

<sup>304</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

Desde el 2010 han surgido más de 80 proyectos de vivienda intergeneracional en Suiza<sup>305</sup>, con un total de 4.500 viviendas en las zonas urbanas y rurales. Se resalta en particular el proyecto (“Implementación de vivienda intergeneracional – promoción del modelo de vivienda con la participación de actores y profesionales clave” (“Umsetzung von Generationenwohnen – Förderung des Wohnmodells unter Einbezug von Schlüsselakteuren und Praktiker: innen”) con vigencia de 2022 a 2025 y que busca crear vínculos y permitir el intercambio de experiencias, poner en común habilidades y realizar labores de sensibilización y relaciones públicas. Este modelo de vivienda ofrece entornos ideales para el desarrollo de modelos de cuidados de base comunitaria, toda vez que -de acuerdo con la carta de la red de vivienda intergeneracional- fomentan las relaciones intergeneracionales, a través del fortalecimiento de lazos vecinales; proporcionan viviendas para todas las etapas de la vida, dada su adaptabilidad a las necesidades de personas de diferentes edades y de formas diferentes de convivencia; se garantiza el acceso a la mayor cantidad de personas posibles, incluyendo personas con recursos económicos limitados y personas con discapacidad; promueven los encuentros en la vida diaria gracias a los espacios con diseño de accesibilidad universal, sin barreras y versátiles, y la integración social por la interconexión de los espacios. Finalmente, vale destacar que esta iniciativa promueve la cooperación, toda vez que los y las contratistas de servicios públicos aparecerían como socios/as de organizaciones que participan en la implementación de proyectos de vivienda intergeneracional, trabajando en estrecha colaboración con municipios, propietarios/as de proyectos y barrios.

Por su parte, Reino Unido<sup>306</sup> ha afrontado la problemática de la vivienda y su adaptación a las necesidades de grupos diferentes de población con la promoción de diseño de hogares accesibles que pueden facilitar la vida de las personas que envejecen desde la sencillez y la austeridad en su coste. Algunas de las iniciativas que podemos destacar son dos: 1. Greenwich Housing, proyecto de 22 viviendas públicas diseñadas para que las personas mayores permanezcan en su domicilio aun cuando necesiten ayuda y productos de apoyo, ya que toda la vivienda es suficientemente amplia y accesible; 2. Viviendas en Blurton, proyecto de 75 viviendas con distinta modalidad de ocupación; alquiler, con o sin apoyo desde el ámbito de la vivienda social y cesión en uso; con amplia de servicios comunes (gimnasio, peluquería, lavandería, etc.) y cuidados 24 horas.

En las últimas décadas Alemania<sup>307</sup> ha desarrollado un gran abanico de opciones basados en el modelo de viviendas de los cuales se destaca los pisos compartidos de carácter colaborativo (Senioren WG) desde los que se promueve la solidaridad entre las personas inquilinas, así como la participación y voluntariado de las familias, que es complementada con la provisión de servicios profesionales del ámbito domiciliario. Los principios rectores de esta iniciativa son la vida independiente, la descentralización y la normalización de la vida cotidiana, apartándose radicalmente de las lógicas del modelo residencial. Algunos pisos siguen el modelo centrado en la persona en el que prima la individualidad y los procesos de normalización que integra las actividades de los mayores y de sus familiares en el paquete total de servicios; mientras que otros siguen el modelo hotelero, priorizando los procesos y su eficiencia. Usualmente estos pisos son creados por

<sup>305</sup> Los diferentes servicios y estrategias (Demencia o Cuidados Paliativos) pueden encontrarse en la Oficina Federal de Salud Pública <https://www.bag.admin.ch/bag/en/home.html> (última consulta 7 de julio de 2023)

<sup>306</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit., p.206.

<sup>307</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit., p.214.

asociaciones sin ánimo de lucro, pero la provisión de los servicios es de carácter privado, dada la complejidad de los cuidados requeridos y el descenso de las fuentes informales de apoyo.

En el marco de la Estrategia de Protección de la Persona Mayor creada por la Resolución del Consejo de Ministros nº63/2015, atendiendo al envejecimiento de la población portuguesa y partiendo de la precariedad de la atención a las personas mayores surgen en Portugal proyectos de vivienda colaborativa que ofrecen alternativas a la institucionalización. Un ejemplo de estos es el Hac.Ora Portugal Senior Cohousing Association cuyo objetivo principal es promover y apoyar la creación de este tipo de comunidades. Entre otros proyectos venideros se encuentra la construcción de 30 viviendas gestionados por la Santa Casa de la Misericordia de Oporto. Estas y otras iniciativas demuestran el compromiso del gobierno nacional que, entre otras cosas, en 2022 a través del Ministerio del Trabajo, Solidaridad y Seguridad Social estableció como prioridad el impulsar una agenda dedicada a la longevidad y la participación activa y la creación de un mecanismo de reforma parcial y la promoción de la autonomía y no institucionalización de las personas mayores y con discapacidad. Dentro del Programa de Ampliación de la Red de Equipamiento Social (PARES) entre cuyas medidas dedicadas a las personas mayores se señala como una respuesta adecuada la creación de viviendas colectivas, de uso temporal o permanente, cuya finalidad sea: brindar servicios permanentes y adecuados a los problemas biopsicosociales de la persona mayor; contribuir a la estimulación de un proceso de envejecimiento activo; crear condiciones que permitan preservar y fomentar las relaciones intrafamiliares y mejorar la integración social.

Todas las experiencias antes analizadas han desarrollado proyectos alternativos a la institucionalización basados en el modelo de vivienda. Sin embargo, existen otras alternativas que, si bien no se centran específicamente en modelos de vivienda, sí proponen gestiones eficientes de los servicios sociales, sanitarios y de cuidados, como es el caso del sistema de salud y atención social de Noruega<sup>308</sup>, caracterizado por la provisión de una amplia gama de servicios de prevención, atención primaria, manejo de enfermedades crónicas, atención geriátrica y atención a largo plazo con alto grado de calidad y extensión a las personas mayores, con base en sus necesidades y contexto social. El sistema de salud noruego es de carácter descentralizado, de manera que mientras el Ministerio de Salud y Servicios de Atención se encarga de la formulación e implementación de la política nacional de salud, la provisión de la atención social y sanitaria está a cargo de los municipios. Esta atención está clasificada entre atención domiciliaria y residencial. La primera es recibida por las personas mayores en sus hogares o viviendas especialmente adaptadas a sus necesidades.

La provisión de uno u otro tipo de atención varía de acuerdo con la valoración y solicitud de las personas mayores y familiares. Así, las personas de 80 años en adelante reciben de manera obligatoria una visita domiciliaria preventiva para indagar y valorar si estas requieren cuidados especiales. De ser así, se comunica al siguiente nivel, esto es, el sistema de atención domiciliaria enfocado en personas mayores que requieren una ayuda mínima con las actividades de la vida diaria como el cuidado personal. En caso de

308 MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS DE ATENCIÓN  
<https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/id917/> (última consulta 12 de julio de 2023)  
 SERVICIOS SANITARIOS Y ASISTENCIALES MUNICIPALES  
<https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/municipal-health-and-care-services-/id10903/>  
 (última consulta 12 de julio de 2023)



necesitar mayor atención, estas son atendidas en centros de días, para los cuales la municipalidad provee transporte gratuito entre los hogares y los centros. En los casos en que las personas mayores presentan un deterioro de salud importante como la demencia estas son asignadas a apartamentos residenciales especialmente adaptados para sus necesidades y nivel de dependencia. Finalmente, si la persona definitivamente ha requerido atención hospitalaria, se encuentra a disposición los hospitales comunitarios que fungen como punto de evaluación donde se determina si la persona mayor puede volver a su casa o si necesita ser trasladada a un hogar de personas mayores y se evalúa el grado de atención que necesita la persona mayor. En los casos en que las personas mayores no requieren servicio hospitalario, pero tampoco pueden ser atendidas en sus hogares de manera adecuada y segura, se procede a la asignación de una plaza en centros residenciales que proporcionan vivienda, atención médica y del hogar para personas mayores frágiles, incluso hasta el final de sus vidas.

En esa misma línea, vale destacar por último algunas iniciativas llevadas a cabo en Francia<sup>309</sup>, como el modelo de cuidado basado en una ley de protección a la situación de dependencia (APA, por sus siglas en francés) dirigido a personas mayores de 60 años. A diferencia del modelo español, este se enfoca únicamente en prestaciones económicas, dando una mayor libertad de elección desde las preferencias individuales en aspectos como la vivienda. Además, la ley de Adaptación de la Sociedad al Envejecimiento del 2015 propone una diversidad de alternativas de alojamiento para personas mayores que van desde entornos comunitarios como las unidades de convivencia o las casas de acogimiento rural; centros residenciales como las residencias sociales, residencias seniors con servicios y hábitats solidarios; hasta alojamientos compartidos, como algunas de las modalidades antes expuestas (*cohousing*, vivienda intergeneracional). En casi todas las alternativas se pueden obtener servicios de topo tipo a través de la atención domiciliaria. Un ejemplo de estas alternativas es la *Maison de accueil rural pour personnes âgées (MARPA)* o casa de acogimiento rural que sigue la modalidad de unidad de convivencia, con espacios privados en torno a un espacio común donde se realiza la vida social y cotidiana. Esta modalidad está respaldada por una Carta que expresa los principios rectores de las viviendas, así como los derechos de las inquilinas y que funge como marco ético- conceptual de la vida en estas unidades.

## 1.2.- España

### 1.2.1.- Castilla y León

De los proyectos más destacables se identifica el programa “**A gusto en mi casa**”<sup>310</sup>, desarrollado por la Junta de Castilla y León entre 2017 y 2020 de forma piloto y con población rural en el marco de la Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo 2017-2021. Se llevó a cabo durante 30 meses y con la participación de 100 personas, con el fin de explorar las acciones de soporte que deben implementar los sistemas de protección de la red de responsabilidad pública para que las personas mayores con dependencia, discapacidad o

<sup>309</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional”, Op. cit., pp. 210-212.

<sup>310</sup> JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html> (última consulta 25 de abril de 2023)

enfermedad crónica, que residan en el medio rural, reciban los apoyos necesarios para que puedan permanecer en su domicilio, desarrollando sus actividades cotidianas, de participación social, cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades que cada persona desee. Este proyecto ofrece un modelo centrado en la calidad de vida de las personas usuarias; la atención centrada en la persona que prima el reconocimiento de la individualidad y singularidad de cada situación; el proyecto de vida, teniendo en cuenta la proyección vital e individual de cada persona sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social, y el plan de apoyos sociales y de cuidados sanitarios que este requiere; y el grado de vulnerabilidad, ya sea por discapacidad o situación de dependencia<sup>311</sup>.

El proyecto siguió las siguientes etapas: 1. Se incorpora a la persona usuaria a través de un Acuerdo de Adhesión; 2. Valoración Inicial que incluye valoración social, salud, hogar, entorno, necesidades de apoyo, formación profesional y propuesta de financiación; 3. El gestor del caso social presenta la propuesta de adaptación del hogar y del plan provisional de apoyos de acuerdo con las necesidades de la persona que reciben los apoyos; 4. Se presenta el plan provisional de apoyos; 5. Se elabora el proyecto de vida que incluye deseos, preferencias y apoyos que requiere la persona cuidada, así como un plan de apoyos sociales y planes de cuidados sanitarios; 6. Se revisa el proyecto de vida y los planes de apoyo; revisión que debe hacerse cada 6 meses o cuando se perciba algún cambio o la persona lo solicite.

Los servicios que ofrece el programa a las personas que participan en él consisten en: a) servicios de proximidad (tareas personales, tareas de acompañamiento, tareas del hogar, apoyo para la participación social, tareas de coordinación y apoyo en la toma de decisiones); b) apoyo a las familias (acciones formativas, grupos de autoayuda, períodos de descanso, etc.); c) Centros de Día y Centros Multiservicios; d) ayudas económicas o subvenciones; e) productos de apoyo como sistemas de seguridad en el domicilio; f) servicios sanitarios, por ejemplo, de enfermería; teleasistencia, teleasistencia avanzada y gestión de voluntariado a través de la Cruz Roja.

Teniendo como modelo este proyecto, la Junta de Castilla y León ha estructurado su intervención a través de la llamada “Atención en red”. Este modelo se asienta en otros tres proyectos, a saber: ‘A gusto en casa’, que comparte los mismos objetivos que el proyecto “A gusto en mi casa”, así como la coincidencia en el catálogo de servicios que ofrece; ‘Viviendas en Red’<sup>312</sup>, destinado a personas mayores y personas con discapacidad y cuyo objetivo principal es el ofrecer viviendas con alquiler simbólico a personas originarias o con apego a la zona rural de intervención que no dispongan de vivienda en el municipio, o bien, que la tengan pero presenten dificultades de accesibilidad o que carezcan de vivienda. Su impacto se extiende a familias y personas cuidadoras y a toda la comunidad; y el Modelo de Atención Residencial, todos con el elemento común de realizarse bajo el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP).

De acuerdo con en el anteproyecto de Ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León el Modelo de Atención Residencial se aplicaría en los casos en que las personas ya no puedan ser atendidas en su hogar. Este, a diferencia del modelo clásico, sigue el modelo de vivienda analizado en

<sup>311</sup> JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html> (última consulta 25 de abril de 2023)

<sup>312</sup> JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/viviendas.html> (última consulta 23 de enero de 2023)

las experiencias internacionales, esto es, estructuras compuestas de un espacio privado (habitaciones) conectado a unidades de convivencia de tamaño y ambiente de hogar familiar con zonas comunes (cocina, comer, sala de estar) que garantice la atención individualizada basado en el modelo ACP y contribuya a la integración social de las personas. Además, se espera que estos centros se constituyan en centros multiservicios, es decir una plataforma de servicios para las personas en su propio domicilio, tanto dentro como fuera del edificio donde se enclave el centro residencial.

Otros proyectos para considerar son el “RuralCare”, proyecto innovador enfocado en la provisión de cuidados integrados de larga duración, adaptados a las personas que viven en zonas rurales, en función de sus valores, deseos y preferencias individuales; y el proyecto INTEcum, desarrollado en el área de Palencia con la colaboración de entidades públicas del nivel provincial y organizaciones del tercer sector, que ofrece a las personas con una enfermedad en fase avanzada o terminal los apoyos que necesite para que pueda seguir viviendo en el hogar. Estos apoyos se ajustan al proyecto de vida de cada persona e integra los cuidados sanitarios y los cuidados sociales. Con este proyecto se pretende: facilitar a la persona dirigir su propio proyecto de vida con los apoyos que necesite para permanecer en el domicilio en la etapa final de la vida; prestar una atención integrada a la persona cuidadora, con descanso, apoyo en el cuidado y acompañamiento en el duelo; promover el desarrollo de la cohesión social para promover entornos protectores y acogedores con la persona afectada y sus familias que las acompañen y den un soporte positivo en esta etapa de la vida; y en términos generales, dar una respuesta integrada desde los servicios sociales y sanitarios.

Algunos de los servicios que se ofrecen son: la adaptación del hogar; la teleasistencia avanzada; cuidados de proximidad como asistencia personal en adecuada intensidad y cobertura; asistencia domicilio programada y de urgencia; voluntariado; y gestión del duelo. De acuerdo con el Informe final del proceso de seguimiento y evaluación del proyecto INTEcum<sup>313</sup>, la plantilla de profesionales ha valorado positivamente el proyecto, sobre todo en el apoyo prestado a la unidad familiar para la adaptación a la enfermedad y el duelo y el impacto del proyecto en las familias. Sin embargo, en el caso de la coordinación de los servicios sociales básicos estos se muestran más escépticos.

### 1.2.2.- Cataluña y Navarra

En esta comunidad autónoma se destaca el proyecto “Vivir mejor en casa”<sup>314</sup> dirigido entre la SEGG y CEOMA y desarrollado en Navarra con la participación de dos residencias públicas de la Comunidad Foral, El Vergel y Santo Domingo; y en Cataluña en las provincias de Barcelona y Tarragona, con la participación de los ayuntamientos de Reus y Manera. Cuenta, además, con el apoyo de la Agencia de Integración Social y Sanitaria (AISS), dado que se trata de una iniciativa que va en la línea de la atención integrada sanitaria y social, y centrada en la persona.

Este proyecto cuenta con dos componentes de actuación:

<sup>313</sup> PRIETO, Juan María, DE LA ROSA, Pablo (cords.), *Informe final del proceso de seguimiento y evaluación del proyecto INTEcum*, Universidad de Valladolid, 2021 (última consulta 1 de noviembre de 2023)

<sup>314</sup> SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, *Vivir mejor en casa. Segundo Informe de seguimiento Periodo: 13 de julio de 2022 a 31 de diciembre de 2022*, disponible en <https://www.segg.es/actualidad-segg/vivir-mejor-en-casa> (última consulta 2 de noviembre de 2023)

a) preventivo (Cataluña), que busca mejorar la atención a domicilio a personas en situación de dependencia y dar mayor soporte a las personas cuidadoras no profesionales para retardar o evitar el ingreso de las personas en un entorno institucional, basándose principalmente en una formación de las personas cuidadoras no profesionales y con un modelo de trabajo en equipo cuidador profesional/cuidador no profesional. La intervención se articularía se articularía alrededor de diferentes ejes: 1. Formación de personas cuidadoras familiares; 2. Incremento en la intensidad de atención; 3. Promoción (de la participación social) a través de programas de redes vecinales y prevención de la soledad no deseada y fragilidad emocional; 4. Equipo cuidador/a profesional/cuidador/a familiar con autonomía y libertad horaria; 5. Ayudas técnicas y adaptación del hogar dinámico; 6. Herramientas de soporte tecnológico a los cuidados y la pluripatología (Adaptación a déficits sensoriales, Pautas para mejorar autonomía física, dieta, medicación higiene, Mecanismos de alarma).

b) “desinstitucionalizador” (Navarra), que busca identificar las personas mayores que viven en residencia, pero que quieran continuar su vida en comunidad, para lo cual se provee un plan de apoyos adecuado, pactado y seguro. En este caso se trata de mejorar la autonomía de las personas, a pesar de que puedan tener un elevado grado de dependencia. Lo innovador de este modelo reside en: el componente preventivo, en la formación de la persona cuidadora no profesional en los problemas más frecuentes que afectan a las personas mayores con dependencia; el trabajo en equipo entre aquellas y personas cuidadoras profesionales con mayor flexibilidad de horarios de atención, y un intercambio de conocimiento de los problemas de las personas atendidas; implicación de las autoridades locales en el proyecto; medida de sobrecarga de la persona cuidadora no profesional y de la utilización de recursos sanitarios y sociales; en el componente desinstitucionalizador, una elevada integración de servicios sanitarios y sociales; elevada implicación de los ayuntamientos para las adaptaciones de las Vivienda; implicación de redes vecinales y de voluntariado; valoración de la calidad de vida de las personas antes y después de la desinstitucionalización; valoración de la utilización de recursos sanitarios y sociales realizados antes y después del proceso de tránsito a la comunidad.

Se debe dar especial reconocimiento a la formación impartida a las personas cuidadoras a través de cursos impartidos por profesionales especializados en la materia ofreciendo conocimientos, técnicas y habilidades para acompañar y cuidar a las personas en situación de dependencia. Dicha formación se estructura en cursos que tienen como objetivo: capacitar a las personas cuidadoras en competencias para el autocuidado y el cuidado y apoyos a personas mayores en situación de dependencia; proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes que empoderen a la persona cuidadora para afrontar y abordar el reto de cuidar; formar a las personas cuidadoras desde el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona; e impulsar el reconocimiento social de las personas cuidadoras, favoreciendo la creación de entornos comunitarios y vinculación con redes sociales de apoyo.

Aunado a ello se ha creado protocolos de valoración integral e intensiva tanto en el componente preventivo, dirigido a las personas en situación de dependencia y sus personas cuidadoras familiares en el ámbito comunitario, como en el componente desinstitucionalizador dirigido a las personas mayores residentes, para determinar su situación funcional, física, cognitiva y social, además de la situación previa al ingreso y las voluntad para el retorno a la vida familiar y comunitaria las potencialidades y necesidades de apoyo y recursos imprescindibles para un tránsito seguro.

### 1.2.3.- País Vasco y Asturias

Se destaca el proyecto “Como en Casa” cuyo objetivo principal es iniciar un proceso de transformación de los centros residenciales hacia la ACP, creando entornos centrados en lo que para las personas mayores es significativo y constitutivo de bienestar. Este proyecto es promovido por la Fundación Matia y Matia Instituto en el marco de la Estrategia vasca con las personas mayores 2021-2024, la cual propone una política de cuidados sociales y de transición a un nuevo modelo de cuidados de larga duración que busca: a) Fomentar una cultura social de los cuidados a lo largo de la vida y la corresponsabilidad entre hombres y mujeres; b) Reforzar la atención en el domicilio y el entorno comunitario de proximidad; c) Promover un nuevo modelo de cuidados de larga duración en residencias; d) Promover la transición a un nuevo modelo de cuidados de larga duración en residencias<sup>315</sup>.

Desde esta estrategia se reconoce que “Los cambios en las estructuras familiares, los deseos de las personas y los nuevos enfoques de atención reclaman una transformación de las políticas de cuidados hacia la personalización, los cuidados de proximidad y en comunidad y desde la atención centrada en la persona” por lo que se “avanza hacia un modelo ecosistémico, territorializado, de base comunitaria, en el que los protagonistas de este proceso –personas usuarias, familias cuidadoras y profesionales– tengan la oportunidad de construir mejores respuestas ante necesidades crecientes. Teniendo también como clave el avance hacia la desinstitucionalización, desde la facilitación de los cuidados en el domicilio hasta la transformación de las residencias a entornos más hogareños”<sup>316</sup>.

### 1.2.4.- Andalucía, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura y Principado de Asturias

Se hace especial reconocimiento al proyecto “Comunidades de Cuidados”, experiencias de *cohousing* y otras redes vecinales de apoyo<sup>317</sup>, promovido por Asociación Jubilares, con la participación de Andecha y Unión Democrática de Pensionista, el cual se centra fundamentalmente en apoyar a las comunidades de *cohousing* para que adquieran habilidades y competencias que les permitan desarrollar estrategias de cocuidado basadas en una red de apoyo social sólida y estable, basándose en el modelo de ACP. Este proyecto se articula bajo los principios de participación hasta la autogestión; personalización y autodeterminación en el proyecto de vida de la persona; cambio cultural a partir de la implementación de experiencias piloto de alternativas residenciales y cuidados comunitario. El proyecto comprende siete comunidades de vivienda colaborativa en los territorios de Andalucía, Canarias, Castilla y León, Castilla-La

<sup>315</sup> PLATAFORMA VIDAS [https://plataformavidas.gob.es/los-proyectos/?filter=true&project\\_category=mayores](https://plataformavidas.gob.es/los-proyectos/?filter=true&project_category=mayores) (última consulta 25 de julio de 2023).

<sup>316</sup> GOBIERNO VASCO, Estrategia vasca con las personas mayores, 2021, 2024, disponible en [https://bideoak2.euskadi.eus/2023/01/20/news\\_82835/ESTRATEGIA\\_MAYORES\\_cas.pdf](https://bideoak2.euskadi.eus/2023/01/20/news_82835/ESTRATEGIA_MAYORES_cas.pdf) (última consulta 1 de junio de 2023)

<sup>317</sup> COHOUSING Y REDES VECINALES DE APOYO, <https://comunidadesdecuidados.org/> (última consulta 16 de julio de 2023)



Mancha, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Extremadura y Principado de Asturias.

Con este proyecto se pretende demostrar que la participación de las personas protagonistas y la colaboración de otros agentes como las administraciones facilitan la cogestión de servicios del cuidado; que es posible implementar estrategias de cocuidado que permitan abordar situaciones de dependencia y cuidados de larga duración para vivir en el hogar hasta el final en la mayor parte de los casos; y que las propias personas mayores en el medio rural, junto con otros agentes locales, son capaces de diseñar estrategias de cocuidado con base comunitaria, que tengan una influencia positiva en la salud física y emocional de las personas, favoreciendo un mayor sentido de comunidad, la prevención de la institucionalización y la permanencia en el hogar, así como participar activamente en la gestión y gobernanza de la cartera de servicios de apoyos y cuidados.

### 1.2.5.- Canarias, Cataluña y Navarra

Se destaca el proyecto “Reforzando Vínculos: Promoción de la autonomía en entornos comunitarios” (CRECE)<sup>318</sup> promovido por la Cruz Roja cuyo objetivo principal es contribuir a la transformación de los modelos de apoyo y cuidados de larga duración para prevenir la institucionalización y potenciar la desinstitucionalización de las personas en situación de dificultad social (personas mayores, mujeres víctimas de violencia de género, jóvenes que han pasado por un proceso de tutela o se encuentran en situación de dificultad social, personas sin hogar y personas con mala salud psicológica). Para ello, busca trabajar desde una perspectiva comunitaria en colaboración con entidades y administraciones de las localidades, promoviendo actividades que aborden la soledad no deseada, a través de principios como: la re-vinculación a través de la cooperación, a través del fortalecimiento de vínculos de la comunidad para que a través de labores comunitarios (escucha, diálogo, iniciativa local) se dé respuesta a las necesidades de las personas mayores; la innovación como camino a seguir, lo que implica; la sostenibilidad de las actuaciones con personas en el tiempo y con el mínimo costo.

## 2.- Identificación de aspectos que funcionan y que no funcionan en las alternativas de vida elegida en comunidad y alternativas de cuidado familiar existentes en España y en otros países

A partir del análisis que se ha llevado a cabo en el apartado anterior, se procede a identificar aquellos aspectos que se pueden rescatar de cada una de las experiencias de alternativas de vida, tanto a nivel internacional como en territorio español. Pero también, se trata de identificar las falencias en dichas alternativas en aras de evitarlas y así asegurar un proceso de desinstitucionalización exitoso.

<sup>318</sup> CRUZ ROJA, *Reforzando vínculos: Promoción de la autonomía en entornos comunitarios. Segundo informe de seguimiento Periodo: 13 de julio de 2022 a 31 de diciembre de 2022*, disponible en <https://www2.cruzroja.es/reforzandovinculos> (última consulta 4 de noviembre de 2023)

## 2.1.- Internacional

ASPECTOS QUE FUNCIONAN
El modelo de vivienda con cuidados integrados a unidades de convivencia, compuestas por espacios privados y zonas comunes de capacidad reducida que proporcionan un sentido de espacio íntimo a las personas mayores y estimulan el sentido de pertenencia.
La financiación estatal de los servicios provistos a las personas mayores en las unidades de convivencia, así como las subvenciones estatales para el sufragio del alquiler, comida y demás servicios para personas con escasos recursos económicos.
La organización de las unidades de convivencia a través de asociaciones sin ánimo de lucro.
La creación de viviendas intergeneracionales que posibilita la interacción social de personas de diferentes edades, en diferentes etapas de la vida y diversas formas de convivencia.
La participación de las personas mayores en el desarrollo, la evaluación y el ajuste co-creativo de innovaciones en materia de cuidados, accediendo a información veraz sobre sus necesidades y expectativas de cuidado.
La provisión de cuidados, sociales y sanitarios de manera independiente, sea integrados en la unidad de convivencia cuando la necesidad de apoyo es muy elevada, o a través de servicios externos que se proveen en función de necesidades.
El diseño e implementación de entornos hogareños accesibles donde se normaliza la vida cotidiana y es posible la libre circulación de las personas mayores y sus familiares, generando una percepción de bienestar y tranquilidad.
La promoción del voluntariado por parte de personas jóvenes en el acompañamiento diario de las personas mayores.
Los diseños arquitectónicos con alta capacidad de adaptabilidad a las diferentes situaciones sobrevinientes en la vida de las personas mayores
La construcción de establecimientos de comercio y servicios comunes próximos a las áreas en las que se encuentran las unidades de convivencia.
La promoción de la cultura del Sí, en oposición a la cultura institucional restrictiva, común en los centros residenciales.
La personalización de los espacios privados y el mantenimiento de los aspectos idiosincráticos de las personas inquilinas, promoviendo su autonomía e identidad cultural.
La colaboración con proveedores, en su mayoría privados, capaces de atender la complejidad de los cuidados requeridos, generando una mayor profesionalización en la provisión de los mismos.
Fortalecimiento en las prestaciones económicas por parte del Estado, sobre todo, en referencia a la adquisición de vivienda, posibilitando más libertad de elección desde las preferencias individuales.
La creación de Cartas de derechos de inquilinos/as como marcos ético-conceptuales de las modalidades alternativas de alojamiento.

ASPECTOS QUE NO FUNCIONAN
La desigualdad de la provisión de los cuidados sociales y sanitarios en los distintos territorios, al ser desarrolladas por autoridades locales o regionales, pero no nacionales.
Los proyectos de viviendas para grupos específicos pueden generar automarginación o guetización del grupo.
La distinción de asistencia sanitaria y social para el caso de Noruega ha devenido en la tendencia de prestar cada vez más servicios sanitarios y menos asistencia práctica. En consecuencia, el cuidado social se aborda solo de manera implícita en esta distribución del trabajo de cuidado, sin estar salvaguardado por estándares mínimos o de calidad específicos.
Los complejos sistemas de financiación que no son claros ni transparentes para las personas mayores, lo que genera una resistencia a la transición a entornos de vida comunitaria.
En el caso de Noruega, el diseño por fases de la atención social y sanitaria enfrenta a un aumento del coste de la atención, la reducción de la oferta de recursos humanos para el cuidado de las personas mayores, el aumento de las enfermedades relacionadas con la edad debido al aumento de la esperanza de vida y el aumento de la población de mayor edad.
En el caso de Francia, convertir las unidades de convivencia en plataformas de provisión de servicios para la zona ha implicado un equilibrio financiero inestable.

## 2.2.- España

El estado actual de los proyectos, mayoritariamente en desarrollo, hace difícil tener datos suficientemente contrastados para señalar aspectos que se pueden entender como eficaces e ineficaces a la hora de valorar las alternativas de vida y de cuidado familiar. En general los proyectos esperan resultados tras evaluaciones internas y externas o bien a finales de 2023 o a lo largo de 2024. Sin embargo, gracias a los incipientes procesos de evaluación y seguimiento de algunas de las experiencias en territorio español se pueden destacar a continuación algunos elementos que pueden identificarse como indicadores para ir percibiendo líneas aconsejables de actuación a la hora de configurar alternativas de vida en comunidad y formas de cuidado, así como aquellos otros elementos que pueden presentarse como desafíos u obstáculos para lograr este cometido.

ASPECTOS QUE FUNCIONAN
La focalización en la generación y fortalecimiento de capacidades en el personal cuidador no profesional, dotando de las habilidades y conocimientos a la comunidad para identificar y conocer respuestas adecuadas a las dificultades y vulnerabilidades de las personas beneficiarias.
La firma de convenios entre diferentes partes interesadas que asumen un compromiso en beneficio de la prevención de la institucionalización y del tránsito a la desinstitucionalización.
La organización ágil y flexible que permite adecuar las actuaciones a las necesidades cambiantes de las personas prácticamente “a tiempo real”, garantizando al mismo tiempo la calidad y adecuación de las decisiones. Un ejemplo, es la estructura organizativa del proyecto “A gusto en casa”.
La combinación de la provisión de cuidados en domicilio y centros residenciales, ambos aplicados desde el modelo de Atención Centrada en la Persona.
La participación de las personas beneficiarias en el diseño de la prestación de los apoyos sociales y sanitarios de acuerdo con sus necesidades, deseos y preferencias.
La construcción de unidades de convivencia (espacios privados y zonas comunes) con ambiente hogareño que garantiza la atención individualizada y promueve la socialización de las personas inquilinas.
La implementación de proyectos de cuidados integrados de larga duración en el ámbito rural.
La implementación de proyectos dirigidos a prestar apoyos sociales y sanitarios a las personas en etapa terminal y a las personas cuidadoras familiares, atendiendo a la carga del cuidado sobre su salud física y mental.
La aplicación del modelo de trabajo en equipo entre el/la cuidador/a familiar y el/la cuidador/a profesional con mayor flexibilidad de horarios de atención adaptada a las necesidades de la persona cuidada en aras de adaptar el plan de apoyos de forma dinámica y personalizada.
El involucramiento de las autoridades locales en los proyectos para potenciar el componente comunitario.
La garantía de calidad de la atención a partir de la medición de la sobrecarga del/a cuidador/a familiar.
La integración de servicios sanitarios y sociales de atención primaria.
La elevada implicación de los ayuntamientos involucrados para realizar adaptaciones del domicilio de las personas, uso de viviendas adaptadas y otros recursos.
La participación de las redes vecinales y de voluntarios/as en los barrios y municipios.
La valoración de la calidad de vida de las personas antes y después de la desinstitucionalización.
La valoración de la provisión de recursos sanitarios y sociales antes y después del proceso de tránsito a la comunidad.
La utilización de soporte tecnológico para la provisión de cuidados.
Ayudas técnicas y adaptación del hogar de manera dinámica.

ASPECTOS QUE NO FUNCIONAN
La falta de estudios económicos completos y rigurosos de la repercusión y efectos en los presupuestos generales de las comunidades que impulsan los proyectos de alternativas de vida.
La ausencia de análisis de los costes derivados de los nuevos centros de alojamiento o de impacto económico en los años venideros.
La omisión de análisis de impacto económico en el ámbito rural y en el sector privado.
La transferencia de competencia en materia de autorización y regulación a las comunidades autónomas, dificultando las gestiones.
La vaguedad en cuanto a la determinación al contenido de la formación y competencias de los profesionales de los servicios de cuidados sociales y sanitarios.
La disonancia de las expectativas en torno a la financiación del Proyecto, en tanto las personas beneficiarias esperaban no tener que asumir ningún costo.
El sufragio de los copagos por parte de familias con escasos recursos económicos.
La pérdida de ingresos fijos mensuales en concepto de prestación por cuidados en el entorno familiar a los que ya se estaba acostumbrado.
La relación coste/beneficio no es percibida como satisfactoria en comparación con otros servicios similares que pueden obtenerse por menor coste y que se perciben como estables y seguros.
La escasa adecuación entre las necesidades sentidas y la oferta de servicios y apoyos.
La falta de claridad sobre las condiciones de las prestaciones y servicios ofertados por el proyecto (cuantías económicas y compatibilidades), a la continuidad en el tiempo de las prestaciones y servicios ofertados.
La larga espera de las personas beneficiarias en recibir los servicios ya reconocidos desde el momento de la adhesión al proyecto, lo cual genera en ellas una sensación de fatiga por la espera o de desconexión.

### 3.- Análisis de alternativas al uso de restricciones

Las alternativas al uso de restricciones responden a un cambio de paradigma en la forma en que se deben prestar los cuidados que pasa por derribar mitos y conjeturas sobre el uso de restricciones. Algunos estudios señalan que la transición a un cuidado libre de restricciones implica la formación de los equipos profesionales asistenciales y de las familias sobre el uso de restricciones<sup>319</sup>, así como consultas a expertos/as e intervenciones que provean de herramientas, y estrategias alternativas a todas las restricciones. En consecuencia, la mayoría de las intervenciones tendientes a proveer alternativas al uso de restricciones se han enfocado desde la formación del personal asistencial; otras intervenciones han combinado esta estrategia con otros como la formación con asesoría especializada al personal, la elaboración de planes individualizados para cada paciente, cambios en las políticas asistenciales de los centros, o las intervenciones multicomponente, que combinan varias de esas acciones<sup>320</sup>.

En una investigación a finales del siglo pasado se identificó cinco diferentes alternativas, a saber: medioambientales; intervenciones de enfermería; actividades fisiológicas y psicosociales. Las más utilizadas en un rango de prelación fueron: las medioambientales (por ejemplo, adaptaciones y asientos para sillas de ruedas); intervenciones de enfermería (por ejemplo, supervisión y asistencia adicionales); psicosocial (por ejemplo, la orientación de la realidad); fisiológico (por ejemplo, el

<sup>319</sup> MAYHEW, Patricia A., CHRISTY, Kimbera, BERKEBILE, Janis, MILLER, Colleen, y FARRISH, Anita, “Restraint reduction: Research utilization and case study with cognitive impairment”, *Geriatric Nursing*, nº6(20), 1999, pp.305-308.

<sup>320</sup> BRIONES-PERALTA, María Ángeles y RODRIGUEZ-MARTIN Beatriz, Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: una revisión sistemática, Op. cit., p.94.

tratamiento de infección); y, actividades (por ejemplo, participación en actividades estructuradas).

A diferencia de estas posturas, otros estudios encontraron que promover un ambiente libre de restricciones no implicaba alternativas costosas ni tampoco requería personal adicional. Por el contrario, demostraron que con un plan individualizado de cuidado que permitiera una comunicación e interacción entre el personal asistencial, los y las residentes y sus familias, además de la evaluación de equipos multidisciplinares y la rehabilitación para mejorar la independencia funcional de la persona y la educación del personal y las familias, se daban las condiciones para remover las restricciones, como ocurrió, por ejemplo, con las barandillas de las camas<sup>321</sup>.

En una reciente revisión de investigaciones sobre intervenciones para eliminar y reducir restricciones físicas se mencionan cinco enfoques, a saber: a) desvanecimiento de la restricción; b) capacitación del personal; c) evaluación y modificación de condiciones anteriores; d) modificación de los criterios de liberación de la restricción; y e) tratamiento conductual exitoso<sup>322</sup>. Entre ellos el enfoque del *desvanecimiento de la restricción* se ha considerado uno de los más efectivos y más utilizado en las últimas tres décadas en personas con discapacidades del desarrollo, con el fin de manejar comportamientos autolesivos sin tener que recurrir a medidas coercitivas restrictivas y violentas. En este enfoque se eliminan los dispositivos de restricción y protección mecánica. Aunado a ello la formación profesional como plan organizacional para la reducción uniforme de restricciones ha mostrado resultados positivos<sup>323</sup>.

Existe un acuerdo generalizado sobre la necesidad de eliminar el uso de restricciones en personas mayores. Sin embargo, la transición a un modelo libre de restricciones ha sido un proceso difícil, debido entre otras cosas, a la falta de información sobre alternativas al uso de las restricciones. En ese entendido, algunos estudios se han centrado en la búsqueda de alternativas, para las cuales la tecnología ha sido una aliada. Estos trabajos han demostrado que ciertas tecnologías de vigilancia pueden utilizarse en residencias de personas mayores y personas con demencia<sup>324</sup>. Algunas de estas tecnologías son los sensores infrarrojos en camas o sillas que detectan el movimiento y posteriormente envían una alarma al personal de enfermería. Otros ejemplos son los chips sembrados en la ropa de los y las residentes o zapatos que están programados para cerrar o abrir puertas, o el uso del Posicionamiento Global Sistema (GPS) para evaluar la ubicación del/la residente. De acuerdo con un estudio llevado a cabo en residencias de personas mayores en Holanda, los dispositivos de tecnología de vigilancia pueden dar a

<sup>321</sup> COHEN, Camille, NEUFELD, Richard, DUNBAR, Joan, PFLUG, Linda, AND BREUER, Brenda, “Old problem, different approach: Alternatives to physical restraints”, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.22, nº2, 1996, pp.23-29

KOCH, Susan, LYON, Cheryl, “Case study approach to removing physical restraint”, *International Journal of Nursing Practice*, nº3(7), 2001, pp.156-161.

<sup>322</sup> WILLIAMS, Don E., “Reducing and eliminating restraint of people with developmental disabilities and severe behavior disorders: an overview of recent research”, *Research in Developmental Disabilities*, nº6(31), pp-1142-1148.

<sup>323</sup> RAVEESH, Bevinahalli Nanjegowda, GOWDA, Guru S., GOWDA, Mahesh, “Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care”, *Indian Journal of Psychiatry*, nº4(61), 2019, pp.693-697.

<sup>324</sup> BHARUCHA, Ashok J., ANAND, Vivek, FORLIZZI, Jodi, DEW, Mary Amanda, REYNOLDS, Charles F., STEVENS, Scott M., WACTLAR, Howatd D., “Intelligent assistive technology applications to dementia care: current capabilities, limitations, and future challenges”, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, nº2, 2009, pp.88-104.



los y las residentes más libertad de movimiento, al tiempo que se asegura al personal de enfermería que los y las residentes están relativamente seguros/as<sup>325</sup>.

Algunas alternativas al uso de restricciones se han contemplado en el ámbito hospitalario que pueden ser también aplicables en los entornos residenciales en personas mayores con o sin deterioro cognitivo. Por ejemplo, en hospitales psiquiátricos en Finlandia han optado por un enfoque dialógico de persona a persona, con base en el cual se han establecido tres alternativas comunes<sup>326</sup>:

- Intervenciones de enfermería: La sola presencia del personal de enfermería y el establecimiento de conversaciones con los y las pacientes hace que estos se comprometan a reducir la agresión.
- Acuerdos multiprofesionales con pacientes: Se ha evidenciado que los acuerdos que involucran médicos, personal de enfermería y pacientes sobre medicación, dosis, criterios de restricción y aislamiento hacen que el/la paciente participa en el tratamiento y se torne cooperativo/a y menos agresivo/a.
- Uso de la autoridad/poder, ya sea en forma de personal de guardia o en forma de persona con autoridad (enfermero/a superior o médico tratante). Su presencia y una conversación con los pacientes ayudan a controlar la agresión sin necesidad de restricciones.

## 4.- Metodologías, tipologías de servicios y modelos de intervención que han sido más eficaces en las alternativas de vida elegida en comunidad y alternativas de cuidado familiar existentes en España y en otros países

### 4.1.- España

En el Informe de seguimiento y evaluación sobre el Proyecto “A gusto en mi casa”, que se ha citado en el apartado anterior, se aluden a una serie de atenciones que engloban servicios e intervenciones y que se agrupan en los aspectos siguientes, para ofrecer una valoración de los apoyos ofrecidos:

**Suficiencia, adecuación y rapidez de los apoyos y servicios recibidos.** Las personas atendidas bajo el programa AgeMC valoraron diferentes aspectos de las atenciones recibidas (modificaciones arquitectónicas, productos de apoyo o ayudas técnicas, teleasistencia y apoyos personales). Además, han valorado muy positivamente la suficiencia y adecuación de las intervenciones al adaptarse a sus necesidades y circunstancias, y haberseles prestado con agilidad, es decir, había sido razonable el tiempo transcurrido desde que se les habían ofrecido y habían sido aceptadas hasta que se habían prestado de manera efectiva.

<sup>325</sup> BOEKHORST, Selma, DEPLA, Marja F., FRANCKE, Anneke L., TWISK, Jos, ZWIJSEN, Sandra A., HERTOOGH, Cees M., “Quality of life of nursing-home residents with dementia subject to surveillance technology versus physical restraints: an explorative study”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, nº4(28), 2013, pp.356-63.

<sup>326</sup> KONTIO, Raija, VÄLIMÄKI, Maritta, PUTKONEN, Hanna, KUOSMANEN, Lauri, SCOTT, Philomena Anne, JOFFE, Grigori, “Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?”, *Nursing Ethics*, nº17, 2010, pp.65–76.

**Valoración de la atención profesional: gestores/as de caso.** Las dimensiones sobre las que se ha centrado la evaluación son: 1) Disponibilidad-contacto, 2) Trato (amabilidad, cercanía, calidez...), 3) Respeto a la intimidad, 4) Responsabilidad profesional (puntualidad, formalidad...), 5) Competencia profesional, 6) Sentimiento de ser escuchado, 7) Sentimiento de ser respetado en las decisiones tomadas, y 8) Suficiencia de las atenciones, siendo el resultado una valoración positiva o muy positiva de la profesionalidad de las gestoras de caso, pues han sido mujeres. El entorno familiar también se muestra satisfecho, pero demanda más tiempo en el desempeño de ciertas cuestiones puntuales, bien es cierto que la pandemia ha condicionado el trabajo directo y frecuente con las personas usuarias.

**Valoración de la atención profesional: asistentes personales.** La satisfacción con su labor es muy alta, destacando la complicidad que el personal asistente tenía con las personas asistidas, lo que generaba tranquilidad para la familia, y más aún cuando se trataba de “personas de su entorno, es decir, conocidas del pueblo, incluso familiares de la persona cuidada. Eso le reportaba confianza, tranquilidad y flexibilidad frente a la alternativa de abrir las puertas de casa a alguien desconocido”. Destaca la alta valoración de los apoyos prestados. En todo caso, encajar e integrarse en la vida de los participantes no es un proceso fácil.

**Valoración de la atención profesional: personal sanitario.** Evaluación que se hizo considerando la suficiencia de las atenciones sanitarias recibidas, la adecuación de éstas, la disponibilidad (contacto, accesibilidad, etc.) y el trato (amabilidad, cercanía, calidez, etc.) del personal sanitario. El resultado es una valoración positiva a pesar de ser una de las preocupaciones esenciales de las personas mayores. Las familias, sin embargo, entendían que las atenciones habían de considerarse como escasas, bien es cierto que en un marco de COVID-19 y sobrecarga sanitaria. Al hilo de las preguntas en este punto también se ha puesto de relieve por parte de varias personas atendidas la necesidad de incrementar los recursos sanitarios en el medio rural, dada la distancia a la que se encuentran éstos de las localidades más pequeñas, la ausencia de servicios de 24h en el pueblo o cercanías, la escasa frecuencia con la que van los sanitarios a algunas localidades, las dificultades para desplazarse a la capital de provincia, tener que depender de un coche, etc.

**Valoración de la atención profesional: personal de CEAS.** La valoración es muy positiva, destacándose la disponibilidad y la proactividad a la hora de atender una situación y ofrecer los apoyos correspondientes.

**Valoración de la financiación de las atenciones (copago).** Los criterios con los que se abordó la valoración de esta cuestión se centran en el grado de información inicial que se les había proporcionado y sobre la cuantía, posibles dificultades para cubrir dichos gastos y, finalmente, adecuación de la relación calidad /precio de los recursos utilizados. En general, se consideraba que la información había sido adecuada, pero se indicaba también, de forma minoritaria, que “algunos aspectos de la cofinanciación no quedaron muy claros y/o no alcanzaban a comprender el procedimiento administrativo empleado, que les parecía excesivamente burocrático y complejo de entender y de seguir”. Por lo que se refiere a la cuantía, “más de la mitad (55,1%) de las personas cuidadas considera que las cuantías del copago a que tenían que hacer frente eran adecuadas, si bien algo más de una tercera parte de los y las entrevistados/as (34,8%) las consideran altas o muy altas. Solo han valorado como bajo o muy bajo el desembolso que había que realizar el 10,2% de los y las usuarios/as”. Las dificultades grandes o muy grandes para el pago afectarían casi al 40% de las personas que han requerido los servicios. Dadas estas limitaciones se

sugiere que se habiliten formas fraccionadas de pago o distanciarlo en el tiempo para facilitar su asunción. La relación calidad/precio se considera ajustada casi por el 70% de los y las usuarios/as, si bien hay un porcentaje de aproximadamente el 20% que considera que el precio pagado por lo recibido era caro o muy caro.

**Valoración de los Proyectos de Vida.** Si bien el Proyecto de Vida, es un instrumento clave para conocer la proyección vital e individual de cada persona sobre las diferentes dimensiones que forman parte de su desarrollo personal y social y posibilita fundamentar los apoyos que por parte de los gestores de caso se promuevan, sin embargo, las personas participantes no tenían conciencia clara de qué es ese proyecto, aunque si son conscientes de haber respondido a una serie de preguntas sobre esas cuestiones.

La satisfacción general sobre la participación en el programa de “A gusto en mi casa”, es muy positiva en el 81,4% de las personas entrevistadas, pero es importante atender aquellas cuestiones que dejan otras personas participantes ya que dan la pauta para futuras actuaciones: “discrepancias entre lo esperado y lo observado o conseguido, relacionadas con la cantidad de productos y/o servicios que se les había ofrecido, con sus costes, con la información disponible o los tiempos de espera”. Siendo los aspectos mejor valorados:

- La atención a las personas que están en el proyecto
- La competencia (¿la competencia como habilidades o cómo formación? Esto se debe aclarar) y el trato humano de los equipos profesionales

- El apoyo y el desahogo de las familias
- El empleo que se ha generado
- La accesibilidad económica de los servicios y apoyos

Mientras que se valora negativamente:

- El coste de los servicios y apoyos y el sistema de copago
- La cantidad y/o calidad de algunos apoyos o servicios recibidos

El impacto del proyecto en el entorno proyecta una mejora de las condiciones materiales de vida de las personas cuidadas. Las reformas en la habitabilidad de la vivienda, en la limpieza, comidas, aseo personal, acompañamiento, etc. Han favorecido la salud, el ánimo, la autonomía y el empoderamiento de muchas personas atendidas. Por otro lado, se destacan los efectos de alivio de las personas cuidadoras familiares, es decir, el respiro familiar.

Entre las propuestas de mejora que se señalan por las personas entrevistadas se mencionan las siguientes:

- Mejora de las condiciones económicas (cuantías del copago).
- Cambios en el modo de cofinanciar (primero adelantar y después cobrar)
- Unos trámites administrativos más simples y claros
- Más intensidad en la provisión de algunos apoyos y un catálogo más amplio de ayudas
- Más seguimiento de los casos y mayor supervisión de los apoyos
- Ampliación del proyecto en el tiempo y ampliación de la cobertura a más personas.

## 4.2.- Metodologías, tipologías de servicios y modelos de intervención han sido más eficaces en las alternativas de vida elegida en comunidad y alternativas de cuidado familiar a nivel internacional: el cohousing

La diversidad de necesidades y preferencias de las personas mayores, así como la diversidad socio cultural de cada país hace que podamos encontrar formas muy variadas de alternativas de vida y cuidado. Las alternativas a las necesidades de alojamiento para las personas mayores son amplias y diversas igual que su necesidades, deseos y preferencias y continúan creciendo al ritmo de las demandas de este colectivo. Sin embargo, la tendencia común de todas las respuestas alternativas puede describirse dentro del llamado paradigma vivienda, “término que incluye una amplísima variedad de alojamientos que comparten objetivos comunes: promover la independencia, reducir el aislamiento social, promover una alternativa a los modelos institucionales, ofrecer a los residentes un hogar para toda la vida y mejorar su calidad de vida”<sup>327</sup>.

El término cohousing (que une collaborative y housing) fue acuñado a finales de los años 80<sup>328</sup> para designar el modelo residencial de viviendas colaborativas, un tipo de comunidades autopromovidas y autogestionadas por sus propios residentes. Nacieron simultáneamente en Dinamarca y Países Bajos a principios de los años 1970, y se han ido extendiendo por el mundo en los últimos años<sup>329</sup>, incluyendo algunas experiencias en España. Arquitectónicamente no distarían mucho del modelo de “apartamentos con servicios” (senior resorts): viviendas de uso privativo en torno a unas zonas comunes donde se desarrollan actividades comunitarias. Pero la diferencia con respecto a estos modelos residenciales “no está en absoluto en lo arquitectónico sino en lo social: la participación, la autogestión, y el diseño intencional previo llevan a un gran equilibrio entre vida privada y comunitaria”<sup>330</sup>.

El cohousing responde y encaja en modelos de envejecimiento con éxito como el centrado en los conceptos de selección, optimización y compensación<sup>331</sup>. Según este modelo, “la persona elige, de entre las posibilidades que se le ofrecen, la que considera más apropiada (...), para posteriormente profundizar en ella de forma lo más eficiente posible. Finalmente busca la ayuda o apoyo en aquellos déficits competenciales que requeriría de cara a lograr los objetivos previamente elegidos”<sup>332</sup>.

<sup>327</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

<sup>328</sup> MCCAMANT, Kathryn y DURRETT, Charles R, *Cohousing. A Contemporary Approach to Housing Ourselves*, Berkeley, Habitat -Ten Speed Press, 1988.

<sup>329</sup> FUNDACIÓN PILARES, *Estudio 4: COHOUSING: Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, 2017, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/cohousing-modelo-residencial-colaborativo-y-capacitante-para-un-envejecimiento-feliz/> (última consulta 21 de julio de 2023)

<sup>330</sup> FUNDACIÓN PILARES, *Estudio 4: COHOUSING: Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, Op. cit.

<sup>331</sup> BALTES, Paul, BALTES, Margret M., “Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation”, BALTES, Paul, BALTES, Margret M., (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*, New York, Cambridge University Press, 1990, pp.1-34.

<sup>332</sup> FUNDACIÓN PILARES, *Estudio 4: COHOUSING: Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, Op. cit.

El cohousing facilita la elección efectiva. Respecto de la selección, el propio proceso de creación de la comunidad de cohousing conlleva una metodología de elección individual y comunitaria entre infinitas posibilidades a través de la que las dinámicas de empoderamiento y puesta en práctica de inteligencia colectiva favorecen la aparición de más opciones (actividades, amistades, proyectos, etc.) que las que uno de forma individual puede percibir. Además, desde el punto de vista de la optimización, el esfuerzo previo por trabajar con otros sirve a una mayor eficiencia una vez se han tomado las decisiones y también el entorno físico, resulta favorecedor de la actividad y la vida comunitaria y colaborativa. Finalmente, del lado de la compensación, debemos resaltar que la adaptación es inherente al cohousing y, en ese sentido, el equilibrio entre vida privada, comunitaria y pública, así como la potencialidad del entorno físico y social para el apoyo o asistencia (mediante mecanismos espontáneos de apoyo mutuo) facilitan la compensación para las competencias diversas de sus habitantes. Especialmente cuando surgen dependencias o discapacidades, que pueden compensarse con otras capacidades o recursos de todo tipo<sup>333</sup>.

El cohousing también se conecta con el concepto de comunidad o ciudad amigable con los mayores<sup>334</sup>, derivado a su vez del modelo de envejecimiento activo que asienta en el trinomio de participación, seguridad y salud. Según la propia OMS las comunidades amigables son aquellas en las que “las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas, mediante: el reconocimiento de la amplia gama de capacidades y recursos existentes entre las personas mayores; la previsión de y respuesta flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento; el respeto por sus decisiones y elecciones de estilo de vida; la protección de las personas más vulnerables y la promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria y de su aporte a las mismas”<sup>335</sup>.

Finalmente, la planificación participada de las comunidades de cohousing tiene mucho que ver con los diseños coherentes, no solo centrados en la atención, asociados al modelo de ACP, entendido como aquel que “promueve desde la actuación de los poderes públicos y de la praxis profesional las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”<sup>336</sup>.

Criterios básicos de este modelo de atención centrado en la persona tienen su reflejo en la planificación del cohousing para personas mayores. En relación con la autonomía y el control sobre la propia vida, el criterio de diversidad y empoderamiento que implicaría la puesta en marcha de actividades elegidas y diseñadas por los propios residentes; metodología para la toma de decisiones; apoyo de la comunidad para una mayor diversidad; entorno favorecedor de multiplicidad de posibilidades para las actividades de la vida diaria y otras; modelo hogar que favorece la vida autónoma en mi casa.

<sup>333</sup> FUNDACIÓN PILARES, *Estudio 4: COHOUSING: Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, Op. cit.

<sup>334</sup> OMS, *Ciudades globales amigables con los mayores. Una guía*, Ginebra, 2007

<sup>335</sup> OMS, *Ciudades globales amigables con los mayores. Una guía*, Ginebra, 2007

<sup>336</sup> FUNDACIÓN PILARES, *Principios y criterios del modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP)*, 2022, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/05/Principios-y-Criterios-AICP-1.pdf> (última consulta 2 de marzo de 2023)



Conectados con la participación encontramos criterios como el de accesibilidad e interdisciplinariedad. Por un lado, la participación de los propios residentes es la esencia del cohousing. Y aunque la accesibilidad no es definitoria en todas las experiencias de cohousing, sí resulta muy conveniente. En todo caso, el modelo hogar, extensivo a las zonas comunes, facilita la participación en las tareas comunitarias.

Por otro lado, la interdisciplinariedad parte de una vecindad diversa y conviene extenderla a la creación de equipos multidisciplinares de atención. Con la integralidad y la concepción de la persona como ser multidimensional se relacionan criterios como el de globalidad teniendo en cuenta que, para satisfacer el conjunto de necesidades, buena parte de los recursos educativos, sociosanitarios, de vivienda, participación social, etc. Son organizados de forma natural por la propia comunidad. Respecto del principio de individualidad debemos tener en cuenta, en el ámbito del cohousing, criterios como el de flexibilidad y atención personalizada ya que, por su propia naturaleza, el cohousing es flexible y con capacidad de adaptación según los deseos de la comunidad. Es la planificación de las actividades la que se adapta a las personas y no al revés. Es también crucial la inclusión social que concibe a los y las residentes como miembros activos de la comunidad.

El cohousing sería un modelo residencial para un envejecimiento feliz, en línea con lo que propone el modelo de atención centrada en la persona. Entre otras cosas porque parte de un criterio de proximidad y enfoque comunitario ya que nace con intención de vida comunitaria tanto dentro del complejo como en la localidad en la que se inserta. También relacionado con la independencia, haciendo honor al criterio de prevención, rehabilitación y visibilización de capacidades, como entorno capacitante que plantea retos y soportes según sea necesario, en las comunidades de cohousing, se favorece la continuación con la vida cotidiana anterior. Si bien es cierto que, en casos de mayor dependencia parece adecuado contar con un gestor de casos que ayude a imbricar el sistema de atención con recursos formales e informales<sup>337</sup> existentes en la comunidad en la que se ubican los alojamientos en coherencia con la vida colaborativa del cohousing.

Finalmente, este modelo residencial comunitario, se conecta con la continuidad de la atención a través de criterios como el de coordinación y complementación: el entorno es adaptable a las necesidades cambiantes y la metodología de rediseño en equipo (inteligencia colectiva) con el apoyo, en su caso, del gestor de casos, reorientará la necesaria intervención en una labor de mejora continua. En definitiva, el marco del cohousing parece responder mucho mejor que otras alternativas al modelo de atención personalizado que permite vivir en casa hasta el final<sup>338</sup>.

“Las cooperativas de viviendas para personas mayores, en comparación con otras formas de vivienda comunitaria y asistencial, son construidas y autogestionadas por las

<sup>337</sup> Sobre la importancia y alcance de los cuidados informales es interesante seguir el sistema de encuestas SHARE <https://share-eric.eu/> Encuesta sobre la salud, el envejecimiento y la jubilación en Europa, que ofrece una visión, por ejemplo, del cuidado informal: dentro del hogar es probable que los cuidadores informales tengan un nivel más bajo de educación, ingresos y riqueza en comparación con los no cuidadores. En otras palabras, es más común que las personas con un nivel socioeconómico más bajo proporcionen cuidados informales dentro del hogar. Los cuidadores también tienden a ser mayores, mujeres y reportan una peor salud física. Si bien las actividades informales de cuidado pueden tener efectos positivos en la autoestima y las relaciones familiares, también pueden presentar tensiones físicas adicionales para el cuidador, especialmente en países con una intervención estatal social limitada. (última consulta 19 de julio de 2023)

<sup>338</sup> FUNDACIÓN PILARES, *Estudio 4: COHOUSING: Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, Op. cit.

personas de edad, lo que les permite, como ciudadanos activos, tomar el control de su vida en relación con la vivienda y definir sus características en función de sus preferencias y necesidades. Dado que el grupo poblacional de las personas mayores es muy heterogéneo, existen tantas formas de cooperativas de viviendas para mayores como proyectos. El objetivo común es combinar la autonomía individual con la solidaridad colectiva entre los residentes. Esta flexibilidad permite la expresión de las preferencias particulares de las personas, lo que puede resultar muy útil para los miembros de grupos de género, orientación sexual o religiosos o para las minorías culturales, que pueden sufrir discriminación en otros entornos y sentirse más cómodos viviendo entre miembros de su propio grupo”<sup>339</sup>. Alguno de los problemas principales que las alternativas *cohousing* presentan es principalmente las derivadas del hecho de que estas alternativas requieren un grado de participación alta muchas veces difícil de mantener en el tiempo y que supone el abandono del proyecto o la reconversión en otros modelos de vivienda.

## CONCLUSIONES

Habiendo analizado las experiencias internacionales de desinstitucionalización e iniciativas incipientes de transiciones a modelos de cuidados de base comunitaria, podemos concluir que la desinstitucionalización es un proceso que implica muchos elementos de diversa índole (política, jurídica, económica, cultural) y que, para lograr la transición a estos modelos de cuidados con EBD, se requiere de un gran esfuerzo por parte de toda la sociedad. Asumir la superioridad de este modelo frente a otros modelos de cuidados, como el residencial, pasa por reconocer que el modelo residencial, identificado con una atención benéfico-asistencial, con asistencia médico-rehabilitadora, propio de la cultura institucional supone la vulneración de los derechos de las personas mayores y no ha permitido al Estado cumplir con sus obligaciones de garante de los derechos humanos de las personas que requieren atención y cuidados en las diferentes etapas de la vida. Pero, además, pasa por transformar la percepción que tenemos de las personas que requieren cuidados, en este caso de las personas mayores; la superación de la estructura social edadista y capacitista que no nos permite construir sociedades más inclusivas; y la concepción de los cuidados como un asunto público y político, ya no solo del ámbito privado. Esto último implica el protagonismo del Estado en la provisión de todas las condiciones políticas, jurídicas y económicas, para la creación de un sistema de salud y protección social orientado a satisfacer las necesidades y preferencias de las personas cuando estas requieran ser cuidadas. Pero también de la sociedad, la cual es llamada a aportar los esfuerzos necesarios para lograr la transformación cultural que requiere una propuesta como la desinstitucionalización y, en consecuencia, la creación de modelos de cuidados de base comunitaria, libre de todas restricciones y de maltrato contra las personas mayores, y donde el apoyo social juega un papel fundamental en términos de posibilitar la inclusión de aquellas.

La experiencia internacional nos demuestra que la desinstitucionalización debe ir respaldada de un marco normativo sólido, cuyo punto de partida es el reconocimiento de

---

<sup>339</sup> Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Las personas de edad y el derecho a una vivienda adecuada, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, 19 de julio de 2022, A/77/239, 2022, p.88., disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N22/431/75/PDF/N2243175.pdf?OpenElement> (última consulta 27 de noviembre de 2023)

los derechos de las personas mayores y el talante sancionador frente a cualquier vulneración de estos derechos en los entornos sociales y sanitarios. Pero también que promueva la cooperación de toda la sociedad a contribuir en la provisión de cuidados, partiendo de la idea de que todos en cualquier momento de la vida cuidamos, y somos, hemos sido y seremos cuidados. Este marco normativo debe ir acompañado de políticas públicas y de proyectos orientados a la promoción de la construcción de infraestructuras alternativas al modelo residencial y que apunte a la provisión de servicios comunitarios y de planes de atención individualizados. Por ejemplo, hemos revisado proyectos de sistemas nacionales o redes nacionales integradas en los diferentes niveles territoriales que apuntan a la provisión de atención individualizada y continuada, priorizando y enfocándose en la provisión de servicios que favorecen la atención en los entornos familiares y comunitarios, tomando como referente las necesidades, voluntades y preferencias de las personas cuidadas, y cuya base operativa se sustenta en la cooperación entre personas cuidadoras profesionales y no profesionales, lo que a su vez se traduce en el fortalecimiento de los apoyos sociales, dado que la responsabilidad de los cuidados es repartida entre diferentes agentes sociales, y ya no sólo en las familias, quienes agotadas por la sobrecarga de los cuidados tienden a resquebrajarse, afectando también a la red de apoyos de las personas que requieren de cuidados, convirtiéndolas en personas en situación de vulnerabilidad y aumentando los riesgos de iniciar un itinerario de institucionalización.

Pensar en un modelo de cuidados desinstitucionalizado y de base comunitaria implica ir más allá del ámbito sanitario y pensar en el entorno social, esto es, todos los espacios que habitan las personas cuidadas. El modelo desinstitucionalizado de cuidados apunta a que las personas cuidadas residan en sus hogares y entornos familiares y comunitarios, por lo que los esfuerzos deben dirigirse a la construcción de ciudades y entornos que posibilite el envejecer en casa y recibir todos los servicios que requieran las personas para lograr ese cometido. Estos entornos deben propiciar y fortalecer los vínculos intergeneracionales, de manera que las personas de todas las edades puedan integrarse, participar y cooperar en todas las actividades de la vida social. Aunado a ello, los entornos deben ser accesibles o facilitadores, de manera que los servicios públicos y los servicios sanitarios se encuentren próximos a las viviendas en las que residen las personas mayores. Por eso, los nuevos alojamientos colectivos, siguiendo el modelo de vivienda o *cohousing*, deben también estar próximos a estos servicios. En términos generales, los espacios que habitan las personas mayores -tanto su vivienda propia como los espacios de *cohousing*- deben ser accesibles, asequibles, habitables, personalizados, y, sobre todo, encontrarse próximos a todos los servicios sanitarios y sociales que se requieren para vivir una vida independiente. En especial es importante fomentar la tenencia segura de las viviendas, de manera que las personas mayores cuenten con un lugar propio y seguro en el que sepan que pueden vivir hasta el final de sus días. Se rescatan, entonces, las iniciativas adelantadas en otros países en los que, o bien se ha establecido programas de subsidios públicos para la obtención de vivienda por parte de las personas mayores, o por la iniciativa privada -bancaria- de promover programas especiales de concesión de préstamos con términos y condiciones especiales y favorables a las personas mayores para la obtención de vivienda, o incluso para la adecuación de la misma de manera que pueda hacerse adaptable a las necesidades sobrevinientes de las personas mayores.

Finalmente, en aras de presentar una transición lo más económica y sostenible, los esfuerzos deben estar orientados al uso eficiente de los recursos, reorganizando los

servicios y redistribuyendo los recursos ya existentes. Por ejemplo, apostar por alternativas de vida al modelo residencial no debe suponer la construcción indiscriminada de nueva infraestructura, sino de la readaptación de las estructuras ya existentes para que estas se adecúen al modelo de vivienda y desde los cuales se pueda proveer cuidados de base comunitaria. Lo mismo aplica para el catálogo de servicios, en tanto los servicios hasta ahora creados pueden satisfacer las necesidades de cuidado, siempre y cuando se enfoque en mejorar su cobertura y calidad. En todo caso, la asignación de fondos públicos será de suma importancia, pues sirve como inyección de capital para poder llevar a cabo estas vastas transformaciones que van más allá de lo arquitectónico. Como hemos visto, se hace un llamado a la utilización de los Fondos estructurales como el Fondo Social Europeo y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional para posibilitar todas estas políticas y programas que requieren de una considerada inversión económica.

# PARTE TERCERA. EL MARCO NECESARIO PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN EN ESPAÑA

## Capítulo Primero: Sobre el marco ético-cultural

### 1.- Principios generales: dignidad, autonomía, igualdad, equidad

A la hora de construir un modelo de atención y cuidados para las personas mayores que se enmarque dentro de los derechos humanos y se aleje de las perspectivas asistencialistas propias de la cultura institucional, debemos repasar algunos de los *principios éticos generales* más importantes. Con principios éticos generales estamos haciendo referencia a aquellos principios éticos de los que partimos de manera teórica para construir un determinado modelo de atención y cuidados para las personas mayores. El número de estos principios es variable, y en cierta medida depende del contenido y alcance que se le atribuya a cada uno de ellos. Por razones de claridad partimos solo de unos pocos principios:

- Dignidad humana.
- Autonomía.
- Igualdad y no discriminación.
- Equidad.

Estos primeros principios podrían ampliarse a otros que comparten tanto su abstracción como su pertinencia, así podríamos hablar también de universalidad, prevención de la institucionalización, respeto a la diversidad, perspectiva de género e interseccional, Descentralización, Innovación e investigación, Calidad, Accesibilidad, Profesionalidad, Confidencialidad, Solidaridad, Normalización<sup>340</sup>.

#### A) Dignidad humana

El artículo 10.1 de la Constitución Española establece que “la dignidad de la persona humana, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”; se trata del precepto que abre la declaración de derechos de la norma fundamental española, el mismo que a su vez introduce el marco jurídico internacional de protección de los derechos humanos. La dignidad es el punto de partida para el reconocimiento de los derechos, y al sitio al que se llega cuando estos se protegen de manera eficaz.

La dignidad como principio posiblemente debe su importancia a la formulación del imperativo de Kant según el cual las personas han de tratarse como fines en sí mismas, no pudiendo tratarse como medios para la consecución de otros fines<sup>341</sup>. No obstante, la

<sup>340</sup> De la bibliografía relativa a la ética de los cuidados de las personas mayores, por ejemplo, RIBERA CASADO, José Manuel, “Consideraciones éticas en el cuidado al paciente mayor” en AMON USANOS, Rafael, (coord.), *Cuidadores y cuidados*, Universidad Pontificia de Comillas, 2021

<sup>341</sup> KANT, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa-Calpe, Madrid, 1946, p.84.



dignidad ha sido criticada por su ambigüedad y subjetividad, dado que es un término que obedece a diferentes significados. En concreto, se ha señalado que el significado que puede resultar de utilidad para la fundamentación de los derechos es la definición de dignidad como rasgo inherente, necesario y absoluto, que refleja la igualdad básica entre todos los seres humanos<sup>342</sup>.

En el contexto de este estudio la dignidad debe entenderse, sencillamente, en los términos en los que el Tribunal Constitucional la definió en su sentencia 53/1985: “... la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás” (fj.8). La desinstitutionalización de los cuidados de las personas mayores se dirige precisamente a proteger el espacio de decisión que sobre la propia vida tienen las personas, independientemente de su edad, así como el respeto riguroso que se les debe, independientemente de su grado de dependencia.

## B) Autonomía

En relación con el principio de autonomía, Griffin entiende que los seres humanos autónomos son capaces de desarrollar y ejercer la capacidad para deliberar, evaluar, elegir y perseguir a través de la acción lo que cada uno considere una buena vida para sí mismo<sup>343</sup>. Autonomía vendría a ser aquello que el autor denomina *personhood*, consistente en ser autónomos, libres, y en disponer de una mínima provisión de recursos<sup>344</sup>. En este sentido, Griffin reconoce los derechos de bienestar como derechos humanos, consistentes en la garantía de provisión de un nivel de recursos más allá de la mera subsistencia.

Otros autores han estudiado el principio de autonomía como teoría justificativa de los derechos humanos. Por ejemplo, Raz estudia la autonomía personal, como principio clave para que una persona pueda ser “autora de su propia vida”<sup>345</sup>. También resulta muy esclarecedor que el autor plantea que el ejercicio de la autonomía requiere una pluralidad de opciones que se presentan a menudo como incompatibles y sobre las que la persona ha de realizar una elección efectiva<sup>346</sup>.

En nuestro caso, por ejemplo, podría tratarse de la elección de una persona mayor sobre dónde quiere recibir los cuidados, en su domicilio, en un centro residencial, en una vivienda comunitaria, en un piso familiar, etc. Sin embargo, se ha entendido que la teoría de la autonomía tiene sus limitaciones cuando se trata de los derechos humanos de las personas que no tienen la posibilidad de ser autónomas por sí mismas y realizar elecciones efectivas<sup>347</sup>. Esto, en efecto, en algunos casos puede resultar de aplicación a las personas mayores. Por ello, este principio, aunque puede resultar muy ilustrativo como justificación de los derechos, también presenta sus limitaciones como teoría que pueda fundamentar la garantía de los derechos para todas las personas y es que con demasiada frecuencia ha sido la falta de autonomía la que ha justificado la exclusión en la titularidad de los derechos. Puede resultarnos mucho más interesante hablar de autonomía relacional cuando nos referimos a estos grupos considerados “dependientes”. Desde la perspectiva

<sup>342</sup> GONZÁLEZ AMUCHÁSTEGUI, Jesús, *Autonomía, dignidad y ciudadanía. Una teoría de los derechos humanos*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, p.443.

<sup>343</sup> GRIFFIN, James, *On Human Rights*, Oxford University Press, 2008, p.32.

<sup>344</sup> GRIFFIN, James, *On Human Rights*, Op. cit., p.33.

<sup>345</sup> RAZ, Joseph, *The Morality of Freedom*, Clarendon Press, Oxford, 1989, p.370.

<sup>346</sup> RAZ, Joseph, *The Morality of Freedom*, Op. cit., pp.395-398.

<sup>347</sup> DE ASÍS, Rafael, *Sobre discapacidad y derechos*, Dykinson, Madrid, 2013.

de la autonomía relacional, el concepto de autonomía debe ser entendido desde nuevos parámetros. El concepto de autonomía, que literalmente significa capacidad para gobernarse por las propias leyes y hace referencia a una condición personal que solo posee quien no depende de nadie, unido al adjetivo relacional, que puede entenderse como en conexión con algo o alguien, puede parecer un oxímoron, y en cierto sentido lo es. La unión de estos dos vocablos modifica el significado original de cada uno de ellos y nos hace entender la autonomía de una forma nueva, capaz de incluir las relaciones y la sociedad en la condición personal de dotarse de propias leyes<sup>348</sup>. Desde la autonomía relacional debemos tener presente que “la capacidad de encontrar la propia ley puede desarrollarse solo en el contexto de las relaciones con las demás personas (tanto íntimas como más ampliamente sociales) que nutren esta capacidad, y segundo, que el “contenido” de la propia ley es comprensible solo con referencia a relaciones sociales compartidas, normas, valores y conceptos”<sup>349</sup>.

### C) Igualdad y no discriminación

La igualdad es un principio fundamental que hace referencia a la titularidad de los derechos y a la superación de situaciones de inferioridad y discriminación. Además, el principio también incluye la igualdad como diferenciación, en el sentido de que en ocasiones es necesaria la adopción de medidas diferenciadas para algunos grupos para facilitar la consecución de la igualdad efectiva. En este apartado se hace referencia a la igualdad ante la ley, esto es, la igualdad en el reconocimiento de la titularidad de los derechos para todas las personas, y a la no discriminación, mientras que posteriormente se destacará la igualdad como diferenciación, lo cual resulta de gran utilidad para reivindicar la adopción de medidas específicamente pensadas para el colectivo de personas mayores.

De otro lado, se diferencia habitualmente entre dos dimensiones de igualdad, la igualdad formal y la igualdad material. Mientras que la igualdad formal hace referencia al reconocimiento de todas las personas como destinatarios de las normas (la igualdad ante la ley), la igualdad material hace referencia a la consecución de la igualdad en relación con los resultados, logrando, por ejemplo, el mayor número de bienes para el mayor número de personas<sup>350</sup>.

La prohibición de discriminación se ocupa tanto del trato diferente injustificado ante situaciones iguales con perjuicio para personas o grupos (discriminación directa) como del trato aparentemente neutro que puede producir un resultado discriminatorio y que afecta desproporcionalmente a un grupo de la población (discriminación indirecta). Así pues, se trata tanto de la discriminación en el reconocimiento de los derechos a todas las personas como de los obstáculos informales que impiden que este reconocimiento sea efectivo para todas las personas. En concreto, el edadismo se refleja en el trato diferenciado a personas que se encuentran en igual situación por razón de la edad. Ello tiene efectos perjudiciales, sobre todo si esta discriminación por edad intersecciona con otras causas causas, como la discapacidad, el género o la situación de exclusión social<sup>351</sup>.

<sup>348</sup> VICENTE ECHEVARRÍA, Irene, *Un modelo de atención a la dependencia desde los derechos humanos: Herramientas feministas y de los estudios de la discapacidad para construir un sistema de cuidados*, Op. cit.

<sup>349</sup> NEDELSKY, Jennifer, "Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities", *Yale Journal of Law and Feminism*, nº 1, 1989, pp.7-36, p. 11.

<sup>350</sup> AÑÓN ROIG, María José, (coord.), *Teoría del Derecho*, Tirant lo Blanch, 2020.

<sup>351</sup> BLÁZQUEZ MARTÍN, Diego, *Los derechos de las personas mayores: perspectivas sociales, jurídicas, políticas y filosóficas*, Madrid, Dykinson, 2007.

#### D) Equidad (Igualdad como diferenciación)

Autoras como Young entienden que la universalidad como generalidad contribuye a esconder la existencia de grupos sociales, y propone enfatizar la representación de estos<sup>352</sup>. Así, si bien la autora está de acuerdo con la igualdad en la titularidad de los derechos, entiende que la igualdad como generalidad resulta contraria a la particularidad y a la diferencia. Por este motivo, Young estudia la existencia de necesidades particulares de determinados grupos en contraposición con uno de los significados de la universalidad y de la ciudadanía universal. Se trata, así, de una ciudadanía diferenciada frente a la ciudadanía universal como generalidad<sup>353</sup>.

Asimismo, de forma contraria al tratamiento igual, Young indica que deben reconocerse derechos especiales para grupos con necesidades específicas. Los argumentos en defensa del reconocimiento de derechos específicos están basados en la consecución de la igualdad material o real, que requiere la atención de necesidades específicas. Ello requiere la garantía de iguales oportunidades, pero también la corrección de las desventajas que afectan a determinados grupos<sup>354</sup>. Además de las medidas de reconocimiento, de otro lado, Fraser incide en las medidas de redistribución<sup>355</sup>. En esta línea, Añón señala como insuficiencia de las propuestas de ciudadanía diferenciada la omisión de la capacidad transformadora e igualitaria de los derechos sociales<sup>356</sup>.

Otros autores que hacen referencia a la igualdad como diferenciación son, por ejemplo, Rosenfeld, al defender como igualitario que cada uno sea tratado en proporción a sus necesidades y aspiraciones<sup>357</sup>, o Ruiz Miguel, que también trata en este sentido la diferenciación para la igualdad<sup>358</sup>. Se requieren, en definitiva, políticas dirigidas a grupos específicos, como las personas mayores, para alcanzar la efectividad en sus derechos. Un ejemplo actual puede ser la existencia de horarios de atención al público específicos para las personas mayores en oficinas bancarias.

E) Ciertamente, **cabría la incorporación de otros principios generales**, como también criterios / principios específicos, con sus correspondientes indicadores.

##### a) Universalidad

Nos dice que la configuración de la titularidad del derecho a acceder a las prestaciones y servicios deberá ajustarse a la universalidad: “todas las personas”.

##### b) Prevención

Se refiere a que el catálogo de servicios debe incluir también los preventivos que incidan en los determinantes sociales de la salud (higiene, alimentación, abrigo, condiciones de vivienda, asistencia sanitaria, hábitos saludables...)

##### c) Perspectiva de género:

<sup>352</sup> YOUNG, Iris Marion, “Polity and Group Difference: A Critique of the Ideal of Universal Citizenship”, *Ethics*, nº 99, 1989, pp.250-274, p.250.

<sup>353</sup> VALLESPÍN OÑA, Fernando, “Igualdad y diferencia”, MATE, Reyes, *Pensar la igualdad y la diferencia*, Fundación Argentaria, Madrid, 1995, pp.15-35, p.16 y ss

<sup>354</sup> AÑÓN ROIG, María José, Igualdad, Diferencias y Desigualdades, *Derechos y Libertades*, nº7, nº11, 2002, pp.131-132.

<sup>355</sup> FRASER, Nancy, “From Redistribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a Post-Socialist Age”, PHILLIPS, A. (Ed.), *Feminism and Politics*, Oxford University Press, Oxford, 1994, pp.430-461, p.431.

<sup>356</sup> AÑÓN ROIG, María José, Igualdad, Diferencias y Desigualdades, Op. cit., p.127 y 146.

<sup>357</sup> ROSENFELD, Michel, “Hacia una reconstrucción de la igualdad constitucional”, *Derechos y Libertades*, 1998, nº6, pp.411-444, p.415.

<sup>358</sup> RUIZ MIGUEL, Alfonso, “La igualdad como diferenciación”, en *Derechos de las minorías y de los grupos diferenciados*, Madrid, Escuela Libre, 1994, pp-283-296, p.286-290.

Desde esta perspectiva se reconoce que las experiencias de las mujeres en la vejez se distancian de la experiencia de los hombres en esta misma etapa de la vida, pues parte del reconocimiento de la discriminación estructural en contra de las mujeres que las alcanza hasta el final de la vida. El enfoque de género aplicado en estudios gerontológicos permite visibilizar las realidades específicas que afrontan las mujeres mayores -por ser mujeres y por ser mayores- desde el reconocimiento de su diversidad, pero evidenciando las dificultades que atraviesan en su proceso de envejecer cuyo origen se sitúa en la estructura social edadista y sexista. Algunas de esas dificultades han sido reconocidas a lo largo del presente estudio, pero podemos enumerar a continuación algunas como: a) feminización del envejecimiento que -aunque la mayor longevidad y morbilidad de las mujeres puede responder a causas biológicas y genéticas- responde también a factores ambientales y sociales (tener menos acceso, menor nivel adquisitivo, asumir tareas de cuidados sin apoyo, etc.); b) el impacto de las desigualdades de género a lo largo de la vida (mayor dependencia económica y riesgo de pobreza, impacto y consecuencias de la violencia de género en la salud física y mental, mayor riesgo de soledad y falta de apoyos y cuidados, etc.); c) la violencia de género en las mujeres mayores; entre otros<sup>359</sup>.

#### d) Perspectiva interseccional

Aunado a la perspectiva anterior, este enfoque ayuda a analizar la realidad teniendo en cuenta los factores que influyen en la vida y en el pleno disfrute de los derechos de las personas mayores. La edad, la raza, la clase, el nivel educativo, el estado de salud o la discapacidad, entre otros, cuando se cruzan entre ellos y con frecuencia cuando interseccionan con el género pueden ocasionar formas de discriminación nuevas y con características diferentes. El enfoque interseccional “pone de relieve las estructurales y dinámicas que surgen de la interacción entre dos o más ejes de subordinación”<sup>360</sup> y “pretende suscitar en las y los responsables políticos y activistas una reflexión sobre las dinámicas de privilegio y exclusión que emergen cuando no se presta suficiente atención a las personas que se encuentran en el punto de intersección entre distintas desigualdades”<sup>361</sup>.

#### d) Innovación e investigación

Las administraciones públicas han de promover la investigación, la innovación y el uso de nuevas tecnologías para la mejora de la calidad de los servicios, garantizando en todo caso la accesibilidad universal a los mismos.

#### e) Calidad

Principio marco de actuación dirigido a la excelencia de los servicios prestados, excelencia medible a partir de la correcta implementación del resto de principios. Exige eficacia y eficiencia.

#### f) Accesibilidad

La accesibilidad como principio ético general sobre el que construir los procesos de desinstitucionalización en España tiene un importante potencial. Y es que la accesibilidad en estos términos nos obliga a entender la eliminación de barreras como la herramienta imprescindible en la lucha por la igualdad y la no discriminación de todas las personas. Es cierto que el término accesibilidad tiene un importante desarrollo en los

<sup>359</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *Mujeres mayores: el impacto del machismo y el edadismo en su vida y sus derechos humanos*, Op.cit.

<sup>360</sup> CRENSHAW, Kimberlé, “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”, *Revista Estudos Feministas*, 10 (1), 2002, pp.171-188, p. 177.

<sup>361</sup> GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, “Una Mirada Interseccional sobre la Violencia de Género contra las Mujeres Mayores”, *Oñati Socio Legal Series*, nº5 (2), 2015, pp. 547-569, p. 550

estudios de la discapacidad, pero es perfectamente aplicable al caso de las personas mayores y también a todas las demás personas en muchos momentos de nuestras vidas. Entendida en un sentido amplio, la accesibilidad es una herramienta imprescindible para lograr la igualdad de derechos de las personas mayores. En la medida en que se garantice un entorno accesible, todas las personas podrán gozar y ejercer sus derechos fundamentales en igualdad de condiciones con las demás personas. Lograr la accesibilidad plena, supone la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso en una serie de ámbitos, entre los que se destacan, los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo; los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia; y las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público. Es importante subrayar que la accesibilidad plena no se logra únicamente garantizando el acceso físico a los entornos, servicios y productos, sino que también debe incluir la eliminación de barreras de carácter cognitivo y sensorial.

Con repercusión en todos los ámbitos como acabamos de ver, merecen especial atención las condiciones de accesibilidad en las viviendas. La eliminación de barreras en este sentido está estrechamente unida a la posibilidad de disfrutar de derechos como la vida independiente, la intimidad o la participación y tiene un potencial radical en los procesos de desinstitucionalización<sup>362</sup>.

g) Profesionalidad

Excelencia en las competencias técnicas, relacionales, básicas y éticas adquiridas para prestar una buena atención, como medio para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Se requieren actividades formativas continuadas para el personal que atienda cuidados, para que tengan la cualificación técnica y no cognitiva, correspondiente a su nivel profesional.

h) Solidaridad

Nos habla del nivel de implicación de la comunidad/vecindario en las redes de apoyo a las personas mayores, sus familiares y personas cuidadoras. Es valor inspirador de las relaciones entre las personas y los grupos sociales, y se refiere al número de redes de apoyo existentes y su sostenibilidad, así como el tejido social de solidaridad en el entorno.

Y aún cabrían otros como “cuidados”, “inclusión” (relaciones familiares y sociales), seguridad (entornos seguros y conocidos).

## 2.- Criterios o principios específicos

Llamaremos *criterios o principios específicos* a los principios instrumentales de los principios generales. Estos criterios realizan una primera concreción —todavía abstracta— de los principios generales, enfocando allí donde se recogen su compromiso con la dignidad, la autonomía y los derechos. Se utilizan y recogen habitualmente en las

<sup>362</sup> En este sentido puede resultar interesante ver Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte, 30º período de sesiones, A/HRC/30/43, 2015. En cualquier caso, en el estudio de ámbito temático 5 a este informe se desarrollan con más profundidad dicho informe.



disposiciones generales o introducciones motivadoras de normas, planes, estrategias y políticas públicas.

A continuación, se expone un breve acercamiento teórico al contenido de estos principios, derechos y criterios de valoración (qué son) y se especifica su utilidad en el marco de la desinstitucionalización (para qué sirven).

## 2.1.- El enfoque Basado en Derechos y los cuidados desde los derechos.

El enfoque basado en derechos (EBD) es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en estándares internacionales de derechos humanos y está operacionalmente dirigido a promover y proteger los derechos humanos. Aunque en su origen se centraba en los problemas de desarrollo, hoy también se aplica a otros ámbitos, como el objeto de este estudio. En este caso, su objetivo es analizar las desigualdades que se encuentran en el corazón de las políticas (sentido amplio) del cuidado y apoyo a las personas mayores y eliminar así las prácticas discriminatorias que impiden el disfrute de los derechos fundamentales en la vida de todas las personas<sup>363</sup>.

La definición de cuidados que vamos a utilizar aquí y ahora responde ya a un EBD, esto es, muestra como la conceptualización de los cuidados a la que este trabajo pretende llegar se sitúa dentro de los márgenes concretos de la teoría de los derechos humanos. Por esta razón, los cuidados se entienden como una herramienta a través de la cual las personas receptoras de los mismos pueden ver reconocidos sus derechos y escoger su propio plan de vida. Además, este EBD nos informa que las personas que realizan las tareas de cuidado deben poder hacerlo desde el reconocimiento de sus derechos fundamentales y que en ningún caso la actividad que realizan pueda situarles en una posición de vulnerabilidad como ocurre habitualmente.

*Cuidar* desde un EBD significa apoyar a las personas en su autonomía, ayudarles para desenvolverse en la vida cotidiana. El *cuidado*, en definitiva, engloba aquellas prácticas individuales y sociales destinadas a asegurar la supervivencia y bienestar de los seres humanos<sup>364</sup>. Desde el EBD podemos definir cuidar como *toda actividad a través de la cual se gestiona y mantiene la salud, el bienestar físico y emocional de aquellas personas en situación de dependencia y que contribuye a garantizar que estas personas y puedan dotarse de un plan de vida y disfruten de sus derechos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con las demás, sin menoscabar el disfrute de los derechos y libertades fundamentales de quienes se vean envueltas en relaciones de cuidado y dependencia con ellas*<sup>365</sup>.

<sup>363</sup> Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, Enfoque para la programación basada en derechos, disponible en <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach> (última consulta 5 de mayo de 2023)

<sup>364</sup> FLORES GIMÉNEZ, Fernando, “El cuidado de las personas mayores: un derecho fundamental en ciernes”, *Teoría y Derecho. Revista de Pensamiento Político*, nº33, 2022, p.144 y ss.  
FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

SOLANES CORELLA, Ángeles y GARCÍA MEDINA, Javier, “Las políticas públicas para las personas mayores desde un enfoque basado en derechos humanos”, *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, nº10, 2021. <https://doi.org/10.25965/trahs.3712>

<sup>365</sup> VICENTE ECHEVARRÍA, Irene, *Un modelo de atención a la dependencia desde los derechos humanos: Herramientas feministas y de los estudios de la discapacidad para construir un sistema de cuidados*, Tesis doctoral, 2023, p.14.

Entender los cuidados desde un EBD implica hacerlo desde dos perspectivas. De un lado, significa entender los cuidados compuestos de derechos tales como la autonomía, la capacidad jurídica, la accesibilidad, la vida independiente, la salud o la participación, por destacar solo algunos. De otro, significa entender los cuidados como derecho subjetivo en sí mismo. En este sentido, el derecho a los cuidados es como otras pretensiones morales, fruto de un conjunto de necesidades que hasta aquí han quedado ya suficientemente expuestas.

La consideración del marco del EBD en el modelo de los cuidados de las personas mayores, así como en las políticas públicas y en los servicios sociales que los implementan, exige:

- que los derechos sean el punto de referencia constante en su realización.
- que las personas mayores sean consideradas como sujetos activos de derechos, antes que como sujeto y objeto de necesidades.
- el abandono del enfoque asistencial condicionado por el desarrollo de políticas públicas voluntaristas.
- la responsabilidad de los poderes públicos de adoptar e implementar normas y políticas públicas que detengan la pendiente negativa hacia la irrelevancia social de las personas en situación de vulnerabilidad.
- rechazar la segregación y promover la inclusión que, más allá de la integración, supone cambiar el contexto antes que cambiar a la persona y promover la participación de todas las personas.

Aplicar el EBD sobre el proceso de desinstitucionalización y sobre los apoyos y cuidados de las personas mayores,<sup>366</sup> tiene al menos dos vertientes, la que toma como referencia la finalidad del proceso de desinstitucionalización y la que tiene que ver con el proceso en sí. La primera supone que el producto final del proceso debe estructurarse sobre, y tener como objetivo, la dignidad de las personas mayores y la protección de sus derechos. Se manifestará en normas vigentes que establecerán mandatos concretos dirigidos a proteger la dignidad y la autonomía de las personas mayores; se manifestará en políticas públicas que implementarán estas normas más generales disponiendo qué hacer; y se manifestará en la gestión de servicios que determinarán el cómo llevar dichas políticas a término. La vertiente relativa al proceso en sí requiere la aplicación de una metodología específica en la construcción de esas normas, esas políticas y esos servicios. En ella, uno de los elementos clave es el Análisis de situación<sup>367</sup>. Este análisis se basa en:

- El análisis de cuáles son las causas (inmediatas, subyacentes y estructurales), de la vulneración de los derechos humanos.
- El análisis de las corresponsabilidades de todas las personas involucradas y sus roles (titulares de derechos y titulares de obligaciones).
- Análisis de brechas de capacidad (esto es, identificar qué capacidades deben reforzarse en todas las personas involucradas: titulares de derechos y obligaciones).

En este enfoque metodológico, adquiere asimismo relevancia:

- La importancia de los datos. En el ámbito del envejecimiento, parece que los poderes públicos van asumiendo poco a poco que la falta de información es un condicionamiento que impide tomar decisiones adecuadas.

<sup>366</sup> Así como para los otros grupos poblacionales estudiados.

<sup>367</sup> DE LUIS ROMERO, Elena, *Una aproximación teórica al enfoque basado en derechos humanos en la Acción Humanitaria: del enfoque de Necesidades al de derechos humanos*, Op. cit.

- El modo de obtener la información. Es importante incorporar a los sujetos de las normas y las políticas como agentes de su propio desarrollo, en lugar de situarlos como meros receptores pasivos de normas, productos y servicios.
- El modo en que se aplica la información que se obtiene. Los datos deben estar en la base de la elaboración, la implementación y el seguimiento, tanto de las normas jurídicas (sean estas de rango legal o presenten la forma de resoluciones administrativas) como de las políticas públicas que abordan cuestiones relacionadas con la vejez.

En conclusión, “el valor del enfoque de derechos radica principalmente en la capacidad de guiar con estándares y principios la actuación de los Estados democráticos en situaciones concretas, pero además contribuye a la consecución de políticas y prácticas equitativas”<sup>368</sup>.

Hay que subrayar ahora que el EBD es el medio adecuado, por su finalidad y por su metodología, para enfocar hacia la efectividad en el modelo de cuidados todos los principios generales.

Todas las actuaciones en materia de cuidados (normas, políticas públicas y servicios) deben estar basadas en el respeto de los derechos humanos inherentes a todas las personas, y de las personas mayores como sujetos de derechos en particular, reconocidos en los tratados internacionales de derechos humanos y en la Constitución Española.

- Utilidad del EBD en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores

En este sentido el EBS actuará:

- Como medio para que la persona mayor deje de ser considerada un sujeto con necesidades que han de ser cubiertas y un objeto de protección y asistencia; y pase a ser considerada un sujeto de derechos.

- Como medio para que persona mayor sea reconocida como capaz de ejercer sus derechos y exigir la creación de las condiciones de ejercicio necesarias.

- Como espejo en el que Estado y sociedad verificarán si han cumplido la obligación jurídica de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos de la persona mayor y de favorecer las condiciones necesarias para su ejercicio.

- Como medio para incorporar la participación de las personas mayores en la construcción del modelo cuidados que les atiende, una participación que es medio y objetivo al mismo tiempo.

- Como herramienta que extraiga información completa y útil para tomar decisiones en el marco normativo, de políticas públicas y servicios.

- Como marco que coadyuva a la mejor implementación del artículo 10.2 CE y los tratados internacionales de derechos humanos.

---

<sup>368</sup> PAUTASSI, Laura C., “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”, *CEPAL - Serie Mujer y desarrollo*, n°87, 2007  
[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816_es.pdf)

## 2.2.- Utilidad de la ACP en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores

### 2.2.1.- La Atención Centrada en la Persona (ACP)

En términos generales, la Atención Centrada en las Personas (ACP), y sus distintas variantes, no es otra cosa que la aplicación del EBD al campo de los cuidados y la atención.

En la segunda mitad del siglo XX, se empezó a producir un cambio en el paradigma de la atención a las personas, pasando del modelo médico al modelo biopsicosocial o antropológico<sup>369</sup>, que ha dado lugar a los principios en los que se basa la Atención Centrada en las Personas (ACP). Esta perspectiva fue propuesta inicialmente por Carl Rogers<sup>370</sup>, terapeuta humanista reconocido como el padre de la ACP<sup>371</sup>. Rogers formuló la *Terapia Centrada en el Cliente* en 1961<sup>372</sup> haciendo hincapié en la importancia de la actitud por parte de terapeutas y profesionales. En particular, Rogers puso el foco sobre la empatía y entendió que las personas tienen la capacidad de comprenderse a sí mismas y cambiar sus actitudes y comportamientos, aceptando y valorando sus diversas perspectivas en términos de género, religión, cultura y habilidades, con el objetivo de lograr la emancipación personal y la autodeterminación<sup>373</sup>. Rogers además consideraba que satisfacer las necesidades de un entorno y un clima adecuados ofrecía el máximo potencial para el desarrollo y la creatividad y, en última instancia, conducía a niveles sorprendentes de excelencia en constante evolución<sup>374</sup>.

En el ámbito de la atención de la demencia, se han desarrollado propuestas más o menos prácticas que partiendo de la perspectiva de Rogers destacan la importancia de situar a la persona en el centro de la atención, priorizando sus necesidades por encima de la enfermedad en sí misma<sup>375</sup>. Este enfoque, conocido como *atención centrada para personas con demencia*, hace hincapié en la importancia de factores como la personalidad, la biografía, la salud y la psicología social, a la hora de configurar la experiencia de la atención.

La ACP se alinea con las regulaciones locales y globales que tienen como objetivo enfatizar la importancia de la dignidad y garantizar la protección de los derechos fundamentales, incluida la privacidad, la independencia ética y la inclusión social. Esto

<sup>369</sup> FORESTIERI, Orlando A. y PRACILIO, Horacio O., “Atención centrada en la persona”. *Salud de la Mujer*, nº62, 2022, pp..62-80, p 64

<sup>370</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*. Colección Papeles de la Fundación nº8, Op. cit.

<sup>371</sup> GONZÁLEZ HERRERA, Inmaculada, “Atención centrada en la persona (ACP): buenas prácticas en un centro de atención de menores con necesidades de apoyo (CAM Xiquets)”. *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, nº61, 2018, pp.315-330, p.316

<sup>372</sup> ROGERS, Carl R. y ROSENBERG, Rachel L., *La persona como centro*, Herder, Barcelona, 1981.

<sup>373</sup> MARTÍNEZ-MIGUÉLEZ, Miguel, “Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona”. *Polis: revista académica de la Universidad Bolivariana*, nº15, 2006, pp.0-18, p.10

<sup>374</sup> MARTÍNEZ-MIGUÉLEZ, Miguel, “Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona”. Op. cit., p.16

<sup>375</sup> VILA-MIRAVENT, Josep, VILLAR, Feliciano, CELDRÁN, Montse y FERNÁNDEZ, Elena, “El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales”. *Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, nº1, vol. 30, 2012, pp.109-117, p.110

se logra mediante la incorporación de varios documentos pertinentes, como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948), los Principios de la OMS para las personas mayores (1991), el enfoque social de la discapacidad y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (2001), el concepto de envejecimiento activo (2002) de la OMS, la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y la Carta Europea de los Derechos y Responsabilidades de Personas mayores que requieren cuidados a largo plazo y Asistencia (AGE y EDE, 2010)<sup>376</sup>. Además, la ACP se basa en los principios de la bioética y los modelos científicos, incluidos los modelos de envejecimiento exitoso y ecológicos y de calidad de vida. Este enfoque ético promueve la igualdad de oportunidades y se basa en la evidencia científica para definir una atención de calidad y las mejores prácticas profesionales. El modelo es deliberativo y ofrece soluciones prácticas para valorar los conflictos que pueden surgir en situaciones cotidianas. Se basa en tres pilares firmes: una visión ética, un conocimiento empírico y una normativa democrática que promueva la igualdad de oportunidades y proteja los derechos de todas las personas<sup>377</sup>.

El modelo de ACP ha tenido distintas plasmaciones en diferentes países, todas ellas como respuesta a las limitaciones del modelo residencial institucional para ofrecer atención personalizada y permitir el control de las personas sobre su vida diaria. Durante la década de los 60, los países nórdicos encabezan una transformación hacia modelos habitacionales que ofrecían asistencia y convivencia a pequeños grupos de residentes con diferentes niveles de situación de dependencia<sup>378</sup>. En los años 80, el movimiento “Culture Change” surgió en Estados Unidos para transformar las residencias de personas mayores. Este enfoque se ha implementado en alojamientos para personas mayores en diferentes partes del mundo, como las unidades de convivencia en los países nórdicos y centro de Europa, y los “*cantou*” en Francia, creando espacios comunitarios para fomentar el bienestar y prevenir el aislamiento social<sup>379</sup>. Sin embargo, no ha sido hasta los años 90 cuando en España se instala de manera débil e irregular la ACP y aunque su implementación aún tiene un largo camino por recorrer, existen diversas iniciativas y programas que buscan promover este modelo<sup>380</sup> y que pueden servir como referentes para futuras implementaciones<sup>381</sup>.

En esencia, la ACP abarca una amplia gama de metodologías, pero se adhiere a ciertos principios fundamentales. Uno de los principios más destacados de la ACP es la importancia de la atención personalizada, según la cual, las personas mayores son

<sup>376</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”, *Sociedad y Utopía*, nº41, 2013, pp.209-231, p.215

<sup>377</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”, Op. cit., p.215

<sup>378</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”, Op. cit., p.219

<sup>379</sup> GONZÁLEZ HERRERA, Inmaculada, Atención centrada en la persona (ACP): buenas prácticas en un centro de atención de menores con necesidades de apoyo (CAM Xiquets). Op. cit., p.316

<sup>380</sup> Se desarrollan estas iniciativas en otro punto de este Informe.

<sup>381</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”, Op. cit., p.221



consideradas únicas, su continuidad biográfica debe salvaguardarse y las perspectivas sobre los acontecimientos que configuran sus vidas deben reconocerse y respetarse<sup>382</sup>.

La ACP rompe con el modelo institucionalizador y generalizador de la atención de las personas en las que estas son tratadas como un todo homogéneo, y da paso a otro modelo en que son consideradas individualmente, desde sus propias historias y proyectos de vida, intereses y preferencias, desde el respeto pleno a su dignidad y derechos, y favoreciendo su autonomía y la participación efectiva desde sus capacidades y habilidades en lugar de focalizar sobre sus limitaciones, necesidades o déficits. Las decisiones y la organización del servicio habrán de adoptarse desde las necesidades, derechos y preferencias de las personas, no de la misma organización. La ACP parte del objetivo de que las personas deben permanecer viviendo en sus domicilios e integradas en su entorno, con el apoyo coordinado de los servicios y programas que requieran (salud, educación, atención social, vivienda, familia y allegados, ambiente, transporte, participación social, cultura, ocio...). Por lo que, en el caso de la atención domiciliaria, son patentes las ventajas y eficiencias que se conseguirían de llevarse a cabo esta integración de servicios<sup>383</sup>.

Rodríguez Rodríguez et al.<sup>384</sup> señalan que la atención debe estar centrada en la personas y que, además, debe ser integral. Para ello, es esencial abordar las necesidades biopsicosociales, emocionales, físicas y espirituales de cada persona de una manera holística, integral. Este modelo busca proporcionar un ambiente de cuidado que sea lo más parecido posible a un hogar y se basa en la idea de que los y las residentes deben tratarse con respeto y dignidad, y que deben tener la oportunidad de participar en la toma de decisiones sobre su propia atención. Para lograrlo, se debe desarrollar un enfoque transversal, interdisciplinario y adaptable en la planificación, el diseño y la organización de los servicios, así como en la intervención profesional. La Fundación Pilares define este modelo como atención integral centrada en las personas (AICP): “la que promueve, desde la actuación sociopolítica y profesional, las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, partiendo del respeto a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias, y contando con su participación efectiva”<sup>385</sup>. La ACP sería la otra dimensión de este modelo, que requiere que el apoyo y la atención se presten sobre la base del reconocimiento individual y el conocimiento de las capacidades y fortalezas de cada persona, respetando sus valores y perspectivas, con el objetivo de fomentar su independencia, siendo la persona la principal protagonista de su vida y respetando sus deseos y preferencias en su proyecto personal de vida, respetando su autonomía moral y autodeterminación en la toma de

<sup>382</sup> VILLAR POSADA, Feliciano y SERRAT, Rodrigo, “Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona.” *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(4), 2017, pp.216-222, p.1

<sup>383</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, “La atención integral centrada en la persona”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº106. 2010, pp.6

<sup>384</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación nº8*, Op. cit.

<sup>385</sup> DEPENDENCIA.INFO, “Pilar Rodríguez propone la Escuela en AICP: El cambio es muy necesario, pero también es difícil llevarlo a cabo”, 2021, disponible en <https://dependencia.info/noticia/4315/actualidad/pilar-rodriguez-propone-la-escuela-en-aicp:-el-cambio-es-muy-necesario-pero-tambien-es-dificil-llevarlo-a-cabo.html> (última consulta, 15 de abril de 2023)

decisiones, sus derechos y su dignidad<sup>386</sup>; enfatizando en la importancia del ambiente en la atención de las personas, tanto el entorno físico (como la residencia) como el ambiente humano (como el equipo profesional), comprendiendo que ambos aspectos son esenciales para adaptarse a los requisitos del modelo, presentándose así el desafío de desarrollar nuevos roles profesionales, implicando la transformación de un modelo paternalista de atención a uno que se centre en los derechos y la promoción de la autonomía de las personas<sup>387</sup>. Este enfoque debe priorizar la planificación, el reordenamiento y la integración de los recursos para atender mejor a las personas, en lugar de obligarlas a adaptarse a los servicios.

Como tal, la ACP es un eje fundamental, tanto para la atención de calidad como para el sistema organizativo de varios servicios sociosanitarios, así como para otros sectores, como la vivienda, los productos de apoyo, la tecnología y la participación social, todo ello desde una perspectiva comunitaria.

Hablando de personas mayores, la ACP es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de aquellas personas que viven en residencias de cuidados de larga duración. Ya que cada persona es única y tiene necesidades y preferencias individuales, estas deben tenerse en cuenta en la atención que se les brinda<sup>388</sup>. La ACP es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia y sus cuidadoras/es, teniendo en cuenta sus necesidades, preferencias y circunstancias individuales. Este enfoque se basa en la idea de que cada persona es única y requiere un plan de cuidado personalizado que tenga en cuenta sus necesidades físicas, emocionales, sociales y culturales<sup>389</sup>. El objetivo principal de la ACP es garantizar la preservación de los derechos humanos y la dignidad de cada persona, una tarea de suma importancia y una gravedad incuestionable<sup>390</sup>.

La ACP exige, en el ámbito de las personas mayores, un proceso específico de diagnóstico dinámico y estructurado dirigido a detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la persona mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social. Este proceso resulta imprescindible para elaborar una estrategia interdisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo, estrategia cuyo fin último es lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, de calidad de vida de la persona. A dicho proceso se le denomina *Valoración Geriátrica Integral*<sup>391</sup>.

<sup>386</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad, 2014, Madrid: Tecnos.

<sup>387</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”, Op. cit., p.224

<sup>388</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación nº8*, Op. cit.

<sup>389</sup> COMAS D’ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, “Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia”, Op. cit

<sup>390</sup> ARREGI ETXEBERRIA, Félix, BONAFONT CASTILLO, Anna, GARCÍA MENDOZA, Ana, GARCÍA MILÀ, Xavier, GOIKOETXEA ITURREGUI, Marije, LINDSTRÖM KARLSSON, Astrid, LORENTE GARCÍA, Josefa, MARTÍNEZ MAROTO, Antonio, MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, MIRETE VALMALA, Carlos, RAMOS FEIJÓO, Clarisa, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar y VILÁ MANCIBO, Toni, “Ejercicio de derechos y deberes de las personas mayores en la vida cotidiana: guía para profesionales de residencias y otros centros”, Fundación Pilares, Madrid, 2021, p.10

<sup>391</sup> WANDEN-BERGHE, Carmina, “Valoración geriátrica integral”, *Hosp Domic*, 5 nº2, 2021, pp.115-124

En resumen, el objetivo del enfoque de ACP es promover el ejercicio de los derechos de las personas mayores, y su autonomía en la toma de decisiones para que puedan seguir viviendo de acuerdo con sus preferencias, participar en actividades significativas y lograr una vida decente. La participación efectiva de las personas a lo largo de su proceso de cuidado es una condición esencial para lograr este objetivo.

Tal como se ha mencionado anteriormente, la ACP es un principio específico o criterio cuyo reconocimiento e implementación es imprescindible para hacer posible todos los principios generales. Sin la ACP, la autonomía, los derechos, el trato igual, la dignidad personal, no pueden tener lugar.

Es una evidencia que los modelos de cuidados de las personas mayores orientados por la ACP tienen efectos positivos, desde luego para aquellas, pero también para las personas encargadas de los cuidados y las mismas organizaciones en las que estos se llevan a cabo. En este sentido la ACP tiene la posibilidad de actuar:

- Como garante del reconocimiento del valor y singularidad o individualidad de las personas mayores.
- Como medio para la autodeterminación de la persona, para desarrollar plenamente sus capacidades, participar activamente y sentirse mejor.
- Como enfoque integral para mejorar la calidad de vida de las personas mayores que precisan cuidados.
- Como herramienta que beneficia de forma especialmente importante a aquellas personas que presentan altos niveles de dependencia o un importante deterioro cognitivo.
- Como enfoque para mejorar la calidad de los servicios y orientar la buena praxis profesional en los servicios destinados a personas mayores. Efectos que atañen, sobre todo, a mejoras en dimensiones de calidad de vida y en bienestar subjetivo, como por ejemplo la reducción de la agitación en las personas con demencia.
- Como enfoque para mejorar la planificación de los cuidados, garantizando los derechos de las personas mayores y respetando sus preferencias y deseos en el modelo de atención y en la vida cotidiana.
- Como medio de mejorar las condiciones de las personas cuidadoras. En relación con las personas cuidadoras profesionales, diferentes estudios han demostrado efectos positivos si se comparan con quienes trabajan en modelos institucionales tradicionales (mayor satisfacción laboral, reducción del estrés laboral, menor incidencia del síndrome del quemado o *burnout*, que se describe por la presencia de tres factores: alto agotamiento emocional, tendencia al trato despersonalizado y baja realización personal en el trabajo).
- Como medio para coordinar las actuaciones de todas las personas implicadas en la atención y favorecer los apoyos que en cada momento pueda precisar la persona para seguir adelante con su proyecto de vida acorde a sus valores y preferencias.

### **2.2.2.- Promoción y protección de la autonomía y de los derechos fundamentales. Restricciones. Internamiento involuntario**

La autonomía conlleva la capacidad de ejercer los derechos fundamentales que se tienen reconocidos, su limitación es la limitación de las libertades y la propia dignidad. En resumen, y ya dentro del marco del modelo de cuidados de las personas mayores al que se pretende transitar, promocionar y proteger la autonomía y los derechos fundamentales significa velar por que las personas dispongan de las condiciones

adecuadas para desarrollar su proyecto de vida, potenciando las capacidades para la adopción autónoma de decisiones en los ámbitos social, familiar, económico, político, laboral, cultural y educativo.

Esas condiciones incluyen, sin duda, la atención a la prevención. Esta prevención se dirige a una promoción de la salud desde edades tempranas que permita reducir, por ejemplo, en el caso de las personas mayores, las enfermedades neurodegenerativas y oncológicas. La promoción de hábitos adecuados de salud, incluyendo la adherencia a dietas saludables, como la mediterránea, de una práctica regular de ejercicio físico, evitar hábitos tóxicos o el incremento de la formación y la información a las personas mayores, son acciones comprendidas en este punto<sup>392</sup>.

El conflicto que se plantea por el modelo de cuidados institucionalizado en relación directa con la limitación de la autonomía y los derechos fundamentales, es la lista de limitaciones o restricciones que una organización pensada en sí y para sí, como prioridad, impone a las personas cuidadas, las que en realidad han de ser objeto y fin primero de un modelo de cuidados respetuoso con los derechos humanos y la dignidad de la persona. Las “**restricciones**”<sup>393</sup> pueden definirse como aquellos actos, prácticas, dinámicas u omisiones, que tengan el propósito o el efecto de restringir el movimiento, la libertad de decidir y/o actuar de forma independiente de una persona, es decir el libre desarrollo de su personalidad<sup>394</sup>. Los argumentos para adoptar restricciones que limiten la autonomía y los derechos de las personas cuidadas de los servicios de atención y cuidados ya se vieron y son diversos: preventivas, sanitarias, de organización y logística, punitivas, entre otros. También se realizan por desconocimiento, descuido, ausencia de medios, etc.

En España se aprecia una gran variabilidad en el uso de restricciones físicas en las residencias geriátricas, y muchas veces dichas limitaciones no tienen ni la cobertura legal o normativa suficiente para implementarse, y muchas veces su uso no cumple ni el criterio de la necesidad, ni el de la proporcionalidad.

También es necesario hacer referencia al **ingreso no voluntario de las personas mayores en los centros residenciales**. El único precepto que regula esta materia es el **artículo 763 LEC**, que regula dicho internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, que si bien es un supuesto muy concreto, hoy la doctrina jurisprudencial es mayoritaria en aceptar la aplicabilidad del art. 763 LEC a todo internamiento involuntario de personas mayores en centros geriátricos<sup>395</sup>. La aplicabilidad del art. 763 LEC con carácter general a todos los internamientos, determinaría que cuando la persona mayor no esté en condiciones de prestar consentimiento válido al internamiento en establecimiento cerrado cualquiera que sea su finalidad (terapéutica o asistencial), por carecer o estar afectada su capacidad cognitiva, se exigirá autorización judicial (art. 763 LEC). En este sentido interesa destacar la crítica al art. 763 LEC a la luz de la Convención sobre los derechos de las personas con

<sup>392</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud*, Madrid, 2023, disponible en <https://www.helpage.es/helpage-international-espana-publica-el-informe-la-discriminacion-de-las-personas-mayores-en-el-ambito-de-la-salud/> (última consulta 28 de octubre de 2023)

<sup>393</sup> Para una visión completa de este tema debe verse lo relacionado a Restricciones en este Informe.

<sup>394</sup> Esta caracterización de las restricciones es la que se recoge en el “marco conceptual” y “Prevalencia y tipología de uso de restricciones en recursos de cuidado institucional”.

<sup>395</sup> DE VERDA Y BEAMONTE, José Ramón: “El internamiento involuntario de ancianos en centros geriátricos en Derecho Español”, *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, nº4, febrero 2016, pp.9 – 28.

discapacidad y de la Ley 8/2021, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. La comparativa no permite sostener la visión de la discapacidad desde un modelo médico por la que apuesta el art. 763 LEC en vez de apostar por un modelo social que ponga el acento antes que, en el trastorno, y al margen de la intervención judicial, en la voluntad y preferencia de la persona mayor con deterioro cognitivo y en los apoyos que pueda requerir para prestar su consentimiento favorable a su ingreso en el centro residencial o no<sup>396</sup>

- Utilidad de la promoción y protección de la autonomía y de los derechos fundamentales en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores

La promoción y protección de la autonomía y los derechos de las personas mayores en el ámbito de los cuidados actúa como medio para garantizar todos los principios generales que están en la base ética del modelo desinstitucionalizado. La garantía de esos derechos actuará:

- Como garantía de la protección de la dignidad humana de las personas mayores.
- Como límite estricto a la aplicación de restricciones y sujeciones.
- Como herramienta para la realización del proyecto de vida propio.
- Como medio para potenciar la autoestima de la persona mayor.
- Como acicate para acondicionar el entorno y domicilio de la persona mayor para favorecer conductas independientes.
- Como medio para asegurar un envejecimiento activo y saludable.
- Como medio de prevención de la enfermedad y/o discapacidad.

### 2.2.3.- Promoción y conservación del hogar propio: Derecho a la vivienda

Se deben poner todos los medios para que las personas mayores puedan permanecer en sus entornos de intimidad personal y familiar habituales, con los apoyos integrales y coordinados que sean necesarios, y puedan vivir con dignidad durante todas las etapas de sus vidas.

Nos encontramos ante un panorama complejo y heterogéneo: “sabemos que en las sociedades actuales permanecer en la vivienda habitual cuando la edad es muy avanzada y aparecen problemas de movilidad y necesidad de ayuda, presenta dificultades crecientes derivadas de un conjunto multidimensional de situaciones entre las que emergen con fuerza los cambios acaecidos en los modelos familiares, derivados especialmente de la incorporación de las mujeres al mundo laboral... un incremento incesante de personas mayores que viven solas y una complejidad y duración de las situaciones de dependencia no previstas hasta ahora”<sup>397</sup>.

<sup>396</sup> MIGUEL ALHAMBRA, Luciana y CHACÓN COMPOLLO, Raquel, “Internamiento en residencia de ancianos con demencia. Reflexiones con motivo de la entrada en vigor de la Ley 8/2021, de 2 de junio”, disponible en: <https://www.elnotario.es/opinion/opinion/11311-internamiento-en-residencia-de-ancianos-con-demencia-reflexiones-con-motivo-de-la-entrada-en-vigor-de-la-ley-8-2021-de-2-de-junio>

<sup>397</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.



Es necesario abordar las condiciones de habitabilidad de las viviendas propias de las personas mayores y garantizar la accesibilidad y seguridad de estas, con miras a que la persona pueda residir en ellas el mayor tiempo posible. Han de ser viviendas además próximas a entornos que promuevan y aseguren la autonomía de las personas mayores.

Es preciso dar respuesta a las necesidades, cambiantes, y preferencias y voluntades de las personas mayores, especialmente cuando su autonomía se resiente, pues en estos casos deben valorarse otras formas, nuevas formas, “alternativas de alojamiento, tales como las viviendas tuteladas, supervisadas o en comunidad, las unidades de convivencia, u otras alternativas existentes en diversos países de la UE, en función de las necesidades y preferencias de las personas mayores afectadas por pérdida de autonomía<sup>398</sup>.

Su importancia es decisiva, pues se trata de vías alternativas a la institucionalización de las personas, distintas a su hogar propio<sup>399</sup>, que promueven fórmulas de cooperación, solidaridad, en algunos casos intergeneracional, con diseños democráticos, participativos, donde la personas y su cuidado se sitúan en el centro de atención. En definitiva, las personas mayores son libres de decidir dónde vivir y en qué entorno: en su propia casa, en un entorno familiar, en viviendas compartidas, en entornos intergeneracionales o en otras modalidades residenciales<sup>400</sup>. El compromiso de las Administraciones Públicas de asegurar la viabilidad de cualquier de estas fórmulas, permitirá un mayor grado de atención a la heterogeneidad de las personas mayores y a las diferentes necesidades que pueden surgir, favoreciendo una atención flexible y adaptativa a las circunstancias de la persona en aras de favorecer la mayor autonomía e independencia posible.

Otra de las cuestiones que cabe tener en cuenta es la adecuación de la vivienda a la persona y sus circunstancias, y no al revés. El planteamiento de cómo deben estar diseñadas las viviendas o lugares residenciales, es importante para favorecer un envejecimiento activo y saludable<sup>401</sup>. Así, entre las variables analizadas, la percepción de ambiente hogareño es una de las que tienen un mayor peso. En contrapartida, el ambiente “institucional” se asocia con menos adaptación y diversas manifestaciones de malestar emocional en las personas con demencia (agitación, apatía, alteraciones del comportamiento).

La tendencia internacional en los países más avanzados es la apuesta por cuidar en un entorno de vivienda, bien creando nuevos edificios, bien transformando las tradicionales residenciales y creando en ellas tanto apartamentos con servicios externos

<sup>398</sup> Dictamen del Comité Económico y Social Europeo, *Hacia un nuevo modelo asistencial para las personas mayores: aprender de la COVID-19*, 2022/C 194/04, 2022

<sup>399</sup> DÍAZ VEIGA, Pura, SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización”, *Abendua*, diciembre 2022, p.51.

<sup>400</sup> VICENTE ECHEVARRÍA, Irene, *¿Dónde y cómo vivir?: Vivir en casa, vivir en comunidad y otras alternativas residenciales*, Cuaderno nº3, Colección Construyendo una sociedad inclusiva y amigable con las personas mayores desde los derechos, diciembre, Op. cit.

<sup>401</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

como pequeñas unidades de convivencia. La idea no es otra que recibir cuidados en entornos domésticos, en lugares que reproduzcan “la vida como en casa”<sup>402</sup>.

- Utilidad de la promoción y conservación del hogar propio/envejecimiento en el hogar en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores.  
La permanencia en el hogar propio actuará:

- Como medio para proteger los principios generales de dignidad, autonomía, seguridad e inclusión.
- Como medio para respetar las preferencias de las personas mayores respecto a su atención.
- Como medio para seguir su proyecto de vida digna.
- Como medio para favorecer una ACP.
- Como mecanismo para la humanización y normalización de la vida.
- Como medio para mantener la identidad y disponer de espacios propios personalizados.
- Como medio para favorecer el bienestar físico y psíquico.
- Como medio para promover el autocuidado y mantener la salud.
- Como medio para preservar su intimidad.
- Como medio para asegurar la calidad de vida de la persona mayor
- Como medio para que la persona gane más autonomía, libertad y autoconfianza.
- Como medio para mantener vivas las relaciones familiares y sociales y las redes comunitarias y evitar el aislamiento o la soledad.
- Como emplazamiento idóneo para una atención sociosanitaria personalizada y cercana.
- Como vía para transformar el modelo de atención y las respuestas a las necesidades de cuidado de las personas mayores.
- Como vía para evitar institucionalizaciones innecesarias o tempranas.

#### 2.2.4.- Protección de las relaciones familiares

La entrada en el modelo de cuidados no debe aislar a las personas mayores del ámbito emocional y de prestación de atención más inmediato, que es la familia. El apoyo a esta es una garantía del bienestar de las personas mayores.

La familia ha venido asumiendo a lo largo de la historia el rol de cuidados de las personas mayores en primera instancia<sup>403</sup>, antes que el Estado/Comunidades Autónomas, en cumplimiento del principio de solidaridad familiar intergeneracional<sup>404</sup>, prestando apoyo material y afectivo. No se ha favorecido una cultura de los servicios de cuidado como derecho de las personas mayores, y como factor que contribuye a su independencia, autodeterminación y autonomía de la persona. No se ha generado una familiaridad con

<sup>402</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

<sup>403</sup> LETURIA, Francisco Javier, INZA, Borja y HERNÁNDEZ, Carmen, “El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios”, *Zerbitzuan*, nº41. 2007, p.133

<sup>404</sup> BAZO, María Teresa, “Personas mayores y solidaridad familiar”, Op. cit.

dichos servicios ni con la ingente burocracia que hay que atravesar para acceder a ellos, para quienes precisan ayuda. En gran medida, sigue siendo estigmatizador el recurrir a dichos servicios cuando se tiene familia. El rol de cuidados ha recaído y recae aún, por excelencia, en las mujeres de la familia, y ello aun cuando estén incorporadas al ámbito laboral. Se trata de unas mujeres que asumen unos costes invisibles para los poderes públicos, pero que redundan en interés social<sup>405</sup>.

Los cambios sociales producidos en la familia impactan en las relaciones familiares. Las estructuras familiares han cambiado, las familias ya no son tan extensas como antaño, son nucleares (cónyuges o parejas solas, cónyuges/parejas y sus hijos/as, familias monoparentales/monomarentales). Conviene destacar asimismo que cuando se produce un incremento de servicios dirigidos a cubrir las necesidades, voluntades y preferencias de las personas mayores en su propio domicilio u hogar, se favorece que la atención de los familiares a las mismas no sea tan a diario, siendo las personas mayores más autónomas y libres, y pudiendo el apoyo familiar orientarse más al ámbito emocional y a la calidad del cuidado. Ahora bien, no en todos los países de nuestro entorno el papel de la familia es el mismo<sup>406</sup>.

Por todo ello, en el diseño de políticas y servicios para personas mayores cabe tener en cuenta las relaciones familiares de las personas mayores, que varían sustancialmente en función de sus circunstancias y de la cultura familiar y social. Las políticas y servicios no pueden seguir hipotecando el futuro y el libre desarrollo de la personalidad de las mujeres cuidadoras en la familia.

- Utilidad de la protección de las relaciones familiares en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores

La permanencia de las relaciones familiares actuará:

- Como medio para mantener el principio general de autonomía personal y relacional, así como la seguridad.
- Como medio para el libre desarrollo de la personalidad de las personas cuidadas y de las personas cuidadoras familiares.
- Como aporte a la seguridad que otorgan los vínculos afectivos.
- Como vía para asegurar las relaciones intergeneracionales que favorecen la socialización, mejoran la autoestima al sentirse miembro activo de la vida familiar y previenen la aparición de situaciones de dependencia o afectación de su salud mental.
- Como apoyo en la toma de decisiones, en el cuidado de larga duración en el hogar o en la residencia y como acompañamiento en los cuidados al final de la vida.
- Como elemento para combatir el aislamiento y la soledad no deseada.

### 2.2.5.- Atención comunitaria

La acción comunitaria en salud promueve la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito o espacio de convivencia. Es necesario establecer las condiciones para que las personas mayores

<sup>405</sup> DURÁN, María Ángeles, *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA Bilbao, 2002

<sup>406</sup> En este sentido resulta interesante el estudio elaborado por BAZO, María Teresa, y ANCIZU, Iciar, “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”, Op. cit.

consoliden y desarrollen sus vínculos sociales, tanto en la familia como en el ámbito de la comunidad.

La denominada “democratización de los cuidados” propone una organización social de los mismos en torno a cuatro ejes: (1) el reconocimiento de estos como una parte esencial de la vida socioeconómica, (2) la redistribución de su responsabilidad hacia todas las personas involucradas en este sector de la sociedad, (3) la reducción de las desigualdades sociales y de género que actualmente caracterizan su organización social, y (4) el empoderamiento de las personas que los proveen y los reciben<sup>407</sup>.

La aparición progresiva de estas experiencias comunitarias, gestionadas en su mayoría con apoyo público, ha sido percibida como una oportunidad para favorecer el desplazamiento del trabajo reproductivo desde la familia hacia otras esferas sociales a través de prácticas que ponen en valor a los cuidados como manifestaciones de la interdependencia de las relaciones humanas. No obstante, también se ha cuestionado la idealización de dichas experiencias, ya que la activación de la responsabilidad común en la gestión de los recursos no implica que automáticamente se dejen de lado lógicas de exclusión generadoras de desigualdades<sup>408</sup>.

- Utilidad de la atención comunitaria en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores

Esta atención comunitaria actuará como medio para:

- Mejorar las condiciones de vida de quienes habitan el espacio de convivencia.
- Reforzar los vínculos y la cohesión social, teniendo en cuenta a los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad y/o en riesgo de exclusión.
- Potenciar las capacidades de acción individual y colectiva en procesos de mejora de la salud y el bienestar.
- Permitir y promover la autonomía, los derechos, la participación, los cuidados y la seguridad de las personas mayores.
- Estimar la integración en el entorno y evitar el aislamiento.
- Asegurar el envejecimiento activo y saludable.
- La prevención de la dependencia y la discapacidad.

## 2.2.6.- Participación

Uno de los principios que implementan la ACP es el de “participación”. Las personas mayores deben participar y tomarse en cuenta sobre cómo debe ser su atención, sobre cómo ha de ser su día a día para que éste tenga sentido. Este es un asunto nuclear para permitir una atención centrada en las personas. “Que la persona, a pesar de su discapacidad o de necesitar apoyos y cuidados, pueda tener control sobre su vida y mantener una vida acorde a sus valores, preferencias y proyecto de vida, es lo que

<sup>407</sup> EZQUERRA, Sandra y MANSILLA, Elba, *Economía de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*, Ajuntament de Barcelona, 2018.

<sup>408</sup> CELI MEDINA, Patricia y EZQUERRA SAMPER, Sandra, “El rol de los espacios comunitarios de cuidado de personas mayores en la democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona”, *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género del Colegio de México*, nº6, dossier Género y Trabajo, 2020.

precisamente buscan y persiguen estos modelos de atención frente a otros enfoques donde terceras personas, profesionales y familiares, deciden por ellas”<sup>409</sup>.

En los últimos años, numerosas investigaciones coinciden en indicar que tanto las personas cuidadas como su entorno (familiares, amistades, etc.) deben estar presentes y participar durante el proceso de transición de la asistencia institucional a la de base comunitaria: durante el desarrollo, la ejecución y la evaluación de los servicios que reciben.

Para asegurar la participación de las personas mayores en su atención se deben tener en cuenta un conjunto de cuestiones relevantes relacionadas con las creencias de las personas cuidadoras acerca de las personas mayores y sus familias, el apoyo y personalización de los modos de participación individual y grupal, la participación de la familia, la participación del profesional de referencia.

De este modo, si nos referimos específicamente al nuevo modelo residencial, este debe llevarse a cabo desde postulados vinculados al modelo de gobernanza democrática, que promueve la participación real de las personas afectadas y del resto de la ciudadanía en la construcción de un modelo amable con las personas que necesitan ayuda.<sup>410</sup> Desde ese planteamiento, conviene reforzar la participación de las personas mayores, respetando su heterogeneidad y diversidad, en el proceso de elaboración y ejecución de políticas públicas que afecten sus intereses, lo que redundará en su envejecimiento activo.

- Utilidad de la participación en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores

La participación actuará:

- Como medio para realizar los principios de autonomía, derechos e inclusión.
- Como medio para empoderar a las personas mayores y mejorar su autoestima.
- Como medio para favorecer su enriquecimiento personal y social y su compromiso con la sociedad.
- Como medio para mejorar sus habilidades sociales y combatir la soledad no deseada.
- Como medio para favorecer su envejecimiento activo y saludable.
- Como medio para permitir que sus opiniones puedan influir los procesos de toma de decisiones que afecten sus intereses en cualquiera de los niveles en que se adopten.
- Como medio para fortalecer las redes sociales con otras personas.
- Como medio para contribuir al desarrollo de sus comunidades y a favorecer cambios que incidan en su entorno.
- Como medio para combatir los estereotipos de pasividad y dependencia existentes sobre las personas mayores.

---

<sup>409</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Ruta para la participación de la Persona en su Atención*, Matia Fundazioa, 2021, p.11.

<sup>410</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.



## 2.2.7.- Cuidados paliativos y muerte digna

La autonomía de la persona, también de la persona mayor, en la toma de decisiones alcanza también al ámbito de su salud, como reconoce la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Estas decisiones, incluidas las relativas a cómo morir, están enraizadas con los principios de libertad, dignidad y libre desarrollo de la personalidad, y afectan de lleno a su calidad de vida y a su “buena muerte” o muerte ideal o de “alta calidad”; porque también sobre ella tienen derecho a decidir las personas mayores<sup>411</sup>. La primera ley de muerte digna en España, la Ley 2/2010 de 8 de abril, de la Junta de Andalucía, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, en su Preámbulo afirma: “Morir constituye el acto final de la biografía personal de cada ser humano y no puede ser separada de aquella como algo distinto. Por tanto, el imperativo de la vida digna alcanza también a la muerte... El ordenamiento jurídico está, por tanto, llamado también a concretar y proteger este ideal de la muerte digna” (Apartado II).

En este sentido, hay que decir que los derechos de las personas mayores les asisten durante su vida, significa que también le acompañan en la muerte. Es fundamental que su decisión, la que quiera que sea, la tome la persona de manera informada, consciente y de acuerdo con sus valores, creencias, intereses y preferencias. Las personas mayores no pueden ser consideradas ni tratadas como objetos pasivos, privadas de decisión, ni como un conjunto homogéneo. Su condición de paciente no opaca su condición de sujeto de derecho<sup>412</sup>. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha reconocido que el derecho de autodeterminación respecto de los tratamientos médicos forma parte del derecho al respeto de la vida privada enunciado en el art. 8.1 CEDH, aun cuando su ejercicio pudiera conducir a la muerte del sujeto<sup>413</sup>.

El derecho humano a la muerte digna<sup>414</sup> abarca todos los derechos que asisten a toda persona, especialmente a la persona mayor que está más próxima al final de su vida, para decidir desde su libertad y autonomía cómo, cuándo y dónde morir. La muerte digna, contrariamente a lo que ha pretendido cierto sector doctrinal, no es contraria a los cuidados paliativos, ni los impide o dificulta. Estos cuidados, como el propio Tribunal Constitucional han señalado en la reciente sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023, “suponen una opción terapéutica que la persona puede rechazar desde su concepción personal de una muerte digna, que puede llevarle a preferir la anticipación directa de la muerte, opción asimismo amparada por el derecho de autodeterminación de la persona en el contexto eutanásico. Circunscribir a los cuidados paliativos las posibilidades médicas de la persona inmersa en una situación extrema de sufrimiento supondría una limitación tal del derecho de autodeterminación que no resulta compatible con el respeto a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad (art. 10.1 CE) ni con el derecho a la integridad personal (art. 15 CE)”.

<sup>411</sup> DMD, *Viejos, muerte y dignidad*, Revista DMD, 62/2013, disponible en: <https://derechoamir.org/wp-content/uploads/2019/05/62-revista.pdf> (último acceso 13 de octubre de 2023).

<sup>412</sup> CARBONELL MATEU, Juan Carlos, “Ley de eutanasia: Una Ley emanada de la dignidad”, *Teoría y Derecho*, nº29, 2021, pp.46-71.

<sup>413</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, asunto *Pretty c. Reino Unido*, 29 de abril de 2002, § 63 y 65, y asunto *Lambert y otros c. Francia*, de 5 de junio de 2015, § 142 y 180.

<sup>414</sup> PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique, “Las generaciones de Derechos Humanos”, *Revista del Centro de Estudios Políticos y Constitucionales*, nº10, p.209

En todo caso, la muerte digna abarca un conjunto diversificado y significativo de manifestaciones múltiples, personales, inalienables, libremente elegidas, que son opcionales no obligatorias para la persona mayor que afronta la muerte. Entre esas manifestaciones se incluyen: las que se anticipan al momento de la muerte<sup>415</sup>, el rechazo a un tratamiento médico vital, al encarnizamiento y obstinación terapéutica en cualquier momento, los cuidados paliativos, la sedación paliativa, e incluso, hoy ya es posible, el derecho a la eutanasia y al suicidio asistido a petición informada, expresa y reiterada de la persona, en contextos de sufrimiento por enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable.

Los **cuidados paliativos** están destinados a atender a personas con una enfermedad incurable y progresiva, en estado avanzado o terminal, que padecen un sufrimiento que se considera estará presente hasta el final de su vida y que estos cuidados buscan aliviar. Se trata de una prestación del Sistema Nacional de Salud incluida en su cartera de servicios categorizada como un derecho, al que se accede desde el/la médico/a de cabecera y desde el/la especialista en el hospital, con o sin intervención de unidades específicas de cuidados paliativos. Y así lo reconoce expresamente para las personas mayores la Ley 6/1999 de 7 de julio, de Atención y Protección a las Personas Mayores, en su art. 27. Más vaga resulta la formulación de la Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, que refiere el derecho a asistencia sanitaria “en el nivel especializado de atención que la persona mayor precise”. La normativa más explícita en términos de la atención al final de la vida es la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores de 15 de junio de 2015, que en su art. 6 reconoce el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez “hasta el fin de sus días”.

Por su parte, la eutanasia y el suicidio asistido, que es considerado como un derecho fundamental<sup>416</sup>, ha sido reivindicado desde hace muchos años por la sociedad. Finalmente, reconocidos y regulados por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, integran el derecho a la vida digna. Según el Tribunal Constitucional “la decisión libre y consciente de poner fin a la propia vida constituye una expresión de la autonomía personal que le es inherente, sin que sea concebible una comprensión absoluta del derecho a la vida opuesta a la dignidad de la persona que se halla en la situación trágica de sufrimiento, a cuya protección –como el resto de los derechos fundamentales– sirve desde una perspectiva individual como concreción normativa<sup>417</sup>”.

La autodeterminación de la persona al final de la vida se favorece también, por último, a través de otro instrumento, el más conocido **como testamento vital**, aunque tiene múltiples denominaciones en los diferentes territorios autonómicos donde se ha regulado la figura (documento de voluntades anticipadas o previas)<sup>418</sup>. Se garantiza que

<sup>415</sup> Como es el otorgamiento del popularmente conocido como “testamento vital” (documento de voluntades previas o anticipadas) por sí, llegado el caso, fuera imposible manifestar por medios propios su voluntad.

<sup>416</sup> PRESNO LINERA, Miguel Ángel, “La eutanasia como derecho fundamental”, *Teoría y Derecho*, 2021, nº29, pp.24-45

<sup>417</sup> Tribunal Constitucional, sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023, F.J. 6.

DE LUCAS MARTÍN, Javier, “El derecho a la eutanasia y al suicidio asistido”, en Derecho constitucional: suicidio y eutanasia, *Revista de Derecho a morir dignamente*, nº67, 2014, pp.8-11.

<sup>418</sup> En Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Catalunya, Euskadi, Galicia, Navarra y la C. Valenciana se denomina Documento de Voluntades Anticipadas (DVA); en Asturias, Castilla y León, La Rioja, Madrid y Murcia se denomina Documento de Instrucciones Previas (IIPP); en Andalucía lo llaman Voluntades Vitales Anticipadas; en Canarias lo acuñan como Manifestación Anticipada de Voluntades; en Cantabria Voluntades Previas y en Extremadura Expresión Anticipada de Voluntades.

la persona mayor, en pleno uso de sus facultades, determine cómo quiere morir, qué intervenciones médicas acepta y cuáles quiere evitar para no alargar su sufrimiento o su propia muerte en definitiva, cuando la situación es irreversible y no esté en condiciones de prestar su conformidad libre, voluntaria o consciente para solicitar la prestación de ayuda a morir, la designación de representante para exigir el cumplimiento de su voluntad y otras posibles disposiciones sobre patrimonio.

- Utilidad de los cuidados paliativos y la muerte digna en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores

Esta atención comunitaria actuará:

- Como medio para permitir y promover la autonomía, libertad, la participación, y los cuidados que aseguran la vida digna que incluye la muerte.
- Como medio para evitar los malos tratos, abusos, sufrimientos y padecimientos innecesarios en el final de la vida.
- Como medio para alfabetizar sobre los derechos relativos a la muerte propia y digna.
- Como medio para morir acompañado de las personas elegidas, cuando la persona está en una institución, en vez de hacerlo en soledad y rodeado de máquinas y profesionales sanitarios.
- Como medio para ser escuchado/a y respetado/a en las decisiones sobre la muerte.
- Como medio para morir con dignidad en casa y no en una institución, hospitalaria o residencial.
- Como medio para reflexionar y planificar la muerte anticipadamente, sin intervención de terceras personas en las decisiones sobre cómo morir.

## 2.2.8.- Responsabilidad pública

En un Estado social de derecho como el español, el ámbito de los cuidados no puede dejarse o delegarse al ámbito individual y privado. Ciertamente, el derecho a los cuidados de las personas mayores no está positivizado en nuestro ordenamiento jurídico, pero existe normativa sectorial (sanidad, dependencia, servicios sociales, educación, urbanismo, etc.) que constituye el marco protector general, aunque dicha normativa no se ha elaborado con un enfoque de edad. Sea como fuere, las administraciones públicas deben garantizar el adecuado funcionamiento del sistema de cuidados, asegurando la calidad de estos, tanto en el ámbito público como en el ámbito privado, y ejerciendo las competencias correspondientes en materia de planificación, coordinación, supervisión, inspección, régimen de sanciones y de autorizaciones de centros y servicios.

No cabe duda de que el nuevo modelo desinstitucionalizado que se aborda en este Estudio requiere una visión y actuación holística, que solo está en la mano de las Administraciones. Estas deben procurar “la armonización de intervenciones transversales en las que se integren el urbanismo, el diseño universal, la accesibilidad, la movilidad, transporte, vivienda o tecnología con las iniciativas de colaboración comunitaria y voluntaria y la provisión de servicios profesionales de índole sanitario y social. La viabilidad de asumir un cambio del modelo residencial tradicional en profundidad, requiere la existencia de un sólido sistema de servicios domiciliarios coordinados con los

servicios sanitarios y comunitarios, que den respuesta ágil, eficaz y sostenible al sistema de cuidados”<sup>419</sup>.

La construcción de este sistema exige un análisis de situación que incorpore el de las corresponsabilidades de todas las partes y sus roles (titulares de derechos y titulares de obligaciones), donde la obligación de quienes son titulares de obligaciones aparece como un elemento clave del EBD. Así, es conveniente analizar qué partícipes, públicos y privados, están implicados en el proceso de desinstitucionalización, para luego ver cuál es el alcance de la responsabilidad de cada parte<sup>420</sup>.

Saber quién tiene las competencias sobre políticas destinadas a personas mayores, es identificar a la Administración que será: la encargada de legislar y ejecutar lo dispuesto normativamente, la responsable de diseñar las estrategias de actuación política en la materia e implementarlas, la que tendrá la capacidad y también debiera tener la obligación de realizar el correspondiente seguimiento y evaluación de las políticas y la oportunidad de reformularlas. Todo con un único e imperioso objetivo, garantizar que el derecho a los cuidados y las distintas traducciones que tiene, se haga efectivo en un ámbito territorial<sup>421</sup>.

- Utilidad de la responsabilidad pública en el marco de la desinstitucionalización de las personas mayores

Esta responsabilidad pública actuará:

- Como medio instrumental para realizar todos los principios anteriores.
- Como impulsora de las normas y políticas públicas que deben construir el modelo de atención y cuidados de las personas mayores.
- Como garantía de que allí donde la igualdad y libertad de las personas no sean efectivas, se removerán los obstáculos para hacerlas viables.
- Como fuente principal de financiación de los servicios que deben configurar un modelo de cuidados desinstitucionalizado.
- Como instrumento en manos del cual puede producirse el cambio de modelo, hacia la ACP y con EBD.
- Como instancia fiscalizadora y de control de calidad y cumplimiento de las normas de aquellas entidades privadas dedicadas al cuidado de las personas mayores.

<sup>419</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

<sup>420</sup> DE LUIS ROMERO, Elena, *Una aproximación teórica al enfoque basado en derechos humanos en la Acción Humanitaria: del enfoque de Necesidades al de derechos humanos*, Op. cit.,

<sup>421</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

## Capítulo Segundo: Marco Competencial y los Roles Profesionales de la Red de Apoyos y Servicios de Base Comunitaria

A lo largo de este estudio, hemos subrayado la importancia de construir un modelo de cuidados y apoyos con EBD para que las personas mayores puedan llevar a cabo sus propios planes de vida al margen de la profundidad de sus necesidades de cuidado.

El abordaje del derecho al cuidado debe contemplar también la perspectiva de los derechos de las personas cuidadoras, pues la construcción de un cuidado con EBD implica que todas las partes involucradas (personas cuidadas y personas cuidadoras) lo hagan en un entorno compatible y garantista de sus derechos y libertades fundamentales.

De entrada, es preciso hacer referencia a las condiciones de empleo en las residencias. En mayo de 2023, el Colegio de Enfermería de València alertaba de “ (...) la falta de personal para las residencias de mayores “por las pésimas condiciones laborales”<sup>422</sup>. Se trata de una más de las llamadas de atención sobre el problema. El Defensor del Pueblo (2020) ha consignado en sus informes que no existe un número suficiente de personal en los centros residenciales, hecho que afecta directamente a la calidad de los cuidados, y ha propuesto, en consecuencia, una profunda revisión al alza de las ratios de personal de atención directa, pues han quedado manifiestamente desfasadas. Además, ha reclamado una mejora de la cualificación del personal que presta sus servicios en el sistema residencial.

El colectivo de personas cuidadoras no es homogéneo, pues en el coexisten distintas realidades que abarcan personas trabajadoras que desempeñan un empleo profesionalizado, ya sea en el hogar de otra persona (servicio de ayuda a domicilio) o en entidades externas (residencias, centros de día y de noche, etc.), personas trabajadoras del servicio del hogar familiar que realizan junto a las tareas domésticas actividades de cuidado, y personas cuidadoras naturales que pertenecen a la familia o al entorno de la persona que recibe los cuidados, sin que exista una relación jurídica contractual entre ambas y, en consecuencia, sin percibir una remuneración por las tareas de cuidado que desarrollan. Con todo, todas estas personas comparten dos rasgos comunes: invisibilidad y precariedad<sup>423</sup>.

En septiembre de 2022 el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 publicó un Informe en el que se aborda una completa evaluación de los recursos humanos del SAAD, capacitación profesional, calidad del empleo y necesidades de profesionales de los cuidados en los años venideros<sup>424</sup>. En el se concluye que “el desarrollo y la profundización del sector de la dependencia constituye un reto de primer orden para la sociedad española, pero también una oportunidad para el empleo y el desarrollo de infraestructuras, equipos, contenidos formativos y protocolos de calidad para la prestación de los servicios, logística de transporte especializado, etc., que redunda

<sup>422</sup> BONILLO, María, “Alarmante falta de enfermeras en las residencias de mayores por sus ‘pésimas condiciones’”, en *65 y Más*, mayo 2022, disponible en [https://www.65ymas.com/sociedad/alarmante-falta-enfermeras-residencias-mayores-pesimas-condiciones-laborales\\_37265\\_102.html](https://www.65ymas.com/sociedad/alarmante-falta-enfermeras-residencias-mayores-pesimas-condiciones-laborales_37265_102.html) (último acceso 13 de octubre de 2023)

<sup>423</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

<sup>424</sup> Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD), 2022, p.114 y ss.



decisivamente en la modernización del sistema de bienestar español y de una parte no despreciable de la economía de infraestructuras, industrial y de servicios, asociada a dicho sistema de bienestar, de manera que se atienda adecuadamente a las necesidades de las personas en situación de dependencia al mismo tiempo que se genera empleo y riqueza.

## 1.- Las personas cuidadoras de personas mayores en el marco de la desinstitucionalización

Sancho Castiello y Martínez Rodríguez<sup>425</sup> señalan que la ACP es un enfoque distintivo porque es un enfoque centrado en “las” personas (en plural), porque para brindar atención prioriza la apreciación del valor de las personas mayores, su plan de vida defiende y promueve su identidad personal pero también protege el objetivo de cuidar, ya que propone un cambio notable en el papel de las personas cuidadoras profesionales. Estas deben poseer experiencia en la atención y los cuidados directos de las personas mayores, la comunicación y la colaboración con la persona responsable y su familia, el trabajo en equipo con otros/as profesionales y proveedores/as de servicios, la gestión de apoyos y la coordinación de la atención y los servicios necesarios, sin perder el compromiso de salvaguardar los derechos y la dignidad de la persona bajo su cuidado. En definitiva y de acuerdo con lo anterior, la ACP es un enfoque extremadamente ventajoso tanto para las personas cuidadas como las personas cuidadoras profesionales, ya que disminuye la percepción de la demanda o la carga de trabajo, mejora su sensación de control sobre este y refuerza la creencia de que reciben un mayor apoyo de sus colegas y proveedores/as de servicios.

Ya hemos visto que la ACP implica un cambio cultural profundo en la forma en que se proporciona la atención a las personas mayores. Este cambio cultural requiere la transformación de la mirada hacia la calidad y la reconversión de los servicios y organizaciones. La forma en la que vemos y acompañamos a las personas que precisan cuidados evoluciona, y conduce a nuevos roles en el acompañamiento profesional, a nuevos modos de entender y organizar la provisión de apoyos, cuidados y acompañamiento<sup>426</sup>. Con todo, el modelo que la ACP nos propone es de gran complejidad y multidimensionalidad, y el cambio cultural asociado a esta transformación en nuestro modelo de atención es un proceso enormemente complejo en el que se han de colaborar diversos agentes y en el que se han de orquestar de forma progresiva diferentes intervenciones en entornos o espacios diferenciados en cuanto a sus características físico-arquitectónicas, organizativas, dotación de personal auxiliar y formación de este, equipos técnicos, etc<sup>427</sup>.

<sup>425</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

<sup>426</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación n°8*, Op. cit.

<sup>427</sup> DÍAZ VEIGA, Pura, URIARTE MÉNDEZ, Alberto, YANGUAS LEZAÚN, Javier, CERDÓ María Francesca, SANCHO CASTIELLO, Mayte, ORBEGOZO ARAMBURU, Ana, “¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial”, *Zerbitzuan*, n°61, 2016, pp.53–63.

Como se ha dicho, cuidar es un trabajo que consume gran cantidad de tiempo y esfuerzo. Los efectos del cuidado sobre las personas cuidadoras, en especial las personas a cargo de cuidados de larga duración, son muchos. Por ello, también las personas cuidadoras deben ser objeto de atención especial<sup>428</sup>.

La perspectiva de la ACP enfatiza la importancia que debe darse al trabajo de las personas cuidadoras, y al cambio de rol que estas tienen en el modelo tradicional, en el sentido de un acompañamiento que insiste en el empoderamiento de las personas mayores, en detrimento de “modos de hacer directivos”. Se crea así una figura garante de derechos, que abandona el poder paternalista hacia el apoyo en la determinación de las personas. Por otra parte, la ACP incide en la necesidad de transformar los objetivos clínico – terapéuticos. Estos pasan de ser objetivos únicos o prioritarios en los planes de intervención a englobarse en el proyecto de vida deseado por cada persona.

Una parte importante de los conflictos y disfuncionalidades que se producen en los centros (entre personas cuidadoras profesionales, personas cuidadas y familias) están relacionados con el modelo de atención. La rigidez en los protocolos, la uniformidad, la escasez de comunicación entre todas las personas involucradas, acaba propiciando un clima negativo que expulsa a no pocas personas cuidadoras de la implicación que su trabajo requiere, algo que obviamente repercute sobre el servicio que prestan. En este sentido, la ACP puede no ser la panacea a las dificultades que este contexto plantea (en sí mismas complejas), pero lo cierto es que con ella se generan ambientes más sanos y amigables, algo que repercute en el bienestar de todos/as. Desde este enfoque, se “busca el equilibrio entre las necesidades de las personas y los criterios organizativos, procurando soluciones desde la deliberación y el consenso, desde la escucha y la cooperación, facilitando de este modo un mejor clima”<sup>429</sup>.

El objetivo de esa transformación da lugar a un proceso relacional satisfactorio cuando tiene como consecuencia el “buen cuidar” con atención a las necesidades y preferencias de las personas cuidadas, velando por su bienestar, proporcionando un trato digno que posibilite el desarrollo de sus planes de vida personales. En este sentido cuidar supone mantener una relación muy concreta que no puede dar lugar a abandono, negligencia, ni sobreprotección.

Cuidar bien significa asimismo prestar atención a los detalles: no etiquetar, no estigmatizar, estar atentos a la comunicación verbal y no verbal, a las emociones expresadas y sentidas, cuidar el modo en que se habla con y de las personas a quienes se cuida. Las palabras importan. En esa dirección, son potenciadores de un buen cuidado: la calidez, el empoderamiento, el respeto y la aceptación.

Por otra parte, para lograr un ambiente favorable a la persona, los equipos profesionales deben contar con formación sobre ACP, actualizada de manera periódica, de manera que conozcan el significado conceptual y adquieran las competencias necesarias para el desarrollo de los diferentes elementos del modelo. Además, los equipos profesionales habrán de tener conocimientos sobre la relación que existe entre espacio físico y las actividades que deben desarrollar con sentido, de manera que el espacio también esté centrado en la persona y responda de manera positiva al funcionamiento

---

<sup>428</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

<sup>429</sup> MARTÍNEZ, Teresa, “Atención centrada en la persona... y en los profesionales ¿qué?”, [http://acpgerontologia.blogspot.com/2016\\_05\\_01\\_archive.html?m=1](http://acpgerontologia.blogspot.com/2016_05_01_archive.html?m=1) (última consulta 29 de mayo de 2023)

cognitivo, a los cambios sensoriales, a las preferencias, a los patrones, estilo de vida y biografía de las personas<sup>430</sup>.

En definitiva, cuidar bien significa personalizar el cuidado, atender a la individualidad, conocer la historia de vida, las necesidades, las expectativas y las preferencias de las personas mayores. Por eso el entorno y los apoyos provistos en el ejercen un papel primordial: los entornos hogareños y accesibles, las actividades significativas, las relaciones familiares y sociales, la cercanía a la comunidad y la flexibilidad organizativa, se configuran como elementos imprescindibles para procurar un envejecimiento desde los derechos humanos de las personas<sup>431</sup>.

## 2.- Marco competencial y roles profesionales que requiere el enfoque basado en derechos humanos

La construcción de un nuevo marco competencial y roles profesionales de servicios de apoyo y cuidados para las personas mayores, adoptando el EBD, implica tener en cuenta que el objetivo de esa tarea debe ser la realización de los derechos de todas las personas involucradas: personas mayores, los equipos profesionales y la familia. El medio para lograr dicho objetivo debe contar necesariamente con la participación estas personas y el resultado debe ser su empoderamiento. En el caso específico de las personas mayores, este desarrollo debe garantizar que sean reconocidas plenamente como titulares de derechos, y, por consiguiente, preservar su autonomía, dignidad e independencia en situaciones de vulnerabilidad, sin compromiso alguno.

El EBD representa entonces, un cambio significativo en la forma en la que se considera a las personas mayores, ya que rompe con la visión utilitarista de verlas como meras consumidoras y va más allá de considerarlas simplemente beneficiarias de servicios y prestaciones. Se las reconoce como sujetos de derechos y, por lo tanto, como personas ciudadanas con plenos derechos. El EBD es un poderoso instrumento transformador, que permite a las personas asumir el control y exigir sus derechos, así como la responsabilidad de cumplir con sus deberes como ciudadanas<sup>432</sup>.

Es importante reiterar que para llevar a cabo con éxito los procesos de desinstitucionalización desde una perspectiva de derechos humanos y lograr un nuevo modelo de apoyo y atención, es vital contar con personal capacitado en prácticas profesionales basadas en ACP y la ética aplicada dentro de un marco de derechos humanos.

A continuación, se exponen los principales roles profesionales que pueden derivarse del EBD aplicado a las personas cuidadoras profesionales:

<sup>430</sup> FUNDACIÓN PILARES, *Principios y criterios del modelo de atención integral y centrada en la persona* (AICP), disponible en <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/05/Principios-y-Criterios-AICP-1.pdf> (último consulta 13 de octubre de 2023)

<sup>431</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

<sup>432</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética*. Colección Papeles de la Fundación n°8, Op. cit.

## 2.1.- Profesional de referencia

Si bien no se trata de un rol novedoso, incluso se encuentra recogido en normativa vigente<sup>433</sup>, en la práctica no está cumpliendo con el papel para el que se previó inicialmente. El/la PR tiene un rol esencial en la aplicación del modelo de ACP, y se ha pensado para asegurar la coordinación entre todos los equipos profesionales que atienden a un persona determinada, para asegurarse que esta persona tenga la atención que requiere, respetando las cosas que son importantes para esa persona y lograr que se sienta mejor<sup>434</sup>.

La responsabilidad principal de este rol profesional es acompañar día a día a cada persona y asegurarse que esta tenga **realmente atención personalizada**, sobre todo en los centros en los que una persona tiene un equipo profesional a cargo de su atención<sup>435</sup>. Es crucial evitar la rotación de el/la PR, debe existir estabilidad ya que esto transmite una sensación de continuidad y facilita las interacciones sociales, especialmente para las personas con dificultades de comunicación. Esto, a su vez, permite al PR adquirir una mayor comprensión de las rutinas, inclinaciones, preferencias y patrones de participación social de las personas a su cargo<sup>436</sup>.

El/la PR deberá participar en la elaboración y puesta en marcha del Plan personal de atención y apoyo<sup>437</sup> de las personas a su cargo y se compromete de una forma especial en la protección de estas<sup>438</sup>. Martínez et al.<sup>439</sup> señalan algunas competencias y funciones de los y las PR:

- Comunicación con las personas y generación de una relación de confianza: se habla de reforzar vínculos emocionales y de confianza de la persona cuidada y de su familia, mostrarse cercana/o y disponible, servir de apoyo y referente de seguridad a la persona y familia en la incorporación y adaptación inicial al centro o servicio, saber dar apoyo y aliento en los momentos de mayor vulnerabilidad y sufrimiento, facilitar la comunicación con la persona cuidada y la familia.

---

<sup>433</sup> Existe normativa, generalmente en rango de ley autonómica, donde se establece el rol de el/la profesional de referencia, esto se desarrollará más adelante.

<sup>434</sup> MARTINEZ, Teresa, DÍAZ-VEIGA, Pura, SANCHO CASTIELLO, Mayte, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos. 5. Profesional de referencia en centros*, 2014, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/cuadernos-practicos-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-5-profesional-de> (última consulta 29 de julio de 2023)

<sup>435</sup> MARTINEZ, Teresa et al., *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos. 5. Profesional de referencia en centros*, Op. cit.

<sup>436</sup> DÍAZ-VEIGA, Pura, *Informe Cuidemi 2020. El Modelo de Atención Centrada en la persona: qué es y por dónde empezar*, Op. cit., p.68

<sup>437</sup> El texto dice “Plan de atención y vida”, pero estamos empleando el término “Plan personal de atención y apoyo” porque es el que se consigna en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022)

<sup>438</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

<sup>439</sup> MARTINEZ, Teresa et al., *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos. 5. Profesional de referencia en centros*, Op. cit.

- Conocimiento de cada persona: acercase a la biografía y proyecto de vida de cada persona, conocer las necesidades, lo que para la persona es importante y sus preferencias en relación con la atención, identificar competencias de la persona, dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas, observar y descubrir el día a día (lo que le agrada y le genera bienestar, lo que le produce malestar, sus opciones para tomar decisiones y tener control sobre su vida cotidiana en función de sus capacidades, oportunidades y apoyos que precisa.
- Búsqueda de recursos que generen capacidad y bienestar: saber conocer los recursos que tiene cada persona y facilitar que los pueda identificar, buscar y propiciar oportunidades de capacidad y bienestar (espacios, momentos, actividades), identificar recursos externos a la persona (en familia y amistades, en la comunidad, etc.).
- Apoyo al plan personal de atención y apoyo<sup>440</sup>: participar de su diseño, junto con los equipos profesionales del equipo técnico, apoyar y garantizar la participación e implicación de la persona cuidada en su propio plan, apoyar y velar por su desarrollo, observar y aconsejar su seguimiento.
- Coordinación, continuidad y coherencia de las intervenciones: gestionar la información personal necesaria para su adecuada atención, comunicarse y coordinarse con la familia y personas allegadas y con el resto del equipo profesional, saber solicitar ayuda al resto del equipo, identificando situaciones que pueden ser objeto de una atención personalizada.

Es muy importante señalar que la elección de el/la PR debe ser mutua, la persona cuidada debe aceptar y estar de acuerdo con su PR, no se trata de una designación de personal de manera aleatoria ni forzada. En un principio se puede realizar una asignación provisional hasta que la persona cuidada pueda tener una opinión y exprese sus deseos sobre quién desea como PR.

Por las características de este rol, lo más lógico es que se designe como PR a alguna persona correspondiente a los equipos profesionales de atención directa continuada porque son quienes más conviven con las personas cuidadas. La organización debe apoyar totalmente la labor de los y las PR y el resto de profesionales deben comprender y aceptar este rol.

Con relación a la regulación normativa de este rol, existen las leyes autonómicas que establecen que la persona cuidada tenga como PR, de manera obligatoria, a un/a trabajador/a social, tanto en el acceso al sistema de servicios sociales, como en los casos en los que se requiera una intervención de duración determinada, sin posibilidad alguna de que, tanto la persona cuidada como los distintos tipos de profesionales del equipo, puedan elegir otro/a PR para la misma. Carmona y Fernández<sup>441</sup> establecen que, dado que la elección de el/la PR es un derecho de la persona cuidada y debe realizarse con libertad, resulta paradójico que se establezca una reserva de actividad a una figura profesional específica y se prive a la persona cuidada del proceso de elección en función a sus deseos y necesidades. En el Anteproyecto de Ley de Condiciones Básicas para la Igualdad en el

<sup>440</sup> El texto dice “Plan de atención y vida”, pero estamos empleando el término “Plan personal de atención y apoyo” porque es el que se consigna en el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022)

<sup>441</sup> CARMONA BARRALES, David y FERNÁNDEZ TRUJILLO, Ramón, “El concepto de profesional de referencia en los servicios sociales: Un análisis crítico desde múltiples criterios éticos, lógico-formales y metodológicos.”, *Encuentros en Psicología*, diciembre 2020, pp.157-187



acceso y disfrute de los Servicios Sociales, se trata de corregir esto al establecer que, tras la valoración y diagnóstico inicial, se determinará, en función de las necesidades de la persona cuidada, si es pertinente otro/a profesional de referencia y si éste ha de ser trabajador/a social o provenir de otra disciplina.

## 2.2.- Gestor/a de apoyos

El/la gestor/a de apoyos es el/la encargado/a de coordinar y gestionar los apoyos y cuidados necesarios para cada persona, en colaboración con los servicios sanitarios y sociales disponibles. Entre las funciones de el/la GA se encuentran: realizar una valoración integral de la persona, teniendo en cuenta su situación familiar, su red de apoyo informal, sus preferencias, hábitos y directrices vitales significativas, establecer un plan personal de atención y apoyo<sup>442</sup> para cada persona (que tenga en cuenta sus necesidades y preferencias, y que sea co-diseñado con la persona, su PR y su entorno) y establecer una relación cercana y de confianza con las personas cuidadas, para propiciar un marco relacional personal que permita una atención más personalizada y satisfactoria. Además, el/la GA debe estar en contacto con los recursos y servicios públicos disponibles, para poder ofrecer una amplia gama de opciones y soluciones a las necesidades de las personas. Al igual que el/la PR, debe ser cercano/a y accesible para las personas cuidadas, con el fin de establecer una relación de confianza y cercanía que permita desplegar una atención más personalizada y satisfactoria tanto para quienes la proveen como para quienes la reciben<sup>443</sup>.

Comas d'Argemir et al. resaltan que este rol profesional adquiere mucha relevancia en países como España, donde existe aún muy poca experiencia en promover la capacidad de elección de las personas cuidadas<sup>444</sup>. A pesar de ello, existen numerosas experiencias basadas en la metodología de gestión de apoyos que se han desarrollado en España hace algunos años, como, por ejemplo: *Etxean Ondo* y *Etxean Bizi* en el País Vasco, "En mi casa" en Castilla y León, así como varios otros en Cataluña<sup>445</sup>.

La gestión de apoyos se ha convertido en una metodología de trabajo predominante, y está dirigida principalmente por profesionales de enfermería del sector de la salud y trabajadores/as sociales de los servicios sociales; pero otras profesiones también pueden desempeñar este rol siempre que reciban la formación correspondiente. El objetivo principal de este enfoque es desempeñar un papel de coordinación para proporcionar respuestas holísticas a las necesidades de la persona, integrando el apoyo y la atención de varios/as agentes profesionales, como los grupos sociales, sanitarios, tecnológicos, comunitarios, locales, familiares o informales. La ACP es la base de este

<sup>442</sup> El texto dice "Plan de Vida personalizado", pero estamos empleando el término "Plan personal de atención y apoyo" porque es el que se consigna en el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022)

<sup>443</sup> GARCÍA SOLER, Álvaro, ETXANIZ, Nerea, AZURMENDI, Maider, PRIETO, Daniel y ALDAZ, Erkuden, "Etxean bizi: ¿Es posible vivir en casa cuando se necesitan apoyos? Reformulando el modelo actual de provisión de apoyos y cuidados en el domicilio", *Zerbitzuan*, 78, 2022, pp.67-86, p.80

<sup>444</sup> COMAS D'ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, "Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia", Op. cit., p.67

<sup>445</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, "Capítulo 5: El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19" en *Informe España 2021*, Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino, Madrid, 2021, pp.337-408, p.378-379

rol profesional, ya que crea una cultura de cuidado que se adapta a las características idiosincrásicas de las personas y las comunidades, protege sus derechos y apoya a las personas a las que apoyan.

Dado que en nuestro sistema de servicios sociales no se gestionan los apoyos con presupuestos individualizados, esta metodología se ha diluido en los aspectos fundamentales del sistema. Sin embargo, la eficacia de esta metodología se ha demostrado en otras dimensiones. Por ejemplo, la experiencia de gestión de apoyos en proyectos como *Etxean Bizi*<sup>446</sup>, ha resignificado en el papel de los y las trabajadores/as sociales en los municipios, ya que la empresa gestora ha integrado todo tipo de recursos de proximidad e iniciativas comunitarias y voluntarias. En esencia, ha trascendido la mera gestión, procesamiento y distribución de los recursos públicos para centrarse en las personas con todos los medios disponibles.

Si bien el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD<sup>447</sup> señala que el personal de atención directa de segundo nivel se encargará de la gestión de apoyos, no se establece una definición de lo que implica esta gestión, ni existe una regulación específica sobre este rol profesional.

Es sumamente necesario establecer como metodología de trabajo imprescindible en todos los centros residenciales y servicios que se presten en la comunidad (teleasistencia, atención a domicilio, etc.) la gestión de apoyos y darle mayor relevancia al rol de gestor/a de apoyos, atendiendo siempre a los principios éticos de la ACP y con EBD.

### 2.3.- Asistente personal

El rol profesional de la asistencia personal va de la mano con la gestión de apoyos<sup>448</sup> y busca asistir a la persona en su vida diaria, fomentando su autonomía y bienestar<sup>449</sup>.

Las funciones de el/la AP variaran en función de las necesidades y preferencias de la persona a la que se presta asistencia, pero en general, se pueden destacar algunas tareas comunes, como la ayuda en la higiene personal, la alimentación, el vestido, la movilidad, la gestión de la medicación, la realización de tareas domésticas y la participación en actividades de ocio y tiempo libre. Adicional a las tareas prácticas, el/la AP juega un papel importante en la participación social de la persona a la que presta asistencia, y debe fomentar la toma de decisiones y la elección de la persona, así como apoyar su participación en actividades y eventos comunitarios. En cuanto a las competencias necesarias para desempeñar este rol, se requiere una formación específica en habilidades de apoyo y cuidado, así como una actitud empática y respetuosa hacia la

<sup>446</sup> GARCÍA SOLER, Álvaro et al., “Etxean bizi: ¿Es posible vivir en casa cuando se necesitan apoyos? reformulando el modelo actual de provisión de apoyos y cuidados en el domicilio”, Op. cit., p.76

<sup>447</sup> Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE 11 de agosto de 2022)

<sup>448</sup> COMAS D'ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, “Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia”, Op. cit., p.70

<sup>449</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Ruta Buen Trato para una vida con sentido - Rutas para el Avance en la Atención Centrada en la Persona*, Proyecto de Matia Fundazioa, 2022, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/ruta-de-buen-trato>, (última consula 29 de julio de 2023)

persona a la que se presta asistencia. También es importante tener habilidades de comunicación efectiva y capacidad para trabajar en equipo con otros/as profesionales y personas cuidadoras para poder coordinar los cuidados y servicios de manera efectiva<sup>450</sup>.

Adicionalmente, podemos señalar las siguientes competencias y cualificaciones para este rol profesional<sup>451</sup>: Conocimientos y habilidades técnicas para realizar las tareas de asistencia personal de manera segura y eficiente, habilidades de observación para detectar cualquier cambio en la salud o el bienestar de la persona y poder actuar en consecuencia, habilidades de resolución de problemas para poder enfrentar situaciones imprevistas o de emergencia, conocimientos y habilidades en el uso de tecnologías de apoyo (como dispositivos de asistencia o sistemas de comunicación aumentativa y alternativa) y conocimientos y habilidades en el ámbito de la discapacidad y la accesibilidad, para poder adaptar el entorno y las actividades a las necesidades de la persona mayor.

Con relación a la regulación normativa de este rol, en el Acuerdo por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)<sup>452</sup>, en adelante Acuerdo de AP, se define a la asistencia personal como servicio prestado por un/a AP que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal. Esta definición ha variado respecto de la que se establece en la LAPAD, donde parecería que se excluyen a las personas mayores del servicio de asistencia personal ya que el artículo 19 indica que la asistencia personal ha de facilitar el acceso a la educación y al trabajo. Además de la nueva definición establecida en el Acuerdo de AP, el anteproyecto para la Reforma de la LAPAD elimina ese criterio de edad<sup>453</sup>, y señala que:

“El servicio de asistencia personal tiene como finalidad la promoción de la vida independiente de las personas en situación de dependencia en cualquiera de sus grados, sobre la base de un plan personal de apoyos en el que se concreten las actividades, básicas e instrumentales, que le permitan desarrollar una vida más autónoma, en función de sus necesidades y preferencias personales”.

El Anteproyecto de la LAPAD amplía los supuestos de los servicios de asistencia personal y pueden aplicarse en la práctica para la priorización de su autonomía y su proyecto de vida.

---

<sup>450</sup> COMAS D'ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, “Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia”, Op. cit., p.65-66

<sup>451</sup> LÓPEZ-PÉREZ, Mercedes y ÁLVAREZ-NIETO, Carmen Á., “La asistencia personal en España. perspectiva de sus protagonistas: personas beneficiarias, responsables de la asistencia personal de las entidades proveedoras y asistentes personales”, *Global Social Work*, 10(19), Jaen, 2020, pp.224-256, p.247-248

<sup>452</sup> Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 30 de mayo 2023)

<sup>453</sup> Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, 26 de agosto de 2022, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/apl-modificacion-dependencia.pdf>

El rol de el/la AP con EBD y acorde al modelo de ACP debe ser integrador. Comas d'Argemir et al.<sup>454</sup> tienen una propuesta que plantea al rol de el/la AP como eje central de la red de apoyos para las personas mayores, realizando una integración de asistentes personales y trabajadores/as de los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD) y las empleadas del hogar bajo el rol de AP, con los mismos derechos laborales y vías de profesionalización equivalentes. Mejores condiciones laborales, mejor salario y la formación adecuada tienen un impacto directo en la calidad de los servicios.

Adicional a lo señalado en la descripción de los roles propuestos, se requieren otras habilidades no cognitivas, aplicables a todos los roles<sup>455</sup>: atención, escucha activa y observación, reflexión y comprensión, en aras de lograr la mejor conocimiento posible de la persona, aceptación de cómo son las personas, de su diversidad y de que sus valores, cultura o decisiones no han de ser las mismas que las nuestras, flexibilidad y adaptación de nuestro comportamiento y actuación profesional a cada persona/grupo en cada momento y contexto, y promover en todas las personas una actitud de aprendiz, que la humildad, la curiosidad y el deseo de seguir aprendiendo y mejorando sea parte de nuestra vida profesional.

### 3.- Roles profesionales para impulsar el cambio cultural

Educar a la comunidad en prácticas contra el edadismo, para lograr la inclusión de las personas mayores y que estas puedan participar activamente en su comunidad se presenta como una de las tareas fundamentales de estos nuevos roles profesionales así como buscar la participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones sobre su propia atención<sup>456</sup>.

Como acabamos de apuntar, uno de los elementos esenciales para la transformación del modelo de cuidados hacia los lineamientos planteados en esta investigación, es el cambio cultural en la visión de los cuidados. Esto implica cambios a nivel de las instituciones que se encuentran a cargo de la atención y apoyo de los cuidados de las personas mayores, así como un cambio a nivel comunitario (familiares y comunidad). En consecuencia, proponemos dos roles profesionales más que requiere esta nueva perspectiva de cuidados:

#### 3.1.- Gestor organizacional (cambio organizacional)

Actualmente, muchas organizaciones están desactualizadas y arraigadas en modelos organizativos que no promueven el bienestar de sus partes interesadas, por lo que se requiere una transformación de estas entidades. Existe una tendencia cada vez mayor a respaldar la progresión de los procedimientos de desarrollo organizacional desde las estructuras jerárquicas hacia centros colaborativos, donde se estimule a los equipos profesionales a participar junto a las personas cuidadas y sus familias, promoviendo el

<sup>454</sup> COMAS D'ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, "Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia", Op. cit., p.63.

<sup>455</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Ruta Buen Trato para una vida con sentido - Rutas para el Avance en la Atención Centrada en la Persona*, Op. cit.

<sup>456</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación n°8*, Op. cit.

aprendizaje y fomentando la mejora continua y la innovación. La modificación de la cultura organizacional exige una transformación de las organizaciones hacia un marco colaborativo que fomente el aprendizaje, la mejora continua y promueva la innovación en sus profesionales. Esto exige una mayor adaptabilidad en la auto estructuración de las tareas y permite un cambio en los roles profesionales hacia una atención más personalizada y centrada en la persona. Se hace hincapié en la necesidad de flexibilidad en la auto estructuración de las tareas por parte de los equipos, ya que esto permitiría un cambio de roles con una mayor autonomía y competencias más amplias relacionadas con el apoyo a las personas mayores en su vida diaria, tales como los señalados en el acápite anterior<sup>457</sup>.

En este sentido, se destaca la importancia de un rol que lidere y alimente esta visión, lo que implica un cambio importante en la forma en que se organizan las tareas y se gestionan los equipos. Es importante contar con un rol profesional con liderazgo, pero comprometido con la calidad de la atención y de establecer políticas y prácticas que fomenten un ambiente de trabajo positivo y colaborativo. Es esencial que todas las personas que conforman los equipos profesionales se sientan parte y que se les brinde oportunidades de participar en la toma de decisiones y en la definición de políticas y prácticas organizacionales.

### 3.2.- Promotor de cambio (cambio comunitario)

Como ya se ha dicho, es de suma importancia un cambio de cultura, cambiar la conciencia y las actitudes de la sociedad hacia las personas mayores<sup>458</sup>, el edadismo afecta a todas las personas responsables de las políticas, a los equipos profesionales sociosanitarios, a los medios de comunicación y a la sociedad en su conjunto<sup>459</sup>. Además, es indiscutible que la comunidad desempeña un papel vital en el desarrollo de las fórmulas de los cuidados, especialmente cuando se enfrenta al aumento de la demanda y a los déficits en la prestación de los cuidados. A pesar de que se pasa por alto en los estudios sobre el bienestar y los cuidados, la contribución de la comunidad a la formulación de nuevos imaginarios y prácticas de organización social del bienestar es fundamental. Es necesario establecer mecanismos de colaboración eficaces que integren los sistemas de salud, los servicios sociales y las familias, que articulen los niveles de competencia municipales, regionales y estatales, y que involucren a los sectores público y privado, las instituciones, las universidades, las empresas y el tercer sector<sup>460</sup>. Por lo tanto, resulta necesario un rol profesional que haga de enlace con la comunidad.

Los discursos de los y las entrevistados/as mencionan, entre otras, una figura denominada “promotor del cambio”, que como su nombre indica tendría la función de

---

<sup>457</sup> SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, Op. cit.

<sup>458</sup> KNAPP, Martin et al., *Crystallising the Case for Desinstitutionalisation: COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, 2021, Op. cit., p.7

<sup>459</sup> RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar et al., *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación n°8*, Op. cit.

<sup>460</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.



sensibilizar sobre la necesidad de generar cambios y nuevas formas de relación y consideración de las personas mayores y, sobre todo, de dotar de las herramientas para poder implementarlas. La inercia y la consolidación de formas determinadas de interacción lleva, en numerosas ocasiones, a reproducir unas formas de relación de manera acrítica y sin reflexión sobre los beneficios que el cambio puede aportar a todas las partes de la relación. La falta de formación para el desarrollo de formas de gestión alternativas a las tradicionales, así como la ausencia de diagnósticos aplicados y de inversión en recursos humanos y materiales, dificultan los cambios necesarios. Esta última cuestión, la inversión, presenta debates ya que constituye un argumento esgrimido en algunos foros como problemático, pero genera rechazo en otros por considerar que la cuestión relevante no es tanto la inversión sino de distribución de la misma.

*...provocar el cambio en cualquier dinámica de trabajo, necesita alguien dentro, que es el que la empuja ¿no?, no solo el que la lidera sino también los que empujan. Entonces para cualquier cambio de este tipo va a ser necesario (...) también formar a promotores del cambio (EPM12-17.03-Autonómico)*

Este rol profesional tendrá como labor principal, cambiar la mirada<sup>461</sup> de la comunidad hacia las personas mayores, la creencia sobre vejez, la dependencia y los cuidados. Debe tener actividades que generen una reflexión sobre cómo es nuestra mirada a las personas mayores que precisan cuidados, a las familias, sobre nuestras creencias respecto de los cuidados y de los roles profesionales. Las intervenciones del promotor de cambio deben generar en la comunidad un cuestionamiento sobre cómo deben ser los centros residenciales, si deben ser flexibles y adaptarse a las personas, si las personas tienen derecho a controlar su vida y decidir el tipo de atención que desean recibir. Asimismo, debe generar un cuestionamiento en los equipos profesionales sobre su labor con las personas mayores.

#### **4.- Identificación de itinerarios que describan los procesos de transformación hacia los nuevos roles profesionales**

La transición de un marco competencial y roles profesionales basado en la cultura institucional hacia uno con EBD, con el impulso de servicios de apoyos y cuidados de base comunitaria y familiar, requiere la implementación de una estrategia multisectorial. Al respecto, la Estrategia Europea de Cuidados anunciada por la Comisión Europea, ha presentado varias recomendaciones que consideramos deberían incluirse en los itinerarios de transformación: promover la negociación colectiva y el diálogo social con miras a mejorar los salarios y las condiciones de trabajo, garantizar los más altos estándares de seguridad y salud en el trabajo, diseñar la educación y la formación continuas para los equipos profesionales de los cuidados, abordar los estereotipos de género en torno al cuidado y lanzar campañas de comunicación, ratificar e implementar el Convenio N°189 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre personas trabajadoras domésticas, entre otros.

A continuación, se profundiza sobre aquellas propuestas más relevantes para este grupo poblacional:

---

<sup>461</sup> MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Ruta Buen Trato para una vida con sentido - Rutas para el Avance en la Atención Centrada en la Persona*, Op. cit.

## 4.1.- Revalorización de los cuidados

Sobre la línea de lo planteado por la Comisión Europea, al trazar la transición desde un modelo de cuidados institucional hacia uno con EBD e integrado en la comunidad, resulta absolutamente necesario revalorizar los cuidados.

Para abordar la creciente demanda de cuidados, es necesario que el sector no solo mantenga a su personal, sino que también atraiga a más profesionales con las aptitudes y competencias necesarias. La mejora de las condiciones laborales facilitará una mayor afluencia de personas a la profesión, en particular hombres, lo que redundará en un mejor equilibrio de género en el sector.

Para reforzar lo anterior, el establecimiento de un derecho específico a los cuidados tendría implicaciones importantes tanto para los receptores de los cuidados como para quienes prestan los servicios. El reconocimiento de los cuidados como una cuestión política que va más allá de los confines de la familia y el ámbito privado es bastante reciente y lamentablemente su impacto en la investigación social y política no ha sido proporcional a su importancia. La configuración en la LAPAD, y en el recientemente publicado Acuerdo a la Asistencia Personal, de un derecho subjetivo a acceder a una gama de servicios, con el objetivo de obtener la autonomía en las actividades diarias básicas, constituiría el núcleo de un derecho que, dada su dimensión social, merece un mayor desarrollo y promoción.

Camps<sup>462</sup> subraya la necesidad de una ética basada en los deberes con respecto al cuidado, y sostiene que cuidar a las demás personas, debe considerarse como un derecho y una obligación pública, y no una responsabilidad doméstica reservada a las mujeres. De Asís señala que, en las sociedades contemporáneas, los cuidados de las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia se considera un derecho fundamental y, por lo tanto, el Estado, las familias y el mercado trabajan juntos para garantizar que se satisfaga esta necesidad de cuidados<sup>463</sup>.

## 4.2.- Capacitación de los equipos profesionales

Con referencia a la capacitación de profesionales, debe enfatizarse que una mera transformación de las competencias y roles profesionales no es suficiente. El cambio en el modelo de apoyos, cuidados y acompañamientos requiere un cambio cultural y organizacional que implique un nuevo enfoque para abordar y participar en la comunidad. Por lo tanto, la sola incorporación del contenido de los derechos humanos en los diversos programas de formación para diferentes titulaciones no es suficiente. Este nuevo contenido debe traducirse en logros concretos para lograr la transformación deseada. Se considera insuficiente el mandato del artículo 4.2 de la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario<sup>464</sup>. Las competencias básicas relacionadas con el respeto de los derechos humanos deben materializarse en las funciones o logros específicos de los puestos de trabajo que posibilitan las diferentes titulaciones.

<sup>462</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

<sup>463</sup> DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y ELIZALDE SAN MIGUEL Begoña, “Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: Análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid.”, Op. cit., p.132

<sup>464</sup> Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario (BOE 23 de marzo de 2023)

Específicamente, sobre la formación profesional y los certificados de profesionalidad, la propuesta legislativa tiene dos formas para transformar los equipos profesionales. En primer lugar, lo relacionado con el artículo 9 del Acuerdo<sup>465</sup>, tiene como objetivo complementar las titulaciones existentes con un certificado de profesionalidad que incorpore contenidos relacionados con la ACP, la ética aplicada y los programas de inclusión, entre otros. Este enfoque también se propone en el Acuerdo de Asistencia Personal, que incluye en el anexo II una propuesta de módulos de formación para un certificado profesional específico en materia de asistencia personal<sup>466</sup>. El segundo canal se ha propuesto en el anexo (artículo 19) de este último Acuerdo, e implica la revisión de los certificados de profesionalidad existentes para adaptarlos a los requisitos del rol de Asistente Personal<sup>467</sup>.

La formación y capacitación de los equipos profesionales no solo abarca a quienes participan directamente en los cuidados y la atención de las personas mayores, sino que también requiere una revisión de los equipos profesionales que no están directamente relacionados con la prestación de cuidados, como el personal de transporte, el personal de los servicios de limpieza y entre otros, así como la familia y la comunidad de las personas mayores.

### 4.3.- Cambios en los convenios colectivos

Adicionalmente a la transformación de las competencias, es crucial analizar los términos y condiciones en los que una competencia y una formación se traducen en un puesto de trabajo. Esto requiere abordar los convenios colectivos. En primer lugar, la propuesta de puestos de trabajo que se contemplan en los diversos sistemas de clasificación profesional que sugieren ámbitos amplios y disímiles. En segundo lugar, no especifican los medios para alcanzar las competencias generales que se consideran más apropiadas para los diferentes puestos de trabajo.

En vista de todo esto, existe la necesidad imperiosa de un convenio colectivo que equipare, dentro de un mismo esquema de clasificación profesional, a los equipos profesionales que necesita el EBD e impulso de apoyos y servicios de base comunitario y familiar, para las personas mayores. Es en el Convenio Colectivo donde se deberían establecer las competencias más apropiadas para cada puesto de trabajo y sus respectivas vías de adquisición), los roles profesionales necesarios para el EBD y el impulso de apoyos y servicios de base comunitario y familiar, así como establecer criterios para designar a los equipos profesionales en los diferentes roles profesionales **teniendo precaución de no elitizar los cuidados**, para no excluir al inmenso grupo de cuidadoras que trabajan actualmente en los hogares de personas mayores (el cuidatorio). Además,

---

<sup>465</sup> Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022)

<sup>466</sup> Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 30 de mayo de 2023)

<sup>467</sup> Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 30 de mayo de 2023)

es crucial trascender los criterios de productividad para medir el desempeño de los equipos profesionales mediante la incorporación de otros indicadores, como el desempeño en competencias no cognitivas y calificaciones aptitudinales.

#### **4.4.- Cuidado de los equipos profesionales y las personas cuidadoras no profesionales**

El tema de la salud mental y el agotamiento profesional, también conocido como síndrome de *burnout*, no puede pasarse por alto cuando se trata de profesionales sociosanitarios, y tampoco en el caso de personas cuidadoras familiares. Como hemos repetido en varias ocasiones, aplicar el EBD a las relaciones de cuidados y apoyos supone tomar en cuenta la situación de todas las partes implicadas en la relación de cuidados.

Sabemos que es el sistema social, económico y cultural en el que se desarrollan las relaciones de cuidado es el que convierte el cuidado en práctica opresiva, es decir, si nuestro actual sistema de cuidado puede reconocerse como producto de la articulación concreta de prácticas sexistas, racistas, edadistas y capacitistas debemos no perder de vista la organización injusta y los roles que nuestra sociedad asigna a las partes en la relación de cuidado<sup>468</sup>. Y es que, solo teniendo en mente el conjunto de estructuras sociales sobre las que se desarrollan los cuidados y como estas explotan y oprimen también a quienes ejercen los cuidados, podemos construir un modelo de cuidados que se ocupe de todas las partes presentes en la relación.

Es imperativo que empecemos con el entendimiento fundamental de que brindar cuidados en condiciones adecuadas para las personas cuidadoras tendrá también un efecto favorable en las personas cuidadas. Pero recordando siempre que esta no es la razón única ni principal para que cuidar no se convierta en una práctica contraria a los derechos, sino que cuidar a quienes cuidan es precisamente la garantía de sus propios derechos.

#### **4.5.- Revisar viabilidad técnico-económica para adaptar infraestructuras existentes al modelo ACP**

Finalmente, no debe pasarse por alto la importancia del espacio físico y arquitectónico, tanto para las personas cuidadas como para los equipos profesionales. La tarea no consiste simplemente en concebir lugares estéticamente agradables, sino más bien en idear entornos significativos y estimulantes que posean una base científica. Es de suma importancia basarse en los conocimientos y las pruebas científicas, de manera que quienes deseen embarcarse en esta empresa puedan hacerlo con competencia desde el principio. La Administración debería impulsar iniciativas y asignar recursos para investigar la viabilidad técnico-económica de adaptar las infraestructuras existentes a los requisitos exigidos por el modelo ACP.

---

<sup>468</sup> VICENTE ECHEVARRÍA, Irene, *Un modelo de atención a la dependencia desde los derechos humanos: Herramientas feministas y de los estudios de la discapacidad para construir un sistema de cuidados*, Op. cit.

## Capítulo Tercero: Cambios Jurídicos Necesarios

### 1.- Ámbito internacional

Como se ha señalado anteriormente, en el ámbito de Naciones Unidas hay una ausencia de normativa específica que haga alusión a los derechos de las personas mayores y su derecho a los cuidados. La ausencia de esas normas no favorece la desinstitutionalización, pues las personas mayores no cuentan disposiciones ni enfoques que a nivel internacional respalden sus pretensiones de cuidados desde los DDHH.

La importancia de un instrumento específico redundaría en el efectivo disfrute de derechos y el acceso igualitario a los mismos por parte de las personas mayores<sup>469</sup>. Por ello, en la actualidad constituye una demanda social que se insta a incorporar en la agenda pública y política que genere un acervo común y un cambio en la percepción de las personas mayores como receptoras de prestaciones y servicios hacia las personas mayores como titulares de derechos y responsabilidades. La aprobación de una Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas Mayores, constituiría un hito importante, por el avance que representaría para el reconocimiento de sus derechos y su justiciabilidad, por la visibilidad que supondría para estos y porque constituiría un lugar de partida, básico, para el diseño de políticas públicas dirigidas a las personas mayores, particularmente en el ámbito de cuidados, así como para la identificación precisa de los sujetos responsables de implementar el modelo de cuidados.

Resulta del mismo modo interesante para España, la ratificación del Convenio Nº189 sobre personas trabajadoras domésticas de la OIT y la consiguiente adecuación de la normativa laboral y de Seguridad Social en la materia a las previsiones contenidas en el mismo, con la finalidad de dignificar el trabajo de estas personas.

### 2.- Ámbito europeo

A pesar del reconocimiento en la Unión Europea del derecho de las personas mayores a llevar una vida independiente, así como del acceso a los servicios sociales<sup>470</sup>, los esfuerzos realizados han sido insuficientes para la adopción en Europa de un modelo de cuidados desinstitutionalizador y centrado en la persona.

Lo que principalmente encontramos en el ámbito de la Unión Europea son estrategias e iniciativas que intentan promover el acceso a unos servicios sociales de calidad de los Estados miembros de una forma coordinada. Entre estas iniciativas cabe mencionar el Pilar Europeo de Derechos Sociales o la Estrategia Europea de Cuidados. Además, en el Libro Verde sobre el envejecimiento, adoptado en Bruselas en 2021 y dedicado a las personas mayores, se propone una respuesta política integral que incluya, entre otros, el refuerzo de las infraestructuras ambulatorias y de cuidados comunitarios.

A pesar de ello, cabe recordar que en el orden de distribución de competencias actual entre los Estados miembros y la Unión Europea, los servicios sociales entrarían

<sup>469</sup> Algunos argumentos a favor de un instrumento específico pueden encontrarse en COURTIS, Christian. ¿Es necesaria una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores? Notas sobre un debate actual, *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, (33), 2022, pp.114–133

<sup>470</sup> Artículos 25 y 34 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea



dentro del elenco de servicios sobre los cuales los Estados miembros tienen competencias para decidir cómo prestarlos. En este sentido, el Protocolo N°26 al Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea reconoce la importancia de los servicios de interés general, entre los que incluyen los servicios sociales, pero también reconoce la diversidad de estos servicios y el derecho de cada país a decidir cómo prestar estos servicios. También se reconoce la necesidad de garantizar un alto nivel de calidad, así como la igualdad de trato y el fomento del acceso universal a estos servicios.

No obstante, en este papel de fomento de la calidad y de la universalidad de los servicios sociales, la actividad de la Unión Europea de nuevo se sitúa en el plano de las estrategias, iniciativas y recomendaciones encaminadas a que los Estados miembros mejoren tales servicios. Por ejemplo, se han publicado directrices sobre la aplicación de normas en materia de ayudas públicas de la Unión Europea, y el Comité Europeo de Protección Social publicó en 2010 un marco europeo de calidad con directrices de carácter voluntario sobre el establecimiento y la evaluación de normas de calidad<sup>471</sup>.

### 3.- Ámbito nacional

#### 3.1.- Reforma constitucional

La Constitución Española (CE) atiende a las personas mayores en su artículo 50, pero lo hace desde una perspectiva antigua, desde el asistencialismo y la necesidad, obligando a los poderes públicos a garantizar la suficiencia económica a las personas mayores, estableciendo pensiones adecuadas y actualizadas periódicamente. Además, exige a la Administración que promueva su bienestar mediante un sistema de servicios sociales al efecto. Si bien es cierto que el artículo 50 de la CE da visibilidad a las personas mayores y constitucionaliza su estatus, parece circunscribirlo a la consecución de una suficiencia económica y un bienestar bastante genéricos. No enfatiza su interés por su consideración de personas ciudadanas, ni por la efectividad de sus derechos; pero un interés que, por ejemplo, sí queda reflejado en el precepto dedicado a las personas con discapacidad (aunque la terminología utilizada por nuestra norma fundamental no sea la adecuada desde una perspectiva de derechos humanos), en el que se obliga a los poderes públicos a ampararlas “especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a los ciudadanos”<sup>472</sup>. Una reforma del artículo 50 CE tendría de ir encaminada a ampliar la mirada constitucional hacia las personas mayores, reclamando para ellas la eficacia completa de sus derechos fundamentales y no sólo pensiones y servicios sociales.

Además de la reforma previamente justificada del artículo 50, es posible incorporar la revisión del artículo 14 para incluir la edad como uno de los posibles motivos de discriminación. La inclusión explícita de la edad en este contexto reforzaría aún más la prohibición de la discriminación por motivos de edad, un concepto que ha sido reconocido tanto por el Tribunal Constitucional como por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos.

---

<sup>471</sup> Disponible en el siguiente enlace: [https://ec.europa.eu/archives/commission\\_2010-2014/president/news/speeches-statements/pdf/20111220\\_1\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/archives/commission_2010-2014/president/news/speeches-statements/pdf/20111220_1_en.pdf)

<sup>472</sup> FLORES GIMÉNEZ, Fernando, “Las personas mayores en la Constitución española: derechos y garantías”, en CARDONA, María Belén, CABEZA, Jaime y FLORES, Fernando, (coord), *Edad, discriminación y derechos*, Op. cit.

### 3.2.- Una nueva Ley sobre Autonomía Personal

En 2006, se aprobó la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y a las Familias* (LAPAD, Ley 39/2006), estableciendo los parámetros para la creación del Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) que aspiraba a ser el pilar de las políticas públicas para el apoyo a las personas mayores. El objetivo principal de su implementación fue racionalizar y promover servicios de atención a la dependencia a través de prestaciones monetarias, encaminadas a financiar la contratación de personas cuidadoras no profesionales o asistencia doméstica, o en especie (cuidado formal), siendo estas últimas de carácter prioritario. La viabilidad económica del sistema se planeó combinando tres vías de financiación: Gobierno Central, aportación de las CCAA y copago de las personas cuidadas.

A pesar de lo prometedor de la creación del SAAD, su puesta en marcha reveló desde el principio importantes deficiencias. En la actualidad, no se toma en consideración la existencia de limitaciones y barreras sociales que configuran la situación de dependencia, definiéndose por la regulación actual la dependencia como la situación individual de la persona que sufre las limitaciones. Así, la dependencia se define en la LAPAD como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que tienen dificultades para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. En este sentido, la ley no se ha adaptado a la reforma de la legislación civil en materia de capacidad.

Asimismo, también cabe observar que el ámbito del cuidado definido por la Ley alcanza aquello que se entiende como la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, un concepto de ACP debería incluir, además, otras cuestiones que quedan fuera de la atención a la dependencia, incidiendo en la forma en que se lleva a cabo el cuidado, teniendo en cuenta las necesidades y preferencias de la persona cuidada. Ello es imprescindible para que la persona siga teniendo control sobre el entorno y sobre la forma en que desea recibir estos cuidados<sup>473</sup>.

Una de las debilidades más destacadas de la LAPAD es que no ha promovido la creación de servicios de cuidado formal fuera y dentro del hogar, el cual se suponía era uno de sus objetivos principales. Puesto que la dependencia iba a ser objeto de regulación jurídica, el vínculo moral entre cuidado y familia podría haberse quebrantado, no obstante, el proceso de desfamiliarización de los cuidados no se ha completado ni el Estado ha asumido la responsabilidad que le correspondería. En este sentido, LAPAD tampoco ha cumplido la expectativa de revalorizar la tarea de los cuidados, otorgar un valor contractual debería haber servido para reconocer el cuidado a las personas en situación de dependencia como un trabajo. Sin embargo, más que hablar de profesionalización de los cuidados deberíamos hablar de su mercantilización, dado que la falta de autonomía se ha entendido en sus componentes físicos y clínicos y no de manera global; así como de su feminización, dado que la mayor parte de los contratos se realizan a mujeres, reproduciendo la jerarquía entre géneros y no quebrantando el tradicional vínculo de género femenino con los cuidados.

---

<sup>473</sup> DALLI, María, “El cuidado de personas en situación de dependencia: encaje constitucional, marco jurídico actual y carencias normativas”, *Teoría y Derecho*, nº33, 2022, p.173.

Otros estudios han identificado una serie de carencias del sistema actual, entre ellos: a) la escasa financiación, b) problemas de cobertura del sistema, c) problemas administrativos del procedimiento de solicitud y tramitación, d) la dominancia de las prestaciones económicas sobre los servicios, especialmente la prestación para personas cuidadoras familiares, e) las carencias en la prevención de la dependencia así como en una dimensión personal de la forma en que se realizan los cuidados, f) las diferencias entre las comunidades autónomas, y g) la falta de coordinación sociosanitaria<sup>474</sup>.

Desde su creación hasta la actualidad el SAAD también ha presentado problemas de agilidad y flexibilidad. En relación con la agilidad, en una parte muy importante de los casos y en buena parte de las CCAA, el proceso de reconocimiento y posterior ejecución de las prestaciones resulta excesivamente lento incumpliendo las previsiones de la ley. Esta falta de agilidad se explica por rigideces en el propio procedimiento, la participación en muchos casos de demasiados actores mal coordinados y por la insuficiencia de medios humanos y materiales. Además, la falta de oferta suficiente de servicios hace que la asignación de estos se retrase. Una de las peores consecuencias de esta parálisis del sistema, agravada por las sucesivas crisis económicas, ha sido la existencia del llamado *limbo de la dependencia*: un grupo de personas reconocidas en situación de dependencia por el propio sistema, pero que están a la espera de recibir realmente las prestaciones. A 31 de diciembre de 2022, 177.423 personas se encuentran en lista de espera, el 11,9% de las personas con derecho (1,7 puntos menos que en 2021). A ellas hay que añadir 131.810 expedientes que están pendientes de valoración que suponen 7.214 más que hace un año. A finales de 2022 el número total de personas esperando valoración o prestaciones era de 309.233 personas<sup>475</sup>. Muchas de ellas, especialmente las personas mayores en situación de dependencia severa fallecen sin recibir la prestación o el servicio que se les ha reconocido. En concreto, durante el periodo interanual comprendido entre diciembre de 2021 y noviembre de 2022, fallecieron 45.360 personas en las listas de espera de la dependencia, 19.661 personas pendientes de resolución de grado de dependencia y 25.699 sin haber podido ejercer sus derechos derivados de la condición de persona en situación de dependencia. El 44,6% de las personas desatendidas (80.862) lo son en situación de dependencia con Grados III o II, es decir, tienen necesidades de apoyo extenso y continuado<sup>476</sup>. A 31 de diciembre de 2022, del total de personas valoradas como en situación de dependencia, el sistema atiende con alguna de las prestaciones o servicios indicados en la Ley al 88% (1.313.437 personas). El 12% restante (177.423 personas) está aún a la espera de recibir las atenciones a las que tienen derecho<sup>477</sup>.

En relación con la flexibilidad, por ejemplo, la LAPAD contempla, en su artículo 19, la asistencia personal como un servicio que promueve la autonomía personal, pero este se ciñe únicamente a los ámbitos laborales y educativos, limitando el radio de acción de la asistencia personal y dejando por fuera “múltiples facetas del ser humano en donde

<sup>474</sup> FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Op. cit.

<sup>475</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel et al., *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Op. cit.

<sup>476</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel et al., *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Op. cit.

<sup>477</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel et al., *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Op. cit.

está en juego su autonomía y toma de decisiones”<sup>478</sup>. Aunado a lo anterior, el SAAD no suele priorizar la asistencia personal ni aquellos servicios que favorecen el derecho de permanencia en el domicilio. De acuerdo con el XXIII Dictamen del Observatorio de la Dependencia, para el año 2022 la prestación económica por asistencia personal seguía sin despegar en muchos territorios autonómicos, manteniéndose en el 0.6% del total de atenciones desplegadas<sup>479</sup>.

Frente a estas distorsiones, como medida acordada en el *Plan de Choque de Dependencia*, en 2021 se llevó a cabo una evaluación completa del SAAD a partir del cual se pudo evidenciar la ineficiente prestación de los servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia. Se evidenció que estos no se ajustan suficientemente a las necesidades de las personas en situación de dependencia, ya sea por la escasa intensidad de la mayoría de ellas, como a sus carencias en términos de calidad, además de la propia limitación del catálogo de prestaciones y servicios. En el caso de los servicios tendientes a la promoción de la autonomía personal y al apoyo al mantenimiento de la persona en situación de dependencia en su entorno habitual como la ayuda a domicilio (atención a las necesidades del hogar y a cuidados personales) y la teleasistencia, el Observatorio de la Dependencia ha registrado para el año 2022 un bajo porcentaje de cobertura, así como una limitada intensidad horaria en la prestación de estos servicios.

Junto a las principales modificaciones legislativas que pueden deducirse de las carencias del SAAD ya descritos podemos resaltar otros como:

- Incorporación de la importancia de las barreras sociales como configuradoras de la situación de dependencia, adoptando el modelo social de dependencia en la línea de la normativa actual sobre discapacidad, y alejándose de una concepción individualista de la dependencia.
- Incorporación de la importancia de la forma en que se realizan los cuidados, prestando atención a la dimensión personal y emocional del cuidado, más allá del cuidado como instrumento para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- Implementación del EBD en la regulación del contenido de los servicios y prestaciones, que tenga en cuenta principios de la ACP.
- Promoción del plan individual de atención, como acuerdo en el que las personas que reciben cuidados ejerzan su participación y autonomía, y que más allá de manifestar los servicios y prestaciones que se desea recibir se extienda a toda una serie de cuestiones sobre las que se desea poder decidir, como los horarios, las actividades, los cuidados que se reciben, etc.
- Extender el reconocimiento del derecho a recibir prestaciones y servicios a las personas extranjeras con residencia en España, dejándose de exigir la nacionalidad española, de acuerdo con los principios de universalidad e igualdad en la titularidad de los derechos.
- Solucionar otros problemas actuales del sistema mediante las siguientes medidas: aumentar la financiación del sistema hasta al menos el 2,5% del PIB como recomienda la Comisión Europea, acabar con las largas listas de espera,

<sup>478</sup> BARRANCO, M.<sup>a</sup> Carmen y VICENTE, Irene, *La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos*, Op. cit.

<sup>479</sup> RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel et al., *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, Op. cit.

publicaciones de estadísticas oficiales periódicas sobre los recursos existentes en las residencias, aprobar una regulación clara del régimen de autorizaciones de los centros, con una serie de características que vayan en la línea de un modelo desinstitucionalizador, y mejorar la capacitación de los equipos profesionales en las formas en que se prestan el cuidado incidiendo en habilidades como la atención, la confianza, la confidencialidad, la conciencia, la competencia o la cualificación.

### 3.3.- Una Ley de Servicios Sociales

Aprobación de una Ley de Servicios Sociales a nivel estatal que permita, desde el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de derecho, articular los distintos sistemas autonómicos de servicios sociales en una red integrada única mediante la definición de un suelo mínimo común de atención en todo el territorio y un sistema común de información.

### 3.4.- Ley Integral de Derechos de las Personas Mayores

Aprobación de una Ley Integral de Derechos de las Personas Mayores. Sería la primera ley de protección jurídica de las personas mayores en España, si bien existen algunas leyes y aproximaciones autonómicas. El anclaje podría partir de las conclusiones del Informe de ponencia del Senado sobre envejecimiento (2020).

## 4.- Ámbito autonómico

Con carácter general, la mayor parte de la normativa autonómica es anticuada en términos de desinstitucionalización. No todas las normas (leyes de servicios sociales o reglamentos relativos a centros) incorporan de manera decidida y concreta los elementos que obliguen a los poderes públicos a implementar políticas y servicios que transiten a un modelo en el que el EBD y la ACP sean centrales.

A nivel autonómico aún estamos ante leyes con principios desinstitucionalizadores, que incorporan el EBD y la inclusión de la persona mayor en su medio habitual, pero de manera muy principalista, en ocasiones excesivamente clásica (sin una decidida perspectiva de edad). Siempre a expensas de un desarrollo reglamentario que implemente adecuadamente los principios y directrices legales. Un claro ejemplo de ello es la Ley de Servicios Sociales de Murcia, que incorpora los elementos esenciales de un modelo menos institucionalizado, contiene algunas notas interesantes cuando subraya la necesidad de integración y coordinación de servicios, pero presenta algunas carencias al contener previsiones que pueden interpretarse como dirigidas a la ACP, pero no llegar a incorporar la terminología “centrada en la persona”, ni siquiera en las definiciones.

Aunque es cierto que todas las normas autonómicas que regulan los cuidados de las personas mayores contienen referencia a sus derechos fundamentales, este reconocimiento por sí mismo no es suficiente, y es necesario que se prevean mecanismos para la garantía de los derechos en la práctica. Por ejemplo, que se garantice la autonomía y la capacidad de decisión y elección de las personas que residen en instituciones en asuntos relacionados con aspectos organizativos, o que se reconozca el carácter de



derecho subjetivo del acceso a las prestaciones sociales, regulando un sistema accesible para ejercitar las posibles reclamaciones.

En lo que respecta a la promoción y conservación del hogar propio lo cierto es que las distintas leyes autonómicas de servicios sociales de ámbito comunitario, especialmente las más recientes, han apostado por la transformación del modelo de apoyos y cuidados hasta ahora existente circunscrito al ámbito asistencial y residencial, y apuntado y reconocido por el EBD y el envejecimiento en casa, como una manifestación del principio de autonomía, independencia y libertad en la elección del proyecto vital, por considerar que contribuye a reducir los niveles de dependencia y a prevenir la institucionalización en residencias o incluso a favorecer el retorno al hogar en caso de que la persona ya haya sido institucionalizada. Muchas de estas normas aún efectúan un reconocimiento muy básico, sin embargo, comienza a visualizarse con ello una apuesta decidida por fortalecer el ámbito convivencial y comunitario frente al ámbito residencial. Será necesario esperar y seguir las políticas públicas que se deriven de la concreción de este incipiente nuevo modelo.

En relación con el derecho a la vivienda, si bien se han sucedido numerosas normas en el ámbito autonómico en aras a garantizar el acceso a este derecho básico de colectivos en situación de vulnerabilidad, ninguna de ellas un hito claro en materia de desinstitucionalización de las personas mayores. La nueva Ley estatal de vivienda contiene avances claros en esta línea pues, como había venido haciendo la normativa internacional, define lo que se considera vivienda digna adecuada y lo que es una infravivienda; considerando digna aquella que responda a las necesidades de la persona mayor, que pueden ir variando durante las distintas etapas de su vida, por lo que redunda en criterios de habitabilidad y accesibilidad.

Para la protección adecuada de las relaciones familiares de las personas que reciben cuidados, ya sea en su propio domicilio, en el domicilio familiar o en una residencia, es necesario que las administraciones públicas y los gestores de los centros articulen diversas medidas. En el estudio que se ha llevado a cabo de la normativa autonómica en relación con la implementación de este principio, se ha podido comprobar que la legislación existente normalmente adopta alguna medida para proteger las relaciones familiares, si bien estas medidas están encaminadas o bien a favorecer el cuidado en el domicilio familiar o bien a promover el contacto con los familiares desde los centros. Por el contrario, lo deseable será que en todas las Comunidades Autónomas se adopten medidas adecuadas independientemente de donde se provean los cuidados. Algunas de estas medidas serán: garantizar el derecho a recibir visitas de las personas cuidadas que vivan en residencias, involucrar a los familiares en la vida de los centros, articular programas de apoyo a la permanencia en el propio hogar, *reforzar los servicios de ayuda a domicilio y la teleasistencia*, y garantizar, si así se desea por la persona cuidada, que se tenga en cuenta el ámbito próximo al de su residencia a la hora de reconocer las prestaciones y de elegir el centro residencial.

En la mayoría de la legislación existente en Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales, el principio de atención comunitario se reconoce de forma embrionaria, y sin que se acompañen de las medidas adecuadas para hacerlo efectivo.

Así pues, aunque se reconozca que se debe promover la integración de los servicios de la comunidad, es deseable que en las legislaciones se contenga al menos un catálogo de medidas específicas. Aunque existen normas como decretos u órdenes que regulan el funcionamiento o la acreditación de los centros, no todas las normas de este tipo incluyen medidas encaminadas a favorecer la integración comunitaria. Algunas

medidas que deben reconocerse son: el emplazamiento de los centros residenciales en el entorno urbano o con conexiones de transporte público a los núcleos urbanos, la implementación de viviendas colectivas en régimen de prestaciones integral de servicios, la garantía de una adecuada coordinación sociosanitaria, todo ello con la finalidad de que las personas cuidadas que viven en centros residenciales tengan la *posibilidad de utilizar los recursos comunitarios en igualdad con el resto de la población*.

En materia de promoción a la autonomía y atención de la dependencia, aunque a nivel estatal ya se reconoce la participación de las personas mayores en la elaboración del plan de atención, es necesario que esto se cumpla de forma efectiva, por lo que la normativa autonómica de servicios sociales, así como otras normas sectoriales sobre el funcionamiento de los centros, deberán reconocer la necesaria participación de las personas mayores en las cuestiones que les afectan. En este sentido, suele reconocerse el principio de participación de forma principalmente genérica y en el sentido de la necesaria obtención del consentimiento informado para la participación de las actividades. No obstante, deben establecerse medidas más concretas. Por ejemplo, un Consejo de participación en el sentido que lo hace la normativa navarra, o la participación de las personas mayores tanto en programas de atención primaria como secundaria, en el sentido de la normativa valenciana, además de todo lo relativo a sugerencias, quejas, reclamaciones y agradecimientos.

Los avances normativos en el reconocimiento del derecho a cuidados paliativos y a la muerte digna, incluida el derecho a la eutanasia, son innegables y decisivos. Son numerosas las leyes que a nivel autonómico (en materia de cuidados paliativos) y estatal (en lo relativo al derecho a la eutanasia) se han ido aprobando para dar respuesta a una clamorosa demanda social: morir bien, sin sufrimiento. No obstante, el reconocimiento a nivel legal de este derecho y las obligaciones que se derivan de él para las administraciones públicas, no supone una garantía de morir con dignidad. Algunas de las dificultades que en la práctica encuentran estos derechos son la falta de información de las propias personas mayores respecto de sus derechos y de formación específica de los equipos profesionales sanitarios que pueden demorar la toma de decisiones, la escasez de recursos económicos, especialmente en el ámbito rural, las reducidas o nulas voluntades previas que anticipan los deseos, voluntades y preferencias de la persona mayor llegado este momento, y, en consecuencia, la toma de decisiones por un tercero sobre dónde, cómo y cuándo morir, que no siempre prioriza y se armoniza con lo que la persona hubiera querido o deseado.

En otro sentido, podemos considerar que todas las administraciones públicas deber ejercer las competencias correspondientes en materia de planificación, coordinación, supervisión, inspecciones de calidad, así como establecer un régimen de sanciones y de autorizaciones de centros y servicios. Para ello, aunque no es algo que suele reconocerse explícitamente, las leyes autonómicas en materia de servicios sociales deben reconocer que es la Administración Pública la responsable de la supervisión de la red de servicios sociales, así como de los centros residenciales, con independencia de que estos sean de titularidad pública o privada. Sin embargo, además de ello, deben articularse medidas para la efectividad de este principio, como la obligación de los poderes públicos de desarrollar un plan de servicios sociales, de establecer un marco de calidad del mismo, establecer un sistema de inspecciones de los centros públicos y privados, así como reconocer medidas para la adecuada coordinación sociosanitaria, y hacia la efectividad de todos los principios reconocidos. En relación con el sistema de infracciones y sanciones, no es adecuado que se prevean, como se hace en algunas Comunidades,

sanciones por el incumplimiento de las personas mayores de las normas de los centros, sin que se reconozca un sistema de ayuda social de emergencia que cubra en todo caso las necesidades básicas, en caso de que se paralice la prestación durante un periodo de tiempo.

Como hasta aquí hemos visto, uno de los grandes problemas a los que debe enfrentarse cualquier proceso de desinstitucionalización tiene que ver con la situación de quienes en cuidan a las personas mayores. La falta de recursos suficientes y de equipos profesionales cualificados para una atención de forma individualizada y personalizada ha sido ya suficientemente aludida. Además de personal suficiente, este debe recibir formación continua y poder disfrutar de unas condiciones laborales dignas.

Dos herramientas pueden resultar decisivas para la adecuación jurídica a nivel autonómico con el nuevo modelo propuesto y de cara a solventar los problemas descritos en este apartado:

- La redacción y aprobación de leyes integrales de protección de los derechos de las personas mayores, para lo cual la ley de servicios sociales de la Comunitat Valenciana puede servir de inspiración, y
- La revisión y aprobación de la normativa que regula la acreditación, calidad y funcionamiento de los centros y servicios residenciales y a domicilio, incorporando en ella la filosofía que se desprende del modelo de ACP y del EFB.

## 5.- **Ámbito local**

Las entidades locales, en tanto sean Administraciones públicas, han de sentirse interpeladas por el nuevo modelo de ACP para los cuidados de las personas mayores. Son también responsables de garantizar los derechos de las personas mayores, siendo la Administración más cercana a las mismas. El análisis de la normativa local permite apreciar una preocupación por el envejecimiento activo de la población y el respeto y cuidado de las personas mayores a nivel municipal. Pero no existe un enfoque global a este nivel efectuado desde los derechos de las personas mayores y desde las obligaciones que estos determinan para los municipios. Se aprecia, por el contrario, una tendencia más generalizada a abordar las necesidades de las personas mayores desde los servicios sociales.

Sería deseable una mayor y mejor planificación precedida de un diagnóstico efectuado por barrios urbanos o áreas rurales que desde la identificación de los derechos de las personas mayores articularan las políticas concretas, programas, servicios o protocolos para hacerlos efectivos mediante la dotación presupuestaria correspondiente. Para ello resulta interesante un previa y efectiva recogida de datos que muestre la realidad concreta en la que se encuentran reconocidos, protegidos o promocionados los derechos de las personas mayores tanto en el ámbito urbano o rural. A tenor del diagnóstico previo efectuado, y en el marco de las Leyes y Estrategias autonómicas sobre derechos de las personas mayores pueden impulsarse estrategias locales entre las cuales tendrían un papel fundamental las destinadas a coordinar las estrategias sociosanitaria, institucional, formativas y empresariales, con la finalidad de conformar un marco general, transversal y completo para la atención y cuidados de las personas mayores.

En todo caso, comienzan a plantearse algunas iniciativas interesantes relativas a derechos de las personas mayores, como el de envejecer en casa y contribuir a prácticas desinstitucionalizadoras.

## CONCLUSIONES

El EBD es esencial para transformar el modelo de cuidados de las personas mayores en España, orientándose hacia el respeto y la promoción de sus derechos humanos. Este enfoque implica considerar a las personas mayores como sujetos activos de derechos, más allá de ser meros receptores de asistencia y protección. El EBD busca eliminar prácticas discriminatorias y asegurar que los cuidados contribuyan al reconocimiento y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores. Esto incluye garantizar su autonomía, dignidad, y participación en la sociedad. Además, el EBD actúa como una herramienta metodológica para el análisis y la mejora de políticas públicas, normativas y servicios, enfocados en identificar y abordar las causas de vulneración de derechos humanos y fortalecer las capacidades de todas las personas involucradas.

El cuidado desde este enfoque debe empoderar a las personas mayores para que tomen decisiones sobre sus vidas. Esto implica un cambio de paradigma del modelo médico al modelo biopsicosocial, donde la ACP es clave, ya que considera a las personas mayores como individuos únicos con derechos y preferencias propias, y busca su participación activa en la sociedad. La ACP promueve la permanencia en el hogar propio y evita la institucionalización, respetando la autonomía de las personas mayores y sus relaciones familiares. Es importante también prestar atención a los cuidados paliativos y la muerte digna, permitiendo que las personas mayores tomen decisiones informadas sobre su salud y el final de sus vidas.

Las administraciones públicas deben asumir la responsabilidad de garantizar un modelo de cuidados que respete los principios de dignidad, autonomía y derechos de las personas mayores, y debe financiarse, fiscalizarse y controlarse adecuadamente para asegurar su calidad y eficacia.

El impulso de un nuevo marco competencial y de roles profesionales requiere la participación activa y el empoderamiento de todas las partes involucradas, con el objetivo de preservar la autonomía y dignidad de las personas mayores. La capacitación en prácticas profesionales basadas en ACP y en ética aplicada dentro de un marco de derechos humanos es crucial para el éxito de este enfoque. La formación y actualización continua del equipo de profesionales es vital para la adopción efectiva del modelo ACP, incluyendo la comprensión de cómo el espacio físico puede influir positivamente en la cognición y el bienestar de las personas mayores. Cuidar bien significa atender a la individualidad y a las historias de vida, reconociendo que los entornos y los apoyos proveídos son fundamentales para un envejecimiento digno.

Desde la perspectiva del EBD, se proponen roles profesionales claramente definidos que aseguren la efectividad y humanización del cuidado. Estos incluyen: profesional de referencia, responsable de la coordinación y atención personalizada; la gestión de apoyos, a cargo de la coordinación integral de los cuidados; y asistente personal, que acompaña en la vida diaria fomentando la autonomía y el bienestar. El cambio cultural necesario para la implementación de la ACP implica una transformación tanto en la percepción de la calidad de los servicios como en la reestructuración organizativa. Este cambio requiere la colaboración de múltiples agentes y una progresiva orquestación de intervenciones en distintos entornos, para cumplir estos objetivos se

proponen dos nuevos roles profesionales: gestor organizacional, para el cambio organizacional y promotor de cambio, para el cambio comunitario.

Con carácter general, es necesario un impulso y apoyo a las leyes internacionales y comunitarias que regulan los derechos de las personas mayores. De modo más concreto, se aconseja una revisión y modificación de las normas jurídicas y administrativas estatales y autonómicas —desde la Constitución hasta los reglamentos internos de los centros residenciales— a fin de garantizar su adaptación al marco internacional de derechos humanos y a la implementación de los principios generales y específicos que se han desarrollado: el EBD; la ACP; la promoción y protección de la autonomía y de los derechos fundamentales, con especial rigor en las limitaciones a las restricciones; la promoción y conservación del hogar propio, así como el derecho a la vivienda; la protección de las relaciones familiares; la extensión de la atención comunitaria; la participación activa de las personas cuidadas de los servicios, en los procesos de toma de decisiones que les afecten, así como en el diseño de los servicios; los cuidados paliativos y la muerte digna; la asunción de la responsabilidad pública; y los cambios en la competencias profesionales de quienes cuidan de las personas mayores. En particular, monitorización de las leyes y normas reglamentarias sectoriales que de un modo directo o indirecto afectan al modelo de cuidados de las personas mayores, tanto por su obstáculo a la transformación de este es un modelo desinstitucionalizado como por su fijación de los parámetros más institucionalizadores y refractarios a la idea de la persona como centro.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que en el proceso de desinstitucionalización y la transición a modelos de cuidados de base comunitaria se asuma como principios rectores el EBD y la ACP. El primero, en tanto toma como punto de partida los derechos de las personas y su reconocimiento como titulares de derechos, posibilita y garantiza la provisión de los cuidados libres de discriminación de toda índole y, por ende, el goce efectivo de los derechos y libertades fundamentales de las personas mayores. El segundo, puesto que como enfoque reconoce la singularidad y unicidad de la persona y fija la mirada en sus capacidades frente a aquello que la hace dependiente. Reivindicar la ACP como uno de los ejes fundamentales sobre el que reposa un modelo desinstitucionalizador requiere valorar a la persona en su circunstancia, su contexto, situarla, para analizar su voluntad, sus deseos y preferencias, cómo garantizar su independencia, autonomía y el control de su vida cotidiana y cómo asegurarle calidad de vida. Bajo estos dos enfoques se espera armonizar la misión de las organizaciones que prestan atención a las personas mayores con sus preferencias, deseos y voluntades. En ese sentido, la autonomía se reconoce como asunto nuclear en la atención cotidiana y la gestión del centro (residencial o de alojamientos alternativos) o servicio se supedita a la calidad de vida de las personas.
2. Como lo demuestran experiencias internacionales exitosas de desinstitucionalización, se recomienda la construcción de un sólido marco normativo en los niveles internacionales, regionales y nacionales. En cuanto al nivel internacional y regional, se recomienda la creación de una convención sobre los derechos de las personas mayores, así como una normativa a nivel europeo,



emulando la experiencia interamericana, como directriz a seguir por los Estados Parte a la hora de legislar sobre materias que involucran a las personas mayores y que impactan en el reconocimiento y goce de sus derechos. Este tipo de normativas tienen como efecto el reconocimiento de las personas mayores como sujetos de especial protección y la prohibición de discriminación; la obligación de los Estados de proveer las condiciones necesarias para el desarrollo de una vida digna; y en materia de derecho a la salud, la obligación de garantizar de manera clara y accesible la información necesaria y el entendimiento de su diagnóstico, así como de las medidas o tratamientos para enfrentar su situación de salud; la provisión de un cuidado integral que respete su autonomía e independencia, así como la obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud, tanto en la esfera privada como en la pública, garantizando el mayor nivel de salud posible, sin discriminación y de manera eficiente y continua.

A nivel nacional, se recomienda un marco jurídico que, en primera medida, priorice el modelo de desinstitucionalización por encima de otros modelos de cuidados, para lo cual resulta pertinente, por una parte, la creación de una ley integral de derechos de personas mayores que promueva, proteja y asegure el reconocimiento y pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades de las personas mayores en condiciones de igualdad. Por otra parte, una ley sobre servicios sociales de base comunitaria, priorizando las prestaciones económicas vinculadas a servicios en entornos familiares y comunitarios, así como a la ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios que promueven el envejecer en casa, como la teleasistencia, la atención domiciliaria, la asistencia personal, así como la promoción de figuras y programas de apoyo y la utilización de tecnología que promueva el autocuidado y la permanencia en el hogar.

Teniendo en cuenta que es posible que los centros residenciales no desaparezcan, sino que experimenten una transformación organizacional a partir de los principios rectores de la desinstitucionalización, lo cierto es que las leyes o normas que se promulguen bajo este modelo deben establecer, con la mayor precisión posible, las condiciones en que estas instituciones y los servicios sociales en los nuevos alojamientos alternativos y en el seno del hogar asisten a las personas mayores, sobre todo, en lo atinente a la prohibición de todo tipo de violencia o mal trato hacia las personas mayores que requieren cuidados. En consecuencia, esta legislación o normativa debe prohibir cualquier manifestación de violencia y vulneración de los derechos de las personas mayores incluyendo el uso de restricciones. Por ello, se requiere que se incluya los límites legales con referencias claras y precisas sobre el no uso de sujeciones y las medidas en caso de incumplimientos, así como los casos concretos en que se deben aplicar y el modo adecuado en que debe hacerse.

3. Para transitar a un modelo de desinstitucionalización resulta fundamental la identificación de los factores de riesgos que pueden incitar a que las personas mayores inicien un itinerario de institucionalización. Sin embargo, la sola identificación de los riesgos no es suficiente, sino que se deben tomar medidas preventivas que eviten a toda cosa la institucionalización cuando no se encuentre entre los planes de las personas que requieren los cuidados. Una normativa-marco de un proceso de desinstitucionalización debe contar, entonces, con diagnósticos claros que parta de datos concretos, por una parte, del estado de la prestación de

los servicios bajo el modelo de cuidados institucionalizados, haciendo uso de indicadores de calidad del catálogo de servicios, en término de cobertura y calidad (específicamente en términos de intensidad de la prestación) para lo cual tomar como indicador la calidad de vida de las personas atendidas es fundamental. Esto es posible a partir de la implementación de sistemas de vigilancia, inspección y evaluación de los servicios prestados, preferiblemente a cargo de organismos independientes que respondan a las directrices establecidas por el Ministerio de Salud y/o Protección Social sobre la adecuada prestación de servicios, teniendo como referentes los derechos de las personas mayores y su calidad de vida. En este punto, un elemento a evaluar es la aplicación de prácticas corruptas del cuidado como el uso no necesario y desproporcionado de las restricciones en personas mayores asistidas por estos servicios. Es a partir de estos datos que se puede establecer rutas, programas, proyectos y políticas públicas orientadas a mejorar la asistencia sanitaria y social a las personas mayores, en aras principalmente de fortalecer las condiciones para envejecer en casa a partir de una atención integrada y personalizada y el fortalecimiento de los servicios de base comunitaria. Se recomienda que para la presentación de diagnósticos sobre los servicios sociales y la atención sanitaria se tome como insumo principal las experiencias de las personas mayores, pues son quienes conocen de primera mano las fallas y faltas de estos servicios.

4. Actualmente, la gestión de los cuidados sigue caracterizándose por ser *familista* y estar fuertemente feminizados. La insuficiente corresponsabilidad tanto pública como privada en el cuidado, demanda la promoción de la participación masculina en la provisión del cuidado, tanto profesional como no profesional; y la asunción por parte de los estados de sus obligaciones de cuidados son medidas primordiales, junto con la construcción de un amplio catálogo de servicios que respondan a las demandas diversas de las personas mayores. La transformación hacia roles profesionales ajustados al EBD y ACP demanda estrategias multisectoriales, que incluyen mejorar salarios y condiciones laborales, garantizar altos estándares de seguridad y salud en el trabajo, y abordar estereotipos de género. La formación, regulación y garantía de medidas laborales son requisitos previos y mínimos a la revalorización del sector profesional.
5. Se precisa además construir una fuente de financiación estatal y la creación de fondos públicos capaces de asumir la mayor carga económica del modelo de cuidados. Por ejemplo, en la provisión de un amplio catálogo de servicios, la subvención total o parcial de alojamientos del modelo de vivienda; aumento de las pensiones y la formación de las personas dedicadas a los cuidados.
6. En último lugar se precisan planes de sensibilización y concientización de la sociedad. En general estos planes deben ir orientados a rebatir los mitos y estereotipos sobre la vejez, los trastornos que en muchas ocasiones esta conlleva y brindar estrategias y herramientas de un tratamiento respetuoso de las personas mayores y sus derechos. En ese sentido, se recomienda la creación de campañas de sensibilización encaminadas a erradicar determinadas prácticas de cuidado, mejorar las relaciones entre personas cuidadas y cuidadoras, presentar la heterogeneidad del colectivo y proyectar a las personas mayores como titulares de derechos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, Antonio, CASTEJÓN VILLAREJO, Penélope ESPARZA CATALÁN, Cecilia, “La dependencia en las personas mayores”, *Sociedad y Utopía Revista de Ciencias Sociales*, nº30, 2007, pp.133-145.

ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, Pilar, FERNÁNDEZ MORALES, Isabel, RAMIRO FARIÑAS, Diego, PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio, *Una estimación de la población que vive en residencias de mayores*, 2020, disponible en <https://envejecimientoenred.es/una-estimacion-de-la-poblacion-que-vive-en-residencias-de-mayores/>

ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ACEITUNO NIETO, María del Pilar, RAMIRO FARIÑAS, Diego y CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. Informes Envejecimiento en red nº27*, Madrid, 2021, <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf>

ABELLÁN GARCÍA, Antonio, ESPARZA CATALÁN, Cecilia, *Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores*, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº99, 2009, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-solidaridad-familiar.pdf>

ANESHENSEL, Carol S., PEARLIN, Leonard I., MULLAN, Joseph T., ZARIT, Steven H. y WHITLATCH, Carol J., *Profiles in caregiving: The unexpected career*, Academic Press, San Diego, 1995

AÑÓN ROIG, María José, *Necesidades y derechos. Un ensayo de fundamentación*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, 1994, pp.286-287

AÑÓN ROIG, María José, Igualdad, Diferencias y Desigualdades, *Derechos y Libertades*, nº7, nº11, 2002, pp.131-132.

AÑÓN ROIG, María José, (coord.), *Teoría del Derecho*, Tirant lo Blanch, 2020.

AÑÓN ROIG, María José, GARCÍA AÑÓN, José, *Lecciones de derechos sociales*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, pp.95-105.

ARELLANO PÉREZ, Marta, GARRETA BURRIEL, María, CERVERA ALEMANY, Antón María, “Negligencia, abuso y maltrato”, *Tratado de Geriatria para residentes*, SEGG, 2006.

ARES CASTRO-CONDE, Cristina, “Envejecimiento y política: un debate politológico”, *Revista de Estudios Políticos*, 179, 2018, pp.171-198

ARIAS, Claudia Josefina, “La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación”, *Revista de Psicología da IMED*, vol.1, nº1, 2009, pp.147-158

ARIAS, Claudia Josefina, “El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad”, *Revista Kairós Gerontología*, vol. 16, nº4, 2013, pp.313-329

ARIZA RODRÍGUEZ, Fernando, “El derecho al servicio de los ciudadanos: ante el desafío de la vejez y el envejecimiento”, en ROMERO CASABONA, Carlos María (coord.): *Tratado de Derecho y Envejecimiento. La adaptación del Derecho a la nueva longevidad*, Fundación Mutualidad Abogacía - Wolters Kluwer, 2021

ARREGI ETXEBERRIA, Félix, BONAFONT CASTILLO, Anna, GARCÍA MENDOZA, Ana, GARCÍA MILÀ, Xavier, GOIKOETXEA ITURREGUI, Marije, LINDSTRÖM KARLSSON, Astrid, LORENZO GARCÍA, Josefa, MARTÍNEZ MAROTO, Antonio, MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, MIRETE VALMALA, Carlos, RAMOS FEIJÓO, Clarisa, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar y VILÀ MANCEBO, Toni, *Ejercicio de derechos y deberes de las personas mayores en la vida cotidiana: guía para profesionales de residencias y otros centros*, Fundación Pilares, Madrid, 2021

AZAR LOPEZ, Manuel, “Aspectos jurídicos de los servicios sociales: de la referencia constitucional a la legislación ordinaria”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, nº30, 2001

BALTES, Paul, BALTES, Margret M., “Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation” en BALTES, Paul, BALTES, Margret M., (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*, New York, Cambridge University Press, 1990, pp.1-34.

BARRANCO, M.<sup>a</sup> Carmen y VICENTE, Irene, *La discriminación por razón de edad en España. Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos*, 2020, Fundación HelpAge Internacional España, disponible en <https://www.helpage.es/informes-sobre-edadismo/>

BAZO, María Teresa, “Institucionalización de personas ancianas: Un reto sociológico”, *Revista Española de Investigaciones sociológicas*, nº53, 1991, pp.149-164

BAZO, María Teresa, “Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol.1, nº36, 2001, pp.8-14.

BAZO, María Teresa, “Personas mayores y solidaridad familiar”, *Política y Sociedad*, 45(2), 2008, págs. 73-85.

BAZO, María Teresa y ANCIZU, Iciar, “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada”, *Reis*, 1/105, 2004, pp.43-77.

BERNARDINI, María Giulia, “¿No tengo (aún o ya) la edad? (In)visibilidad, vulnerabilidad y violencia de las personas menores y ancianas”, *Derechos y Libertades*, nº46, enero 2022,

BERNIER, Sylvie, LAPIERRE, Sylvie, DESJARDINS, Sophie, “Social Interactions among Older Adults Who Wish for Death”, *Clinical Gerontologist*, vol. 43, nº1, 2020, pp.4–16.

BHARUCHA, Ashok J., ANAND, Vivek, FORLIZZI, Jodi, DEW, Mary Amanda, REYNOLDS, Charles F., STEVENS, Scott M., WACTLAR, Howatd D., “Intelligent assistive technology applications to dementia care: current capabilities, limitations, and future challenges”, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, nº2, 2009, pp.88–104.

BLÁZQUEZ MARTÍN, Diego, *Los derechos de las personas mayores: perspectivas sociales, jurídicas, políticas y filosóficas*, Madrid, Dykinson, 2007.

BOEKHORST, Selma, DEPLA, Marja F., FRANCKE, Anneke L., TWISK, Jos, ZWIJSEN, Sandra A., HERTOOGH, Cees M., “Quality of life of nursing-home residents with dementia subject to surveillance technology versus physical restraints: an explorative study”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, nº4(28), 2013, pp.356–63.

Boletín Oficial de las Cortes Generales Senado, Informe de la Ponencia Estudio sobre el envejecimiento en España, 2021, disponible en [https://www.senado.es/legis14/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG\\_D\\_14\\_259\\_2466.PDF](https://www.senado.es/legis14/publicaciones/pdf/senado/bocg/BOCG_D_14_259_2466.PDF)

BOSCH MEDA, Jordi, “El problema de la vivienda en la vejez en Cataluña”, *Architecture, City and Environment ACE*, vol.1, nº1, 2006, pp.80-101, p.84.

BOURASSA, Kyle J., MEMEL, Molly, WOOLVERTON, Cindy, SBARRA, David A., “Social participation predicts cognitive functioning in aging adults over time: comparisons with physical health, depression, and physical activity”, *Aging and Mental Health*, vol. 17, nº2, 2017, pp.133–146.

BRAVO GAMO, Fátima, “Personas mayores, vulnerabilidad y exclusión residencial: relatos autobiográficos de las causas que lo promueven”, Universidad de Deusto, 2022, pp.87, p.37.

BRIONES PERALTA, María Ángeles, y RODRIGUEZ MARTÍN, Beatriz, “Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol.52, nº2, 2017, pp. 93-101

BURGUEÑO TORIJANO, Antonio Andrés, “Atar para Cuidar: Uso de Sujeciones Físicas y Químicas en Personas Mayores dependientes que reciben cuidados



prolongados”, 2008, disponible en <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A661-7F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>

BURGUEÑO TORIJANO, Antonio, “Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer”, *Revista Agathos: Atención Sanitaria y Bienestar*, nº1(8), 2008, pp.4-11, p.3.

BUSTILLO, M<sup>a</sup>. Luisa, GÓMEZ-GUTIÉRREZ, Mar, y GUILLÉN, Ana Isabel, “Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años”, *Clínica y Salud*, nº29, 2018, pp.89-100.

BUTLER, Robert, “Ageism: another form of bigotry”, *The Gerontologist*, vol. 9, nº4, 1969, pp.243 a 246.

CABEZA, Jaime, “Estereotipos vinculados a la edad”, en Cabeza Pereiro, Jaime, Cardona Rubert, María Belén y Flores Giménez, Fernando, (coord.): *Edad, discriminación y derechos*, Aranzadi, 2019, pp.105

CAMPILLOS PÁEZ, Maria.T., PARDO MORENO, G., AGUDO POLO, S., PRIETO ARROYO, G., AGUADO REGUILÓN, D., LORENZO LORENZO, María J., “El anciano golondrina en la consulta de Atención Primaria”, *Medicina General*, nº49, 2002, pp.877 – 879.

CARMONA BARRALES, David y FERNÁNDEZ TRUJILLO, Ramón, “El concepto de profesional de referencia en los servicios sociales: Un análisis crítico desde múltiples criterios éticos, lógico-formales y metodológicos.”, *Encuentros en Psicología*, diciembre 2020, pp.157-187

CARMONA CUENCA, Encarna, “La protección de categorías de personas especialmente vulnerables en el Derecho español”, *Teoría y Derecho*, 9, 2011

CASTELLANO FUENTES, Carmen Luisa, “La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 14, nº3, 2014, pp.365-377

CARBONELL MATEU, Juan Carlos, “Ley de eutanasia: Una Ley emanada de la dignidad”, *Teoría y Derecho*, nº29, 2021, pp.46-71.

CARVALHO, María Irene, “Social work and intervention with older people in Portugal: a critical point of view”, *European Journal of Social Work*, 17:3, 2014, pp. 336-352

CELI MEDINA, Patricia y EZQUERRA SAMPER, Sandra, “El rol de los espacios comunitarios de cuidado de personas mayores en la democratización de los cuidados en la ciudad de Barcelona”, *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género del Colegio de México*, nº6, dossier Género y Trabajo, 2020.

CENSUSWIDE, *Encuesta sobre la situación de los cuidadores no profesionales en la sociedad española, 2019*, disponible en <https://www.merckgroup.com/es-es/informes/encuesta-esp%C3%B1ola-sobre-la-situaci%C3%B3n-de-los-cuidadores-no-profesionales-.pdf>

CHIAO, Chi, WENG, Li-Jen, BOTTICELLO, Amanda L, “Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan”, *BMC Public Health*, 2011, disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103460/>

CHUAN, Yeu-Hui, HUANG, Hui-Tzu, “Nurses’ feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients”, *Journal of Clinical Nursing*, vol.16, n°3, pp.286-294.

COHEN, Camille, NEUFELD, Richard, DUNBAR, Joan, PFLUG, Linda, AND BREUER, Brenda, “Old problem, different approach: Alternatives to physical restraints”, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.22, n°2, 1996, pp.23-29;

COHEN, Carol A, GOLD, Dolores P, SHULMAN, Kenneth I, WORTLEY, Jacinth Tracey, MCDONALD, Glenda, WARGON, Marcia, “Factors determining the decision to institutionalize dementing individuals: A prospective study”, *The Gerontologist*, n°33, 1993, pp.714–720

COLERICK, Elizabeth J, GEORGE, Linda K, “Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer’s disease”, *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 34, 1986, pp.493–498

COMAS D’ARGEMIR, Dolors, SANCHO CASTIELLO, Mayte y ZALAKAIN, Joseba, “Hacia una personalización de los cuidados y los apoyos en el marco del sistema de atención a la dependencia” *Zerbitzuan*, N.º 79, Junio 2023, pp. 61-74

COMAS-DÁRGEMIR, Dolors Y BOFILL-POCH, Silvia (eds.), *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la covid-19. Lo que nos ha enseñado la pandemia*, Tirant humanidades, Valencia, 2022.

COMISIÓN EUROPEA, *Estrategia Europea de Cuidados, 2022*, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

COMISIÓN EUROPEA, ESPN, *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018*, disponible <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9185>

COMISIÓN EUROPEA, *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care, Switzerland, 2018*, 2018

COMISIÓN EUROPEA, *Pilar Europeo de Derechos Sociales*, 2017, disponible en [https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSSR-booklet\\_es.pdf](https://www.educacionyfp.gob.es/dam/jcr:914b1a2e-a293-495d-a51d-95006a47f148/EPSSR-booklet_es.pdf)

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, *Derechos humanos de las personas mayores y sistemas nacionales de protección en las Américas: aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 31 de diciembre de 2022 / Comisión Interamericana de Derechos Humanos*, 2022, disponible en [https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/PersonasMayores\\_ES.pdf](https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/PersonasMayores_ES.pdf)

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL ESPAÑA (CES), *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, 2020, disponible en <https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>

COUNCIL OF EUROPE - COMMITTEE OF MINISTERS, Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of the human rights of older persons, 2014, disponible en <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=2162283&>

COURTIS, Christian. ¿Es necesaria una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores? Notas sobre un debate actual. *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, (33), 2022, pp.114–133.

CRENSHAW, Kimberlé, “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”, *Revista Estudos Feministas*, 10 (1), 2002, pp.171-188

CROEZEN, Simone, AVENDANO, Mauricio, BURDORF, Alex, VAN LENTHE, Frank J., “Social participation and depression in old age: a fixed-effects analysis in 10 European countries”, *American Journal of Epidemiology*, vol. 182, nº2, 2015, pp.168–176

CRUZ ROJA, *Reforzando vínculos: Promoción de la autonomía en entornos comunitarios. Segundo informe de seguimiento Periodo: 13 de julio de 2022 a 31 de diciembre de 2022*, disponible en <https://www2.cruzroja.es/reforzandovinculos>

CURRY, Nathalie, SCHLEPPER, Laura, HEMMING, Nina, *What can England learn from the long-term care system in Germany?*, 2019, disponible en <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2019-12/lci-germany-br1924-6-web.pdf>

DABOVE, Isolina, “El derecho de la vejez y la Constitución española”, en ROMERO CASABONA, Carlos María (coord.): *Tratado de Derecho y Envejecimiento. La adaptación del Derecho a la nueva longevidad*, Fundación Mutualidad Abogacía - Wolters Kluwer, 2021

DA SILVA, EM., SEPÚLVEDA-LOYOLA, Walter, MARTINS DA SILVA, J., CASTILHO DOS SANTOS, Géssika, PEREIRA, Camila, “Comparación entre simple y doble tarea, capacidad cognitiva y equilibrio postural en adultos mayores que participan

de tres modalidades de ejercicio físico”, *Revista Fisioterapia*, vol. 42, nº1, 2020; pp.33-38.

DALLI, María, “El cuidado de personas en situación de dependencia: encaje constitucional, marco jurídico actual y carencias normativas”, *Teoría y Derecho*, nº33, 2022, p.173.

DE ASÍS, Rafael, *Sobre discapacidad y derechos*, Dykinson, Madrid, 2013.

DE LUCAS MARTÍN, Javier, “El derecho a la eutanasia y al suicidio asistido”, en Derecho constitucional: suicidio y eutanasia, *Revista de Derecho a morir dignamente*, nº67, 2014, pp.8-11

DE LUCAS, Javier, AÑÓN ROIG, María José, “Necesidades, razones, derechos”, *Doxa*, nº7, 1990, 55-81.

DE VERDA Y BEAMONTE, José Ramón, “El internamiento involuntario de ancianos en centros geriátricos en Derecho Español”, *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, nº4, febrero 2016, pp.9 – 28.

DEL BARRIO TRUCHADO, Elena, PINZÓN PULIDO, Sandra, SANCHO CASTIELLO, Mayte, GARRIDO PEÑA, Francisco, “Ciudadanía activa y personas mayores: viejos conceptos, nuevos abordajes. Una revisión sistemática y metasíntesis cualitativa”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 5, nº55, 2020, pp.289-299

DÍAZ CALVARRO, Julia M<sup>a</sup>., “Políticas sociales y de atención a la dependencia” en *Extremadura-Portugal: Una guía para la cooperación transfronteriza*, disponible en: [https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/12456/1/978-84-09-24023-4\\_143.pdf](https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/12456/1/978-84-09-24023-4_143.pdf)

DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y ELIZALDE SAN MIGUEL, Begoña, “Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: Análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid”, *Zerbitzuan*, nº60, 2015, pp.131-141, p.132

DÍAZ GORFINKIEL, Magdalena y MARTÍNEZ-BUJÁN, Raquel, “Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España”, *Panorama Social*, 2018, pp.105-118, p.115

DÍAZ-VEIGA, Pura, *Informe Cuidemi 2020. El Modelo de Atención Centrado en la persona: qué es y por dónde empezar*, 2020, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/el-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-que-es-y-por-donde-empezar>

DÍAZ VEIGA, Pura, URIARTE MÉNDEZ, Alberto, YANGUAS LEZAÚN, Javier, CERDÓ María Francesca, SANCHO CASTIELLO, Mayte, ORBEGOZO ARAMBURU, Ana, “¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones

relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial”, *Zerbitzuan*, nº61, 2016, pp.53–63

DÍAZ VEIGA, Pura, SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “Unidades de convivencia para personas mayores en el marco del proceso de desinstitucionalización”, *Abendua*, diciembre 2022

DIJKMAN, Bea, ROODBOL, Petrie, AHO, Jukka, ACHTSCHIN-STIEGER, Sigrid, ANDRUSZKIEWICZ, Anna, COFFEY, Alice, FELSMANN, Miroslava, KLEIN, Regina, MIKKONEN, Irma, OLEKSIW, Katharina, SCHOofs, Greet, SOARES, Célia y SOURTZI, Panayota, *European Core Competences Framework for Health and Social Care Professionals Working with Older People*, 2016, disponible en: [https://cendocps.carm.es/documentacion/2017\\_Marco\\_Europeo\\_Competiciones\\_profesionales\\_personas\\_mayores.pdf](https://cendocps.carm.es/documentacion/2017_Marco_Europeo_Competiciones_profesionales_personas_mayores.pdf)

DMD, *Viejos, muerte y dignidad*, Revista DMD, 62/2013, disponible en: <https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2019/05/62-revista.pdf>

DOSIL DÍAZ, Carlos, IGLESIAS SOUTO, Patricia María, TABOADA ARES, Eva M<sup>a</sup>., DOSIL MACEIRA, Agustín, REAL DEUS, José Eulogio, “Perfil de las personas mayores usuarias de las residencias de asistidos”, *Revista de Psicología*, Vol. 5 nº1, 2014, pp.291-298

DOUGLAS, Heather, GEORGIU, Andrew, WESTBROOK, Johanna, “Social participation as an indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health”, *Australian Health Review*, vol. 4, nº41, 2017, pp.455–62

DUQUE, Juan Manuel, MATEO ECHANOGORRIA, Adela, (Coords.), *La participación social de las personas mayores*, IMSERSO, 2008, <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/abay-participacion-01.pdf>

DURÁN, María Ángeles, *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA Bilbao, 2002

ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, NÚÑEZ-GONZÁLEZ, Eduardo, GANDOY-CREGO, Manuel, CALVO-FRANCÉS, Fernando y CAPEZUTI, Elizabeth A., “The use of physical restraints in long-term care in Spain: A multi-center cross-sectional study”, *BMC Geriatrics*, nº29(17), 2017, pp.1-7.

European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care, *Eu Guidance on Independent living and inclusion in the community*, 2022, disponible en <https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2022/12/eu-guidance-on-independent-living-and-inclusion-in-the-community-2-1.pdf>

European Commission, *A European Care Strategy for caregivers and care receivers*, 2022



European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, *Informal care in Europe: exploring formalisation, availability and quality*, (Los cuidados no profesionales en Europa: formalización, disponibilidad y calidad), 2018, disponible en <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>

EVANS, Lois K., STRUMPF, Neville, “Myths about elder restraint”, *The journal of nursing scholarship*, vol. 22, nº2, 1999, pp.124-128.

EZQUERRA, Sandra y MANSILLA, Elba, *Economía de les cures i política municipal: cap a una democratització de la cura a la ciutat de Barcelona*, Ajuntament de Barcelona, 2018.

FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., GANDOY-CREGO, Manuel, POLO-LUQUE, Luz M., GÓMEZ-CANTORNA, Cristina, CAPEZUTI, Elizabeth A., “Perception of Spanish Nursing Staff on the Use of Physical Restraints”, *Journal Nursing Scholarship*, vol.46, nº5, 2014, pp.322-330

FARIÑA-LÓPEZ, Emilio, ESTÉVEZ-GUERRA, Gabriel J., NÚÑEZ GONZÁLEZ, Eduardo, PÉREZ HERNÁNDEZ, Domingo G., GANDOY CREGO, Manuel, “Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº5(48), 2013, pp.209-15

FENG, Zhanlian, HIRDES, John P., SMITH, Trevor F., FINNE-SOVERI, Harriet, CHI, Iris, DU PASQUIER, Jean-Noel, GILGEN, Ruedi, IKEGAMI, Naoki, MOR, Vincent, “Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, nº10 (24), 2009, pp.1110-1118.

FLORES GIMÉNEZ, Fernando, “Las personas mayores en la Constitución española: derechos y garantías”, en CARDONA, María Belén, CABEZA, Jaime y FLORES, Fernando, *Edad, discriminación y derechos*, Aranzadi, 2019, pp.29-52.

FLORES GIMÉNEZ, Fernando, “El cuidado de las personas mayores: un derecho fundamental en ciernes”, *Teoría y Derecho. Revista de Pensamiento Político*, nº33, 2022, p.144 y ss.

FLORES GIMÉNEZ, Fernando, *Derecho, derechos y persona mayores*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2023 (en prensa).

FORESTIERI, Orlando A. y PRACILIO, Horacio O., “Atención centrada en la persona”. *Salud de la Mujer*, nº62, 2022, pp..62-80

FRASER, Nancy, “From Redistribution to Recognition? Dilemmas of Justice in a Post-Socialist Age”, PHILLIPS, A. (Ed.), *Feminism and Politics*, Oxford University Press, Oxford, 1994, 430-461, p.431.

FREEDMAN, Vicki A., “Family structure and the risk of nursing home admission”, *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1996, 51:S, pp.61-69.

FUNDACIÓN EDAD y VIDA INSTITUTO PARA LA MEJORA, PROMOCIÓN E INNOVACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES, *Informe Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales*, 2015, Madrid, disponible en <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/sociosanitario/perfil-sanitario-de-personas-ingresadas-en-centros-residenciales-edad-y-vida.pdf>

FUNDACIÓN “LA CAIXA”. *Sociedades longevas ante el reto de los cuidados de larga duración*, 2021, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/sociedades-longevas-ante-el-reto-de-los-cuidados-de-larga-duracion>

FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *El derecho a los cuidados de las personas mayores*, Madrid, 2021, disponible en [https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe\\_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores\\_HelpAge-Espana-2021.pdf](https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2021/09/Informe_El-derecho-a-los-cuidados-de-las-personas-mayores_HelpAge-Espana-2021.pdf)

FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *Mujeres mayores: el impacto del machismo y el edadismo en su vida y sus derechos humanos*, 2021, disponible en [https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/01/HelpAge\\_Cuaderno-6\\_Mujeres-mayores.pdf](https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/01/HelpAge_Cuaderno-6_Mujeres-mayores.pdf)

FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *La discriminación de las personas mayores en el ámbito laboral*, Madrid, 2022, disponible en [https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/10/Informe-HelpAge-2022\\_-La-discriminacion-de-las-personas-mayores-en-el-ambito-laboral.pdf](https://www.helpage.es/wp-content/uploads/2022/10/Informe-HelpAge-2022_-La-discriminacion-de-las-personas-mayores-en-el-ambito-laboral.pdf)

FUNDACIÓN HELPAGE INTERNATIONAL ESPAÑA, *La discriminación de las personas mayores en el ámbito de la salud*, Madrid, 2023, disponible en <https://www.helpage.es/helpage-international-espana-publica-el-informe-la-discriminacion-de-las-personas-mayores-en-el-ambito-de-la-salud/>

FUNDACIÓN PILARES, *Estudio 4: COHOUSING: Modelo residencial colaborativo y capacitante para un envejecimiento feliz*, 2017, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/publicacion/cohousing-modelo-residencial-colaborativo-y-capacitante-para-un-envejecimiento-feliz/>

FUNDACIÓN PILARES, *Derechos y deberes de las personas mayores en situación de dependencia y su ejercicio en la vida cotidiana*, Colección Estudios de la Fundación, nº6, 2019, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/que-hacemos/publicaciones/estudios-de-la-fundacion/>

FUNDACIÓN PILARES, *Principios y criterios del modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP)*, 2022, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/wp-content/uploads/2022/05/Principios-y-Criterios-AICP-1.pdf>

GALÁN CABELLO, Carlos María, TRINIDAD TRINIDAD, Diego, RAMOS CORDERO, Primitivo, GÓMEZ FERNÁNDEZ, Juan Pedro, ALASTRUEY RUIZ, Jesús Gregorio, ONRUBIA PECHARROMAN, Antonio, LÓPEZ ANDRÉS, Engracia, HERNÁNDEZ OVEJERO, Hilario, “Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº4(43), 2008, pp.208–213.

GARCÍA SOLER, Álvaro, ETXANIZ, Nerea, AZURMENDI, Maider, PRIETO, Daniel y ALDAZ, Erkuden, “Etxean bizi: ¿Es posible vivir en casa cuando se necesitan apoyos? Reformulando el modelo actual de provisión de apoyos y cuidados en el domicilio”, *Zerbitzuan*, 78, 2022, pp.67-86

GAUGLER, Joseph E., EDWARDS, Anne B., FEMIA, Elia E., ZARIT, Steven H., PARRIS STEPHENS, Mary-Ann, TOWNSEND, Aloen, GREENE, Rick, “Predictors of Institutionalization of Cognitively Impaired Elders: Family Help and the Timing of Placement”, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, vol. 55B, nº4, 2000, pp.247-255.

GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, “Una Mirada Interseccional sobre la Violencia de Género contra las Mujeres Mayores”, *Oñati Socio Legal Series*, nº5 (2), 2015, pp. 547-569.

GIFFREY, Franziska, SPAHN, Jens, *The Alliance for People with Dementia Results of the 2014-2018 Common Efforts - Short Report*, 2018, disponible en <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/132340/11d16360baefc5da0ecc737153162610/die-allianz-fuer-menschen-mit-demenz-kurzbericht-englisch-data.pdf>

GIL, Ana, “Care and mistreatment – two sides of the same coin? An exploratory study of three Portuguese care homes”, *International Journal of Care and Caring*, nº4(2), 2018, pp.551-573.

GIMÉNEZ GLUCK, David, “Igualdad y no discriminación de las personas mayores”. *Teoría & Derecho. Revista De Pensamiento jurídico*, (33), 2022, pp.64–89

GONZÁLEZ AMUCHÁSTEGUI, Jesús, *Autonomía, dignidad y ciudadanía. Una teoría de los derechos humanos*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2004, p.443.

GONZÁLEZ HERRERA, Inmaculada, “Atención centrada en la persona (ACP): buenas prácticas en un centro de atención de menores con necesidades de apoyo (CAM Xiquets)”, *Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social*, nº61, 2018, pp.315-330, p.316

GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, “El maltrato familiar hacia las personas mayores. Algunas reflexiones para la delimitación de un territorio de fronteras difusas”, *Oñati socio-legal series*, Vol. 1, 8, 2011, disponible en [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1972183](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1972183)

GRACIA IBÁÑEZ, Jorge, CARVALHO Ana Sofia, “Os maus-tratos a idosos em contextos de cuidados familiares em Portugal: Proposta para uma abordagem ecológico-crítica” en DA SILVA PEREIRA, Tania, DE OLIVEIRA, Guilherme, COLTRO, António Carlos M., (organizadores) *Cuidado e Afetividade. Projeto Brasil-Portugal 2016-2017*, 2017, São Paulo, pp.45-76.

GRANDALL, Richard G., *Gerontology: A behavioral Science Approach*, Newbery Award Records, New York, 1976, pp.308-340, p.312.

GREGORIO, Carmen, “¿Por qué hablar de cuidados cuando hablamos de migraciones transnacionales?”, *Quaderns-e*, 22 (2), 2017, pp.49-64

GRENIER, Amanda, BARKER, Rachel, SUSSMAN, Tamara, ROTHWELL, David, BOURGEOIS-GUÉRIN, Valérie, y LAVOIE, Jean Pierre, “Literature Review of Homelessness and Aging: Suggestions for a Policy and Practice-Relevant Research Agenda”, *Canadian Journal on Aging*, vol. 35, nº1, 2016, pp.28-41.

GRIFFIN, James, *On Human Rights*, Oxford University Press, 2008, p.32.

Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, Enfoque para la programación basada en derechos, disponible en <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

GUTTMAN, Rosalie, ALTMAN, Roy D y KARLAN, Mitchell S., “Report of the council on scientific affairs: Use of restraints for patients in nursing homes”, *Archives of Family Medicine*, nº2(8), 1999, pp.101–105, disponible en <https://triggered.edina.clockss.org/ServeContent?url=http://archfami.ama-assn.org%2Fcgi%2Fcontent%2Ffull%2F8%2F2%2F101>

HANTIKAINEN, Virpi, KÄPPELI, Silvia, “Using restraint with nursing home residents: a qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making,” *Journal of Advance Nursing*, vol.32, nº5, 2000, pp.1196-1205.

HIERRO, Liborio Luis, “¿Derechos Humanos o Necesidades Humanas? Problemas de un Concepto”, *Sistema*, nº46, 1982, p.57.

HOLT-LUNSTAD, Julianne, SMITH, Timothy B., LAYTON, J. Bradley, “Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review”, *PLoS Medicine*, vol.7, nº7, 2010, disponible en <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>

HUANG, Hui Chi, HUANG, Yu Thai, LIN, Kuan-Chia, KUO, Yong Fang, “Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan”, *Journal Advance Nursing*, vol.70, nº1, 2014, pp.130-143.

IBORRA MARMOLEJO, Isabel, *Maltrato de personas mayores en la familia en España*, Valencia: Fundación de la Comunitat Valenciana para el Estudio de la Violencia - Centro

Reina Sofía, 2008, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/iborra-maltrato-01.pdf>

IMSERSO, “La participación de las personas mayores es uno de los pilares del envejecimiento activo”, MAYORES UDP, 2018, disponible en <https://mayoresudp.org/la-participacion-de-las-personas-mayores-es-uno-de-los-pilares-del-envejecimiento-activo/>

International Labour Organization, Care at work Investing in care leave and services for a more gender equal world of work, 2022, disponible en [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_838653.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf).

JOUNG, Inez M., STRONKS, Karien, VAN DE MHEEN, H. Dike, MACKENBACH, Johan P., “Health behaviours explain part of the differences in self-reported health associated with partner/marital status”, *The Netherlands Journal of Epidemiology Community Health*, nº49, 1995, pp.482–488.

KANT, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Espasa-Calpe, Madrid, 1946, p.84.

KITE, Mary E. y WAGNER, Lisa S., “Attitudes toward older adults”. T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 2002, pp.129–161.

KOCH, Susan, LYON, Cheryl, “Case study approach to removing physical restraint”, *International Journal of Nursing Practice*, nº3(7), 2001, pp.156-161.

KONG, Eun-Hi, EVANS, Lois K., “Nursing staff views of barriers to physical restraint reduction in nursing homes”, *Asian Nursing Research*, vol.6, nº4, 2012, pp.173-180.

KONTIO, Raija, VÄLIMÄKI, Maritta, PUTKONEN, Hanna, KUOSMANEN, Lauri, SCOTT, Philomena Anne, JOFFE, Grigori, “Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint?”, *Nursing Ethics*, nº17, 2010, pp.65–76.

LAI, Claudia, “Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? A study using focus groups interviews”, *BMC Nursing*, vol.6, nº5, 2007, pp.1-7.

Law Commission of Ontario, *Ageism and the Law: Emerging Concepts and Practices in Housing and Health*, August 2009, <https://www.lco-cdo.org/wp-content/uploads/2014/01/older-adults-commissioned-paper-spencer.pdf>

LETURIA, Francisco Javier, INZA, Borja y HERNÁNDEZ, Carmen, “El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios”, *Zerbitzuan*, nº41. 2007, p.133

LINDSTROM KARLSSON, Astrid, “El papel de la vivienda en el contexto de las políticas de vejez en Suecia” en RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (ed.), *Viviendas para*



*personas mayores en Europa. Nuevas tendencias para el siglo XXI, Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, Madrid, pp.51-90*

LLÁCER, Alicia, ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria, GUTIERREZ-CUADRA, Pilar, BÉLAND, François y ZARIT, Steven H., “Correlates of wellbeing of spousal and children carers of disabled people over 65 in Spain”, *European Journal of Public health*, nº12, 2002, pp.3-9, disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11968518/>

LLANO, Juan Carlos, “El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020”, *Madrid: European Anti-Poverty Network. EAPN*, 2021, disponible en <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/avance-resultados-abril-2023.pdf>

LJUNGGREN, Gunnar, PHILLIPS, Charles D., SGADARI, Antonio, “Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries”, *Age Ageing*, nº26(2), 1997, pp.43-47.

LOPES, Hugo, MATEUS, Céu y HERNÁNDEZ-QUEVEDO, Cristina, Ten Years after the Creation of the Portuguese National Network for Long-Term Care in 2006: Achievements and Challenges, *Health Policy*, 122(3), 2018, pp.210–216.

LÓPEZ DOBLAS, Juan, FAUS BERTOMEU, Aina, y GÓMEZ REDONDO, Rosa, “Redes familiares cuidando a personas mayores dependientes: influencia del empleo y del estado civil de los hijos y las hijas”, *Revista Internacional de Sociología*, vol. 1, nº79, 2021, pp.1-14.

LÓPEZ-PÉREZ, Mercedes y ÁLVAREZ-NIETO, Carmen. Á., “La asistencia personal en España. perspectiva de sus protagonistas: personas beneficiarias, responsables de la asistencia personal de las entidades proveedoras y asistentes personales”, *Global Social Work*, 10(19), Jaen, 2020, pp.224-256

MANTOVANI, Eugenio, QUINN, Paul and DE HERT, Paul, “Stereotyping and other ‘forms of discrimination’ in the Chicago Declaration on the Rights of Older Persons and in the case law of the European Court of Human Rights”, *Ageing, Ageism and the Law. European Perspectives on the Rights of Older Persons*. Israel Doron y Nena Georgantz (ed.), Elgar, 2018.

MARTÍNEZ-MIGUÉLEZ, Miguel, “Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona”. *Polis: revista académica de la Universidad Bolivariana*, nº15, 2006, pp.0-18, p.10

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores”, *Sociedad y Utopía*, nº41, 2013, pp.209-231

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Ruta para la participación de la Persona en su Atención*, Matia Fundazioia, 2021

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Ruta Buen Trato para una vida con sentido - Rutas para el Avance en la Atención Centrada en la Persona*, Proyecto de Matia Fundazioa, 2022, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/ruta-de-buen-trato>

MARTINEZ RODRÍGUEZ, Teresa, DÍAZ-VEIGA, Pura, SANCHO CASTIELLO, Mayte, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, *Modelo de atención centrada en la persona. Cuadernos Prácticos. 5. Profesional de referencia en centros*, 2014, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/cuadernos-practicos-modelo-de-atencion-centrado-en-la-persona-5-profesional-de>

MAYHEW, Patricia A., CHRISTY, Kimbera, BERKEBILE, Janis, MILLER, Colleen, y FARRISH, Anita, “Restraint reduction: Research utilization and case study with cognitive impairment”, *Geriatric Nursing*, nº6(20), 1999, pp.305-308.

MCCAMANT, Kathryn y DURRETT, Charles R., *Cohousing. A Contemporary Approach to Housing Ourselves*, Berkeley, Habitat -Ten Speed Press, 1988.

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030, *Informe de evaluación del sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (SAAD)*, 2022, p.114 y ss.

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030, IMSERSO, *Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 30 de septiembre de 2023*, 2023, disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030, IMSERSO, *Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España. Informe 31/12/2021*, 2022, disponible en [https://imserso.es/documents/20123/2794117/inf\\_ssppmmesp2021.pdf/8f175b2f-016d-17e2-bbb1-ea46141ea095](https://imserso.es/documents/20123/2794117/inf_ssppmmesp2021.pdf/8f175b2f-016d-17e2-bbb1-ea46141ea095)

MINISTERIO DE IGUALDAD, *Documento de Bases por los Cuidados*, Madrid, 2023, disponible en [https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/IgualdadEmpresas/docs/DocumentoBase\\_sCuidados.pdf](https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/IgualdadEmpresas/docs/DocumentoBase_sCuidados.pdf)

MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL (MTSSS), GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO (GEP), *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2021*, disponible en <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2021.pdf/12f65226-8c2a-42ef-b8b3-dad731eccaf>

MINISTERIO FEDERAL DE ASUNTOS DE FAMILIA, MAYORES, MUJERES Y JÓVENES, *Política para Personas Mayores*, disponible en <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen>

MIRALLES, Ivana, “Vejez productiva. El reconocimiento de las personas mayores como recurso indispensable en la sociedad”, *Kairós. Revista de Ciencias Sociales*, año.14, nº26, noviembre 2010.

MONTGOMERY, Rhonda J. V., y KOSLOSKI, Karl, “A longitudinal analysis of nursing home placement for dependent elders cared for by spouses vs. adult children”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, nº49, 1994, pp.62–74.

MORENO FUENTES, Francisco Javier y DEL PINO MATUTE, Eloisa, *Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España*, Ed. Tecnos, Madrid, 2015.

MOORE, Kirsten, HARALAMBOUS, Betty, “Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities”, *Journal of Advance Nursing*, vol.58, nº6, 2007, pp.532-540.

NEDELSKY, Jennifer, "Reconceiving Autonomy: Sources, Thoughts and Possibilities", *Yale Journal of Law and Feminism*, nº 1, 1989, pp.7-36,

NIHTILA, Elina, MARTIKAINEN, Pekka, “Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: The role of socioeconomic factors and health characteristics”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008, nº36, pp.35–43.

NINO, Carlos Santiago, “Autonomía y necesidades básicas”, *Doxa*, nº7, 1990, 21-34.

Observatorio de las Personas Mayores, “Edadismo en Estados Unidos”, *Boletín sobre Envejecimiento, perfiles y tendencias*, nº40, agosto 2009, pp.6 y ss.

Oficina Nacional de prospectiva y estrategia, *España 2050. Fundamentos y propuestas para una Estrategia Nacional de Largo Plazo*, Madrid, Gobierno de España, 2021, p.676.

Organización de Naciones Unidas, *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid, 2002, disponible en <https://www.un.org/es/conferences/ageing/madrid2002>

Organización de Naciones Unidas Mujeres, *COVID-19 y la economía de los cuidados: acciones inmediatas y transformación estructural para una recuperación con perspectiva de género*, 2020 disponible en <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Policy-brief-COVID-19-and-the-care-economy-es.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*, Ginebra, 2007, disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/43805>

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Década del envejecimiento saludable*, 2019, disponible en [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4)

Organización Mundial de la Salud (OMS), Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital, “Envejecimiento activo: un marco político”, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol.37, nº2, 2002, pp.74-105

PAUTASSI, Laura C., “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”, *CEPAL - Serie Mujer y desarrollo*, nº87, 2007, [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/1/S0700816_es.pdf)

PAUTASSI, Laura, “Inaugurando un nuevo escenario: el derecho al cuidado de las personas adultas mayores”, *Argumentos*, nº17, 2015, p.261.

PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, ACEITUNO NIETO, Pilar, MUÑOZ DÍAZ, Carlos, BUENO LÓPEZ, Clara, RUIZ-SANTACRUZ, J. Sebastián, FERNANDEZ MORALES, Isabel, CASTILLO BELMONTE, Ana Belén, DE LAS OBRAS-LOSCERTALES SAMPÉRIZ, Julia, VILLUENDAS HIJOSA, Begoña, *Un perfil de las personas mayores en España, 2022. Indicadores estadísticos básicos, Informes Envejecimiento en red*, nº29, Madrid, 2022, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2022.pdf>

PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique, “Las generaciones de Derechos Humanos”, *Revista del Centro de Estudios Políticos y Constitucionales*, nº10, p.209

PETERSON, Elin y BRODIN, Helene, “Choice, needs or equality? Discursive struggles about defining home care for older people in Sweden”, *Ageing & Society*, nº42, 2022, pp.2433-2453.

PINAZO-HERNANDIS, Sacramento, “Las abuelas y los abuelos en la familia el caso de las abuelas/los itinerantes”, *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, vol.3, nº15, pp.178–187.

PRESNO LINERA, Miguel Ángel, “La eutanasia como derecho fundamental”, *Teoría y Derecho*, 2021, nº29, pp.24-45

PRIETO, Juan María, DE LA ROSA, Pablo (cords.), *Informe final del proceso de seguimiento y evaluación del proyecto INTecum*, Universidad de Valladolid, 2021

PRUCHNO, Rachel A., MICHAELS, J. Eileen, POTASHNIK, Sheryl L., “Predictors of institutionalization among Alzheimer’s disease victims with caregiving spouses”, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, nº45, 1990, pp.259–266

RAMÍREZ-NAVARRO, José Manuel, REVILLA CASTRO, Alvaro, FUENTES JIMÉNEZ, Manuel, SANZ YAGÜEZ, Daniel y CAVERO CANO, Gonzalo, *XXIII Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia*, 2023, disponible en <https://directoressociales.com/dependencia/>

RAVEESH, Bevinahalli Nanjegowda, GOWDA, Guru S., GOWDA, Mahesh, “Alternatives to use of restraint: A path toward humanistic care”, *Indian Journal of Psychiatry*, n°4(61), 2019, pp.693-697.

RAZ, Joseph, *The Morality of Freedom*, Clarendon Press, Oxford, 1989.

RED EUROPEA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL, *El mapa de la pobreza severa en España. El paisaje del abandono*, EAN, 2021, disponible en [https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1631256170\\_informe-paisaje-abandono-eapn\\_vf.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1631256170_informe-paisaje-abandono-eapn_vf.pdf)

RIBERA CASADO, José Manuel, “Discriminación por edad: una lacra muy oculta”, *Anuario de la Real Academia Nacional de Medicina*, 2016, pp.847-76

RIBERA CASADO, José Manuel, “Consideraciones éticas en el cuidado al paciente mayor” en AMON USANOS, Rafael, (coord.), *Cuidadores y cuidados*, Universidad Pontificia de Comillas, 2021

RICO, Manuel, “Los datos oficiales de 14 comunidades prueban que la catástrofe de las residencias se concentró en los grandes grupos privados”, *infoLibre*, 29 de agosto de 2022.

RITA PETRETTO, Donatella, PILI, Roberto, GAVIANO, Luca, MATOS LÓPEZ, Cristina, ZUDDAS, Carlo, “Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 51, n°4, pp.229-241.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio, MARBÁN GALLEGO, Vicente, AGUILAR HENDRICKSON, Manuel, HUETE GARCÍA, Agustín, JIMÉNEZ LARA, Antonio, MARTÍNEZ BUJÁN, Raquel, MONTSERRAT CODORNIU, Julia, RAMOS HERRERA, M<sup>a</sup>. Carmen, SOSVILLA RIVERO, Simón, VILÁ MANCEBO, Antoni y ZALAKAIN, Joseba, *Informe de Evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD). Resumen Ejecutivo*, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/resumen-ejecutivo-estudio-evaluacion-saad.pdf>

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, *Modelo de atención integral y centrada en la persona: teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y la discapacidad*, 2014, Madrid: Tecnos

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, “La atención integral centrada en la persona”. Madrid, Informes Portal Mayores, n°106, 2010, pp.6

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar, BERMEJO GARCÍA, Lourdes, ETXEBARRÍA MAULEÓN, Xavier, GARCÍA NAVARRO, José A., LACASTA REOYO, Juanjo, LINDSTRÖM KARLSON, Astrid, LÓPEZ FRAGUAS, Ángeles, MARTÍNEZ

211



ORTEGA, Jorge, MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, OLIVERA PUEYO, Jorge, PINAZO-HERNANDIS, Sacramento, RAMOS-FEIJÓO, Clarisa, *El Modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores: rebatiendo mitos desde el conocimiento científico y los principios de la ética. Colección Papeles de la Fundación n°8*, 2022, disponible en <https://www.fundacionpilares.org/que-hacemos/publicaciones/papeles-de-la-fundacion/>

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar y GONZALO GIMÉNEZ, Elena, “COVID-19 en residencias de mayores: factores estructurales y experiencias que avalan un cambio de modelo en España”, *Gac Sanit*, vol.36 n°3, Barcelona, 2022, pp.270-273

ROGERS, Carl R. y ROSENBERG, Rachel L., *La persona como centro*, Herder, Barcelona, 1981.

ROSENFELD, Michel, “Hacia una reconstrucción de la igualdad constitucional”, *Derechos y Libertades*, 1998, n°6, pp. 411-444

ROSS, Catherine E., “Reconceptualizing marital status as a continuum of social attachment”, *J Marriage Fam*, 1995, n°57, pp.129–40.

ROWE, John W., KAHN, Robert L., “Human aging: usual and successful”, *Science*, vol. 237, 1987, pp.143-149.

ROWE, John W., KAHN, Robert L., “Successful aging”, *Gerontologist*, vol. 4, n°37, 1997, pp.433-440.

RUBIO DOMINGUEZ, J., Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios, *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 32 n°3, 2017, pp.172-177

RUIZ, Alfonso, ALTET, J., PORTA, N., DUASO, P., COMA, M., REQUESENS, N., “Violencia doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato en ancianos”, *Atención Primaria*, 27(5), 2001, disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701793766?via%3Dihub>

RUIZ MIGUEL, Alfonso, “La igualdad como diferenciación”, en *Derechos de las minorías y de los grupos diferenciados*, Madrid, Escuela Libre, 1994, pp-283-296

SAARNIO, Reetta y ISOLA, Arja, Nursing staff perceptions of the use of physical restraint in institutional care of older people in Finland. *J Clin Nurs, Gerontological Nursing*, 2(4), 2009, pp.276-286

SANCHEZ DEL CORRAL USUOLA, Francisco, RUIPÉREZ CANTERA, Isidoro, “Violencia en el anciano”, *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, n°21, 2004, disponible en <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/sanchez-violencia-01.pdf>

SANCHO CASTIELLO, Mayte, “Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia Internacional”, *Revista Internacional de los Estudios Vascos*, nº65 (1-2), 2020, pp.180-224, p.186.

SANCHO CASTIELLO, Mayte, DÍAZ MARTIN, Rosa, CASTEJÓN VILLAREJO, Penelope y DEL BARRIO TRUCHADO, Elena, “Las personas mayores y las situaciones de dependencia”, *Revista Del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, nº70, 2007, pp.13-43.

SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, *Residencias para personas mayores, ¡No más de lo mismo!: Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores. Parte II. análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos*, 2020, disponible en <https://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/revision-internacional-de-modelos-de-atencion-residencial-para-personas-mayores-parte>

SANCHO CASTIELLO, Mayte y MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, “Capítulo 5: El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19” en *Informe España 2021*, Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino, Madrid, 2021, pp.337-408

SANHUEZA CHAMORRO, Javiera, “Asistencialismo y salud en el marco de las políticas sociales dirigidas a personas mayores en Chile”, *Agathos*, Año 12, nº4, 2012, pp.4-11

SAKAMOTO, Ai, UKAWA, Shigekazu, OKADA, Emiko, SASAKI, Sachiko, ZHAO, Wenjing, KISHI, Tomoko, KONDO, Katsunori, TAMAKOSHI, Akiko, “The association between social participation and cognitive function in community- dwelling older populations: Japan Gerontological Evaluation Study at Taisetsu community Hokkaido”, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 32, nº10, 2017, pp.1131-1140.

SEPULVEDA-LOYOLA, Walter, CAMILLO, Carlos Augusto, VALENZUELA TORRES, Carlos and PROBST, Vanessa Suziane, “Effects of an exercise model based on functional circuits in an older population with different levels of social participation.” *Geriatrics & Gerontology International*, vol. 2, nº18, 2018, pp.216-223

SEPULVEDA-LOYOLA, Walter, DOS SANTOS LOPES, Rosielma, TRICANICO MACIEL, Renata Pires y SUZIANE PROBST, Vanessa, “Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: una revisión narrativa”, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol.37, nº2, 2020, pp.341-349

SERVICIO DE INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL (SIIS), *IV Estudio sobre la situación de las personas en situación de exclusión residencial grave en la CAPV 2018*, Diputación Foral de Gipuzkoa, Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, 2019.

SILVA DA COSTA, Andreia, *Estrategia Nacional para el envejecimiento activo y saludable (2017-2025)*, 2017, disponible en <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG), *Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*, Madrid, 2014, disponible en [https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_Consenso\\_sobre\\_Sujeciones.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf)

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (SEGG), *Grupo de Trabajo Interdisciplinar de Educación Gerontológica de la SEGG, Documento de consenso sobre Competencias Comunes de los y las profesionales de la Gerontología Clínica y Social*, 2013, disponible en [https://www.segg.es/media/descargas/Documento\\_de\\_consenso\\_sobre\\_Competencias\\_Comunes\\_de\\_los\\_Profesionales\\_de\\_la\\_Gerontologia\\_Clinica\\_y\\_Social.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_consenso_sobre_Competencias_Comunes_de_los_Profesionales_de_la_Gerontologia_Clinica_y_Social.pdf)

SOLANES CORELLA, Ángeles y GARCÍA MEDINA, Javier, “Las políticas públicas para las personas mayores desde un enfoque basado en derechos humanos”, *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, nº10, 2021

SUEN, Lorna, CHANG LAI, Yi, WONG, Frances, SHING WONG, Thomas Kwok, CHOW, Susan K. Y., KONG, S.K.F., HO, J.K.L., KONG, Tak-Kwan, LEUNG, J.S.C., WONG, I.Y.C., “Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors”, *Journal Advance Nursing*, vol.55, nº1, 2006, pp.20-28.

TOMIOKA, Kimiko, KURUMATANI, Norio, HOSOI, Hiroshi, “Association Between Social Participation and 3-Year Change in Instrumental Activities of Daily Living in Community-Dwelling Elderly Adults”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 65, nº1, 2017, pp.107–113.

TOUZA, Carmen, PRADO, Carmen, SEGURA, María Paz, “Construcción y validación de las Escalas de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA)”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1),2011, pp.91-106.

TRACE PROJECT, Overview of European competences frameworks, 2005, disponible en: <http://www.menon.org/wp-content/uploads/2012/11/9.-TRACE-Overview-of-EU-competency-frameworks1.pdf>

Unión Europea, 2021 Long-Term Care Report. Country Profiles. Vol. II, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2021

Unión Europea, Adequate social protection for long term care needs in an ageing society, Comité de Protección Social y Comisión Europea, 2014

URBANO, Claudio Ariel y YUNI, José Alberto, “Envejecimiento Activo y Dispositivos Socio-Culturales, ¿Una Nueva Forma De Normativizar Los Modos De Envejecer?”, *Letras e Artes*, Ponta Grossa, v.21 nº2, 2013, pp. 259-270, disponible en

214

[https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/28849/CONICET\\_Digital\\_Nro.317436\\_b3-95bd-4247-97aa-c5b00354c0e4\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/28849/CONICET_Digital_Nro.317436_b3-95bd-4247-97aa-c5b00354c0e4_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

VALLESPÍN OÑA, Fernando, “Igualdad y diferencia”, MATE, Reyes, *Pensar la igualdad y la diferencia*, Fundación Argentaria, Madrid, 1995, pp.15-35, p.16 y ss

VICENTE ECHEVARRÍA, Irene, *¿Dónde y cómo vivir?: Vivir en casa, vivir en comunidad y otras alternativas residenciales*, Cuaderno n°3, Colección Construyendo una sociedad inclusiva y amigable con las personas mayores desde los derechos, 2021, disponible en <https://www.helpage.es/donde-y-como-vivir-vivir-en-casa-vivir-en-comunidad-y-otras-alternativas-residenciales/>

VICENTE ECHEVARRÍA, Irene, *Un modelo de atención a la dependencia desde los derechos humanos: Herramientas feministas y de los estudios de la discapacidad para construir un sistema de cuidados*, Tesis doctoral, 2023

VILA-MIRAVENT, Josep, VILLAR, Feliciano, CELDRÁN, Montse y FERNÁNDEZ, Elena, “El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales”. *Aloma: revista de 215 psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, n°1, vol. 30, 2012, pp.109-117

VILLAR POSADA, Feliciano y SERRAT, Rodrigo, “Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona.” *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(4), 2017, pp.216-222

WANDEN-BERGHE, Carmina, “Valoración geriátrica integral”, *Hosp Domic*, 5 n°2, 2021, pp.115-124

WILLIAMS, Don E., “Reducing and eliminating restraint of people with developmental disabilities and severe behavior disorders: an overview of recent research”, *Research in Developmental Disabilities*, n°6(31), pp-1142-1148.

World Health Organization, *Global Report of Ageism*, 2021, disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340208/9789240016866-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization, *The International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001, disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>

XIFRA, M.<sup>a</sup> Julia, “Perfil sociodemográfico y apoyo social percibido de personas mayores en condiciones de vulnerabilidad”, *Revista Ocupación Humana*, vol. 20, n°2, pp.10-24

YOUNG, Iris Marion, “Polity and Group Difference: A Critique of the Ideal of Universal Citizenship”, *Ethics*, n°99, 1989, 250-274, p.250.

ZAPATER, Ana, SOBERÓN, Carmen, GÓMEZ-GUTIÉRREZ, Mar, “Prevalencia y factores de riesgo del maltrato a personas mayores en el ámbito familiar en España: Una revisión”, *Revista española de Victimología*, nº12, 2021, pp.91-110.

ZEPEDA-ÁLVAREZ, Paulina, MUÑOZ-MENDOZA, Carmen, “Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud”, *Gerokomos*, vol. 1, nº30, 2019, pp.2-5.

ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria, “COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes”, *Gac Sanit*, vol.36 nº1, Barcelona, 2022, pp.3-5

ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria, “Restricciones físicas y farmacológicas de las personas mayores que viven en instituciones”, *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 40, nº1, 2005, pp.4-6

ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria y BÉLAND, François, “Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010”, *Gaceta sanitaria*, nº24 (1), 2010, pp.68-73

ZUNZUNEGUI PASTOR, María Victoria, RICO, Manuel, BÉLAND, François, GARCÍA-LÓPEZ, Fernando J., “The Impact of Long-Term Care Home Ownership and Administration Type on All-Cause Mortality from March to April 2020 in Madrid, Spain”, *Epidemiologia*, nº3, 2022, pp.323–336

## REFERENCIAS NORMATIVAS

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observación general número 6 sobre igualdad y no discriminación*, 2018, disponible en <https://www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-6-article-5-equality-and-non>

Consejo de Derechos Humanos, Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos el 7 de octubre de 2021 A/HRC/RES/48/3, 2021

Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, *Informe del grupo de expertos ad hoc sobre la transición de la asistencia institucional a la base comunitaria*, Bruselas, Comisión Europea, 2009 en *Zerbitzuan*, nº28, 2011, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3723583>

Ley Orgánica 3/2022, de 31 de marzo, de ordenación e integración de la Formación Profesional (BOE 1 de abril de 2022)

Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo, del Sistema Universitario (BOE 23 de marzo de 2023)



Office of the Commissioner for Human Rights, Conclusions by Mr Alvaro Gil-Robles, Commissioner for Human Rights, On the Seminar Concerning The Protection Of Human Rights and The Special Situation of Elderly People in Retirement Homes or Institutions, Switzerland, 2001, disponible en <https://rm.coe.int/16806da77b>

Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Rosa Kornfeld-Matte, 30º período de sesiones, A/HRC/30/43, 2015, disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/179/93/PDF/G1517993.pdf?OpenElement>

Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Los derechos humanos de las personas de edad: la falta de datos. Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, 45º período de sesiones, 14 de septiembre a 2 de octubre de 2020, A/HRC/45/14, disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/176/56/PDF/G2017656.pdf?OpenElement>

Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, 48º período de sesiones, 13 de septiembre a 1 de octubre de 2021, A/HRC/48/53, 2021, disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/215/66/PDF/G2121566.pdf?OpenElement>

Organización de Naciones Unidas - Consejo de Derechos Humanos, Las personas de edad y el derecho a una vivienda adecuada, Informe de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Claudia Mahler, 19 de julio de 2022, A/77/239, 2022, p.88., disponible en <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N22/431/75/PDF/N2243175.pdf?OpenElement>

Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. (BOE 5 de junio de 1995)

Real Decreto 1128/2003, de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. (BOE 17 de septiembre de 2003)

Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, por el que se establece el Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia y se fijan sus enseñanzas mínimas. (BOE 15 de diciembre de 2011)

Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. (BOE 29 de septiembre de 2021)

Real Decreto 272/2022, de 12 de abril, por el que se establece el Marco Español de Cualificaciones para el Aprendizaje Permanente. (BOE 7 de mayo de 2022)

Recomendación 2018/C 189/01 del Consejo, de 22 de mayo de 2018, relativa a las competencias clave para el aprendizaje permanente (Texto pertinente a efectos del EEE.). Diario Oficial de la Unión Europea C 189/1, 4 de junio de 2018.

Resolución de 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 11 de agosto de 2022)

Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio) (BOE 9 de junio de 2023)

Resolución de 24 de mayo de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se definen y establecen las condiciones específicas de acceso a la asistencia personal en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. (BOE 30 de mayo de 2023)

Resolución del Parlamento Europeo, de 17 de mayo de 2017, sobre el Marco Europeo de Cualificaciones para el aprendizaje permanente (2016/2798(RSP))

Tribunal Europeo de Derechos Humanos, asunto Pretty c. Reino Unido, 29 de abril de 2002, § 63 y 65,

Tribunal Europeo de Derechos Humanos, asunto Lambert y otros c. Francia, de 5 de junio de 2015, § 142 y 180.

## OTROS

Anteproyecto de Ley por la que se modifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, 26 de agosto de 2022, disponible en <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/servicio-a-la-ciudadania/proyectos-normativos/documentos/apl-modificacion-dependencia.pdf>

BONILLO, María, “Alarmante falta de enfermeras en las residencias de mayores por sus ‘pésimas condiciones’”, en 65 y Más, mayo 2022, [https://www.65ymas.com/sociedad/alarmante-falta-enfermeras-residencias-mayores-pesimas-condiciones-laborales\\_37265\\_102.html](https://www.65ymas.com/sociedad/alarmante-falta-enfermeras-residencias-mayores-pesimas-condiciones-laborales_37265_102.html)

BUURTZORG, <https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>

COHOUSING Y REDES VECINALES DE APOYO, <https://comunidadesdecuidados.org/>

DEPENDENCIA.INFO, “Pilar Rodríguez propone la Escuela en AICP: El cambio es muy necesario, pero también es difícil llevarlo a cabo”, 2021, <https://dependencia.info/noticia/4315/actualidad/pilar-rodriguez-propone-la-escuela-en-aicp-el-cambio-es-muy-necesario-pero-tambien-es-dificil-llevarlo-a-cabo.html>

DE LUIS ROMERO, Elena, Una aproximación teórica al enfoque basado en derechos humanos en la Acción Humanitaria: del enfoque de Necesidades al de derechos humanos, <https://vimeo.com/144554040>

EL PAÍS, 6 de febrero 2023 [https://elpais.com/espana/madrid/2023-02-06/la-hija-que-rescato-a-su-madre-de-una-residencia.html#?prm=copy\\_link](https://elpais.com/espana/madrid/2023-02-06/la-hija-que-rescato-a-su-madre-de-una-residencia.html#?prm=copy_link), El País, 2 de marzo 2023 <https://elpais.com/espana/madrid/2023-03-02/maria-residente-de-92-anos-en-un-hogar-de-mayores-de-madrid-si-a-mi-que-tengo-bien-la-cabeza-me-hacen-esto-que-no-haran-a-los-otros.html>

LEBRUSÁN MURILLO, Irene, “Acoso inmobiliario en la vejez y vulneración del derecho a la vivienda”, CENTRO INTERNACIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 2019, disponible en <https://cenie.eu/es/blogs/envejecer-en-sociedad/acoso-inmobiliario-en-la-vejez-y-vulneracion-del-derecho-la-vivienda>

LEBRUSÁN MURILLO, Irene, *Envejecer en casa ¿Mejor en el pueblo o en la ciudad?*, Observatorio social de La Caixa, 2018, disponible en <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/envejecer-en-casa-pueblo-o-ciudad->

GOBIERNO VASCO, Estrategia vasca con las personas mayores, 2024, disponible en [https://bideoak2.euskadi.eus/2023/01/20/news\\_82835/ESTRATEGIA\\_MAYORES\\_cas.pdf](https://bideoak2.euskadi.eus/2023/01/20/news_82835/ESTRATEGIA_MAYORES_cas.pdf)

Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, Enfoque para la programación basada en derechos, <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

IMSERSO, datos de estadísticas mensuales de febrero 2023, disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/estadisticas-mensual>

INDEPENDENT LIVING INSTITUTE, Freedom to Choose with Whom, Where, and How You Want to Live – Deinstitutionalisation (DI) in Sweden, <https://www.independentliving.org/docs7/Freedom-to-choose-Deinstitutionalisation-Sweden.html>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA - INE: (2009-2010), “Encuesta de Empleo del Tiempo”, disponible en <https://www.ine.es/daco/daco42/empleo/dacoet.htm>

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, <https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/personas-mayores/gusto-casa.html>

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN,  
<https://serviciosociales.jcyl.es/web/es/viviendas.html>

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, Avanzar hacia la Atención Centrada en la Persona desde el conocimiento, 2014, [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net)

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa, Atención centrada en la persona... y en los profesionales ¿qué?, 2016, [www.acpgerontologia.net](http://www.acpgerontologia.net)

MIGUEL ALHAMBRA, Luciana y CHACÓN COMPOLLO, Raquel, “Internamiento en residencia de ancianos con demencia. Reflexiones con motivo de la entrada en vigor de la Ley 8/2021, de 2 de junio”, <https://www.elnotario.es/opinion/opinion/11311-internamiento-en-residencia-de-ancianos-con-demencia-reflexiones-con-motivo-de-la-entrada-en-vigor-de-la-ley-8-2021-de-2-de-junio>

MINISTERIO DE SALUD Y SERVICIOS DE ATENCIÓN,  
<https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/id917/>

Organización de Naciones Unidas, Las personas mayores permanecen crónicamente invisibles a pesar de la pandemia, dice experta de la ONU, Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 30 de septiembre de 2020 <https://www.oacnudh.org/las-personas-mayores-permanecen-cronicamente-invisibles-a-pegar-de-la-pandemia-dice-experta-de-la-onu/>

Organización de Naciones Unidas, El derecho humano a una vivienda adecuada - Relator Especial sobre vivienda adecuada, disponible en <https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-housing/human-right-adequate-housing>

Póngale la contención a mi madre (como hacían en el hospital), por favor, <https://dependencia.info/noticia/1868/el-rincon-del-director/pongale-la-contencion-a-mi-madre-como-hacian-en-el-hospital-por-favor.html>

PLATAFORMA VIDAS, [https://plataformavidas.gob.es/los-proyectos/?filter=true&project\\_category=mayores](https://plataformavidas.gob.es/los-proyectos/?filter=true&project_category=mayores)

QUARTIERS SOLIDAIRES, <https://www.quartiers-solidaires.ch/>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., (versión 23.6 en línea), <https://dle.rae.es>

ROSTGAARD, Tine. (2023). De-institutionalisation in long-term care for older people in Denmark—Case studies on international policy and implementation – Case 10. State Secretary of Social Rights, Government of Spain. <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/conocimiento/>

SERVICIOS SANITARIOS Y ASISTENCIALES MUNICIPALS  
<https://www.regjeringen.no/en/topics/health-and-care/municipal-health-and-care-services-/id10903/>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA *Vivir mejor en casa.*  
*Segundo Informe de seguimiento Periodo: 13 de julio de 2022 a 31 de diciembre de 2022,*  
disponible en <https://www.segg.es/actualidad-segg/vivir-mejor-en-casa>

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL, Sentencia 19/2023, de 22 de marzo de 2023, F.J. 6.